

# Bioética, reconocimiento y democracia deliberativa

Pedro Jesús Pérez Zafrilla  
Francisco Javier López Frías  
Raúl Francisco Sebastián Solanes  
Javier Gracia Calandín  
Miguel Arteta Arilla  
María José Codina Felip  
Ana Costa Alcaraz  
José Luís García Martínez  
Marta Gil Blasco  
María Jesús Megía Sanz  
Víctor Páramo Valero  
Francisco Roger Garzón  
Isabel Tamarit López  
Juan Carlos Siurana Aparisi.  
(Editores)



Fecha de la primera edición: diciembre, 2011

© Los autores

Editorial Comares, S.L.

C/ Gran Capitán, 10 - Bajo

18002 - Granada

Tlf.: 958 465 382 • Fax: 958 272 736

E-mail: [libriacomares@comares.com](mailto:libriacomares@comares.com)

<http://www.editorialcomares.com>

<http://www.comares.com>

ISBN: 978-84-9836-910-6 • Depósito legal: Gr. 4.614/2011

## Índice

### **Bioética, Reconocimiento y democracia deliberativa**

**Prólogo**, por Adela Cortina Orts y Juan Carlos Siurana.....Pág. 8

**Introducción**, por Pedro J. Pérez Zafrilla y Fco. Javier López.....Pág. 13

### **PARTE I. BIOÉTICA.**

1. Inutilidad y futilidad en la asistencia clínica. Sinonimia o conceptualidad distinta, por Ricardo Abizanda Campos y Elsa González Esteban.....Pág. 19.
2. El origen neurobiológico de los sentimientos morales, por Jesús A. Fernández Zamora.....Pág. 29
3. Los límites del principio ético de justicia en relación con la asistencia sanitaria. Un reto para la asistencia sanitaria en el estado del bienestar, por Diego José García Capilla.....Pág.40
4. El pensamiento bioético de Diego Gracia: de principios a valores, por Víctor Páramo Valero.....Pág. 50.
5. La responsabilidad social en el área de la salud: En busca de una ética comunitaria, por José Carlos Ruiz Sánchez.....Pág. 60
6. Formación en ética profesional en fisioterapia en España, por Marta Aguilar Rodríguez y Beatriz Gisbert Morant.....Pág. 70
7. Bioética y formación profesional en las universidades de América Latina, por Pascual Linares Márquez y Benito Fraile Laiz.....Pág. 84
8. Aportes de la Ética Hermenéutica a la formación en Bioética de los profesionales de la salud, por María del Huerto Nari.....Pág. 94
9. La Neuroética y el problema de la libertad humana: la propuesta de Jürgen Habermas, por Marta Gil.....Pág. 107

10. Necesidad de análisis éticos sobre plaguicidas organofosforados, por Francisco Vicente.....Pág. 118.
11. Reconocimiento médico-enfermo: El gozne ético de la narrativa, por Joan-Bta. Campos Cruaños.....Pág. 126.
12. La relación médico-enfermo en el cuadro de las relaciones interhumanas según Pedro Laín Entralgo, por Francisco Roger Garzón.....Pág. 136.
13. Reconocimiento y relación médico-paciente: Necesidad de compatibilizar el reconocimiento de la persona con el reconocimiento de la ciencia, por María Tardón Vigil.....Pág. 143.
14. La evaluación de la capacidad para tomar decisiones sanitarias: Un reto en ética asistencial, por T. Ventura, M. Navio, B. Baón, E. Verdura, H. Andrés.....Pág. 153
15. Hacia una atención sanitaria más respetuosa con el parto y el nacimiento en España, por Beatriz Gisbert Morant y Marta Aguilar Rodríguez.....Pág. 164

## **PARTE II. RECONOCIMIENTO RECÍPROCO**

1. Migración Eugenésica: Crónica de una nueva realidad, por Cristina Benlloch Doménech.....Pág. 180
2. La noción deliberativa de la reciprocidad aplicada a la relación médicopaciente en el caso del colectivo de mujeres musulmanas, por Daniela Gallego Salazar.....Pág. 190
3. La hospitalidad en clave médica, por Lorena Cebolla Sanahuja.....Pág. 204
4. Inmigración, Literatura y Reconocimiento, por Ignacio Pérez Pérez.....Pág. 215
5. Glosas para la refutación del alegato kantiano contra las excepciones a la prohibición del suicidio por, Josep. R. Moncho Pascual.....Pág. 232
6. Dilemas éticos ante la criminalización de la mutilación genital femenina, por Jorge Vázquez Costa.....Pág. 241

7. El concepto de persona y la bioética, por Javier Méndez-Vigo Hernández.....Pág. 252.
8. La teoría de G. H. Mead: un remedio para el individualismo posesivo: Un enfoque desde los escritos de J. Habermas, por Miguel Arteta.....Pág. 262
9. Relevancia filosófica del reconocimiento, por Javier Gracia Calandín.....Pág. 274
10. Reconocimiento e imaginación narrativa (Axel Honneth y Martha Nussbaum), por Enrique Herreras.....Pág. 287
11. Diálogo y reconocimiento en Charles Taylor, por Rubén Benedicto Rodríguez.....Pág. 300
12. El reconocimiento intercultural en clave hermenéutica, por Javier Gracia Calandín.....Pág. 310
13. Sobre los límites del re-conocimiento: Una propuesta renacentista para una parcours de la reconnaissance, por Vicente Raga Rosaleny.....Pág. 323
14. El reconocimiento como mecanismo articulador de la esfera pública, por Ivan López.....Pág. 333
15. El reconocimiento de las personas con diversidad funcional, por Manuel Aparicio Payá.....Pág. 346
16. ¿Cómo consigue ser reconocido un niño con pluridiscapacidad?, por Fernando Calvo Rigual y Gema Pedron Marzal.....Pág. 359
17. Implicación en el cuidado: Reconocimiento de una necesidad, por Esteban Galbete Teresa, Alonso Sangrador Blanca.....Pág. 368
18. Comunicación intercultural: respeto por la diferencia, por Esteban Galbete Teresa, Alonso Sangrador Blanca.....Pág. 376

### **PARTE III. DEMOCRACIA DELIBERATIVA**

1. La deliberación moral en bioética: Interdisciplinariedad y pluralidad frente a especialización, por Diego José García Capilla.....Pág. 393
2. Pluralismo moral y deliberación, por José Luis García Martínez.....Pág. 404
3. Democracia deliberativa, democracia participativa y derechos fundamentales, por José Mateos Martínez.....Pág. 416
4. Cómo enriquecer la deliberación pública desde las diferencias, por Pedro Jesús Pérez Zafrilla.....Pág. 427
5. ¿Es posible la creación de formas deliberativas dentro de la iglesia católica? La propuesta de la teología feminista crítica de Elisabeth Schüssler Fiorenz, por Montserrat Escribano Cárcel.....Pág. 439
6. La confesionalidad en las cuestiones éticas asistenciales y en los CEA's, por Elsa González Esteban y Ricardo Abizanda Campos.....Pág. 451
7. La construcción de la bioética en el espacio cultural europeo del s. XX, por Carlos Pose.....Pág. 466
8. Capacidades básicas para la deliberación en el ámbito sanitario, por Isabel Tamarit López.....Pág. 476
9. La contribución del estudio de las virtudes en bioética para la democracia deliberativa, por M<sup>a</sup> José Codina Felip.....Pág. 487
10. Human enhancement y deporte: Una visión global, por Francisco Javier López Frías.....Pág. 498
11. Ética aplicada como hermenéutica crítica: Su aplicación a la bioética, por Jesús Pedro Payo de Lucas.....Pág. 510
12. El dopaje como problema ético desde una Ética del deporte, por Raúl Francisco Sebastián Solanes.....Pág. 524

13. Ética del político y del votante. El individualismo en la causa de la corrupción, por José Antonio Ramírez Lucas y Ana Ramírez Lucas.....	Pág. 534
14. La deliberación en los comités de ética asistencia, por Carlos Pose.....	Pág. 546
15. La deliberación en los Comités de Bioética como canal de formación y cauce para alcanzar soluciones éticas y prudentes, por Juan María Martínez Otero, Encarnación Argandeña Parra, Josefa Cárcel Gómez, Marta Correa Ballester, Victoria Espinar, María Dolores Espuig Bulto, Elena Hortelano, Raúl Martín Soler, Francisco Tomás Aroca, Amparo Tortajada Pelechá, Javier Vega Gutiérrez.....	Pág. 556
16. Consentimiento deliberado y autoridad democrática, por Francisco Javier Gil Martín.....	Pág. 567
<b>Conclusiones</b> , por Pedro Jesús Pérez Zafrilla, Raúl Francisco Sebastián Solanes y Javier Gracia Calandín.....	Pág. 577

# **Bioética, Reconocimiento y democracia deliberativa**

## **Prólogo**

Entre los días 10 y 12 de noviembre de 2010 se celebró en la Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación de la Universitat de València, el *I Congreso Internacional de Bioética*, titulado “Bioética, Reconocimiento y Democracia Deliberativa”. Se trataba de un Congreso organizado por el Máster Interuniversitario “Ética y democracia” con sedes en la Universitat de València y la Universitat Jaume I de Castellón, y por dos de los grupos de investigación surgidos en su interior, el Grupo Interuniversitario de Investigación en Éticas Aplicadas y Democracia, dirigido por la profesora Adela Cortina, y el Grupo de Investigación en Bioética de la Universitat de València, dirigido por el profesor Juan Carlos Siurana.

El Grupo de Investigación “Éticas aplicadas y Democracia” viene trabajando conjuntamente desde 1991, año en el que se inició el Seminario Permanente de Ética Económica y Empresarial en el que participaban académicos (Adela Cortina, Jesús Conill, Domingo García Marzá y Agustín Domingo, entre otros) y empresarios, y que contó con la colaboración y apoyo de Bancaja desde sus inicios. En la actualidad, el grupo está integrado por 13 miembros, 12 de los cuales son doctores, que pertenecen a 5 entidades distintas: la Universitat de València, la Universitat Jaume I de Castellón, la Universidad Politécnica de Valencia, la Universidad de Murcia y la Fundación Étnor (para la ética de los negocios y de las organizaciones). Desde 2003, viene siendo reconocida la excelencia investigadora del grupo "Éticas Aplicadas y Democracia" por parte de la Generalitat Valenciana, primero, mediante la concesión de las ayudas a grupos de I+D+I, de referencia grupos03/179, y, actualmente, a través de la Conselleria d'Educació i Ciència, mediante el programa de grupos de investigación de excelencia PROMETEO. Este grupo ha desarrollado más de 15 proyectos



de investigación competitivos financiados por instituciones públicas. En el momento de la celebración del Congreso estaba concluyendo su proyecto de investigación titulado “Pluralismo moral, democracia deliberativa y diseño institucional”.

El Grupo de Investigación en Bioética de la Universitat de València se constituye oficialmente en el año 2004, año en el que es incluido en el registro de la Universitat de València, y en el que obtiene financiación de la Generalitat Valenciana para un proyecto de investigación sobre los nuevos desafíos de la bioética. Surge como extensión de la línea de trabajo en éticas aplicadas que venía desarrollando el grupo dirigido por la profesora Adela Cortina. Desde entonces, el grupo de bioética ha obtenido financiación para 4 proyectos. En el momento de la celebración del Congreso, disfrutaba de un proyecto financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación titulado “El reconocimiento recíproco como base de una bioética intercultural”, en el que participaban varias instituciones, incluyendo universidades, hospitales y centros de salud, y un total de 21 investigadores.

A los dos grupos de investigación nos parecía importante poder organizar un Congreso que permitiera exponer nuestras líneas de trabajo, haciendo coincidir nuestros intereses de investigación: la bioética, el reconocimiento, y la democracia deliberativa. El marco era el Máster en “Ética y Democracia”, máster en el que han crecido ambos grupos.

En una sociedad plural como la nuestra, donde las personas tienen diversas maneras de entender el mundo, es básico encontrar valores compartidos desde los cuales articular la convivencia pacífica, especialmente en un mundo como el sanitario, donde continuamente los nuevos descubrimientos tecnológicos amenazan con hacer saltar por los aires algunas de nuestras creencias más firmemente establecidas.

Para ello, la filosofía necesita ir al fondo e indagar en los fundamentos de la ética, cuáles son los elementos más básicos desde los cuales articular dicha convivencia.

Nosotros pensamos que uno de esos elementos es el reconocimiento recíproco, que permite a cada uno construir una relación positiva consigo mismo y, a la vez, con los demás. Las personas que se reconocen mutuamente se saben valoradas positivamente por las demás y, a la vez, valoran positivamente a las demás, en aquello en que merezcan ser valoradas.

En el reconocimiento recíproco hay un doble juego en el que cada vez los individuos se autoconocen mejor, y, en ese proceso, se descubren, por un lado, más singulares y únicos respecto a los demás y, por otro, más unidos a ellos.

Y en ese juego de reconocimiento mutuo es crucial saber practicar la deliberación. La deliberación tiene que ver directamente con el análisis minucioso y prudente, con uno mismo o con los demás, de las razones que nos permiten valorar algo como positivo o como negativo, como bueno o como malo.

Desde estos conceptos estuvimos abordando en nuestro Congreso los nuevos retos que nos plantea la asistencia sanitaria.

El acto de apertura contó con la presencia del Excelentísimo y Magnífico Sr. Rector de la Universitat de València, Don Esteban Morcillo; el Excelentísimo Sr. Decano de la Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación de la Universitat de València, Don Ramón López; el Excelentísimo Sr. Director General de Política Científica, Don Vicente Bellver, la Presidenta del Comité Científico de este Congreso, Doña Adela Cortina y el Presidente del Comité Organizador, Don Juan Carlos Siurana.

Las ponencias del congreso tuvieron una secuencia lógica.

Comenzamos el miércoles 10 de noviembre desgranando las claves de la democracia deliberativa, de la mano de la profesora Adela Cortina, para centrarnos luego, con Diego Gracia, en la deliberación en bioética. Ese día concluyó con una mesa redonda en la que se puso en relación la democracia deliberativa con el reconocimiento recíproco, con la

participación de Jesús Conill, Domingo García Marzá y Agustín Domingo, profesores de nuestro máster.

El jueves, 11 de noviembre, volvimos sobre la noción de reconocimiento recíproco para mostrar su potencial como fundamento de la bioética, con una sesión a cargo de Juan Carlos Siurana. Siguió una ponencia del profesor Matthias Kettner sobre el debate en los comités de ética, espacio especialmente pensado para la deliberación y el reconocimiento en el ámbito sanitario.

Concluimos ese día con una mesa redonda en la que cuatro médicos: Javier García Conde, Ana Costa, Fernando Calvo y Azucena Couceiro nos mostraron algunos ejemplos de reconocimiento recíproco en el ámbito sanitario.

El viernes, 12 de noviembre y último día del congreso, comenzó con dos conferencias sobre las bases neurobiológicas de nuestro comportamiento moral. En esta línea, Alfredo Marcos relacionó la deliberación con nuestra dimensión biológica, e Ignacio Morgado relacionó la constitución de nuestro cerebro con nuestra conducta moral.

La tarde continuó con una mesa a cargo de miembros de la red DILEMATA: Txetxu Ausín y Antonio Casado, y la conferencia de clausura estuvo a cargo de María José Guerra, quienes pusieron en común los tres conceptos nucleares de nuestro Congreso: la bioética, la deliberación y el reconocimiento, desde sus propios planteamientos teóricos.

Estas conferencias se vieron enriquecidas con más de 60 comunicaciones libres que reflexionaron sobre estos conceptos, y que fueron la verdadera alma del encuentro.

El presente libro contiene una selección de las comunicaciones que se presentaron en el Congreso. La edición ha estado a cargo de los miembros del comité organizador. La profesionalidad y entusiasmo que mostraron todos ellos durante la celebración del evento, ha tenido continuación con la organización, revisión y edición de este libro.

Las comunicaciones, como no podía ser de otro modo, se han organizado, siguiendo la estructura del Congreso, en tres bloques: bioética, reconocimiento y democracia deliberativa. Se trata de textos de gran calidad cuya lectura recomendamos completamente.

Este libro se integra dentro de los proyectos de investigación HUM2007-66847-C02 y FFI2008-06133/FISO, financiados por el Ministerio de Ciencia e Innovación.

Tal y como mostraba nuestro logotipo, razón y corazón es lo que quisimos compartir los organizadores de este Congreso con todos sus participantes. Una razón y un corazón, que pusimos en común para analizar los complejos temas relacionados con las ciencias de la vida, desde el reconocimiento recíproco, y la deliberación, prudente, justa y cordial. Este libro es una buena muestra de sus resultados.

**Adela Cortina**

Presidenta del Comité Científico, I Congreso Internacional de Bioética  
Bioética, Reconocimiento y Democracia Deliberativa

**Juan Carlos Siurana**

Presidente del Comité Organizador, I Congreso Internacional de Bioética  
Bioética, Reconocimiento y Democracia Deliberativa

## **Introducción.**

Pedro Jesús Pérez Zafrilla y Francisco Javier López Frías

Esta obra colectiva recoge las contribuciones realizadas en el *I Congreso Internacional de Bioética: Bioética, reconocimiento y democracia deliberativa*, que tuvo lugar en Valencia entre los días 10 y 12 de noviembre de 2012. El Comité Científico estuvo presidido por Adela Cortina, Catedrática de Ética y Filosofía Política de la Universitat de València, y el Comité Organizador por Juan Carlos Siurana, Profesor Titular de Filosofía Moral de la Universitat de València.

El Congreso contó con la presencia de especialistas de renombrado prestigio pertenecientes a diversas áreas de conocimiento, como las Humanidades, las Ciencias de la Salud o las Ciencias Sociales. Como comunicantes, participaron en el Congreso filósofos, médicos, sociólogos y juristas procedentes no sólo de España sino también de otros países europeos y de América Latina. Ello dotó al congreso de una dimensión interdisciplinar así como de una pluralidad de enfoques a los problemas planteados dentro de cada disciplina.

Estos elementos permitieron que el Congreso cosechara un gran éxito, convirtiéndose en un espacio de debate y foro de intercambio de ideas en torno a los tres núcleos temáticos que articularon el evento: la bioética, el reconocimiento y la democracia deliberativa. Fueron muchas las cuestiones planteadas a propósito de estos temas y las respuestas que se aportaron por los participantes. Un buen número de ellas aparecen recogidas en las comunicaciones que componen el presente volumen, el cual se estructura en tres partes, correspondientes a los tres grandes bloques que articularon el evento. A continuación presentaremos brevemente cuáles fueron los asuntos abordados en los trabajos de cada una de las secciones y que serán expuestos posteriormente a lo largo de esta obra.

La primera parte de este volumen reúne los textos directamente relacionados con la bioética. En ella, la diversidad y el enfrentamiento con el futuro son las notas dominantes, ya

que la virtualidad de esta sección es que no sólo recogerá trabajos relacionados con las cuestiones más básicas de tal disciplina, como, por ejemplo, la revisión de conceptos centrales a ella, el papel del profesional y su relación con el paciente o el tratamiento crítico de los principios de la bioética, formulados por James F. Childress y Tom L. Beauchamp en su *Principles of Biomedical Ethics* en 1979 y remodelados en el ámbito de la Filosofía Española por Diego Gracia en su *Fundamentos de bioética*, sino que tratará de llevar a la bioética más allá de sí misma expandiendo sus fronteras hacia diversos terrenos en que afrontar retos completamente nuevos derivados, principalmente, del progreso médico y científico producido durante estos últimos decenios de investigación médica, sobre todo, en lo que respecta a nuestro conocimiento del funcionamiento del cerebro que parece, junto con la investigación genética, abrir una nueva época para la ciencia biomédica, así como para las disciplinas que se dedican a reflexionar sobre ella, como es el caso de la bioética.

Por ello, es de destacar la presencia de la neuroética y su análisis ético de las bases cerebrales del comportamiento moral, así como de análisis éticos de temas tan poco explorados por esta disciplina como: la investigación y la comercialización de compuestos químicos (como los plaguicidas), la aplicación de la bioética a casos muy concretos de asistencia clínica y su expansión hacia terrenos poco habituales para ella, como la fisioterapia. Con ello se muestra la intención original del Grupo de Investigación en Bioética de la Universitat de València (GIBUV) de tratar de ser original y vanguardista en su terreno, explorando los límites y nuevas posibilidades que ofrece la reflexión bioética.

La segunda parte de este volumen girará en torno al concepto de “reconocimiento recíproco” que es el vertebrador y unificador del trabajo que viene desarrollando el Grupo de Investigación durante estos últimos cuatro años, cuyo proyecto de investigación se titula: *El reconocimiento recíproco como base de una bioética cultural*.

Estamos ante uno de los conceptos que más ha triunfado en el lenguaje e imaginario filosóficos en los últimos tiempos. Una fascinación que tiene su punto de partida en el tratamiento que Hegel hizo del mismo y cuyos principales teóricos son: Axel Honneth, Paul Ricoeur, Charles Taylor, Adela Cortina, Jürgen Habermas...

Este concepto es el que sirve de elemento de unión entre los temas principales de los dos grupos de investigación organizadores del *I Congreso Internacional de Bioética*, a saber: la bioética y la democracia deliberativa, ya que el verdadero reconocimiento recíproco es aquel que se realiza comunicativamente, es decir, sólo si verdaderamente escuchamos y dialogamos con el otro le estamos mostrando que le apreciamos, que le reconocemos como a un igual (en derechos, dignidad, valor).

Siguiendo a Adela Cortina, la consecución de una verdadera democracia deliberativa sólo es posible si ésta (sobre todo los principios morales que la componen) va más allá del terreno de la acción política más inmediata (paradigmáticamente: votar en las elecciones), es decir, construyendo una voluntad común en la que reconozcamos al resto como interlocutores válidos (cuyas razones han de ser escuchadas y sus intereses tenidos en cuenta) a través de nuestra acción en todas y cada una de las actividades sociales en las que participamos.

De este modo, el término “reconocimiento recíproco” acaba penetrando en todas las prácticas sociales ejerciendo de criterio normativo que sirve para evaluarlas críticamente, así como para dotarlas de una orientación hacia fines comunes. Da igual que hablemos de la práctica médica, del derecho, de la política, de otras prácticas profesionales como la empresa o el deporte, o de instituciones como el Estado, la Universidad o la familia. La guía y presencia del reconocimiento recíproco debe ser indudable si queremos conseguir una sociedad que verdaderamente se convierta en un sistema equitativo de cooperación orientado hacia fines comunes, tomando los términos de Rawls.

Este segundo apartado dedicado al concepto de reconocimiento tiene la virtud de, no sólo analizar tan fascinante concepto de un modo riguroso, sino también de hacerlo desde una gran variedad de puntos de vista: el derecho, la historia de la filosofía, la bioética, la economía, la sociología... haciendo gala de uno de los pilares fundamentales del congreso: su carácter multidisciplinar.

La tercera y última parte del libro recoge las comunicaciones referidas a la democracia deliberativa. Ésta representa una teoría política de gran relevancia en la actualidad. Aunque sus proponentes la han diseñado fundamentalmente como un modelo innovador de participación política, no cabe duda de que sus implicaciones en la sociedad van más allá del modelo de organización institucional. Los trabajos presentados subrayan la potencialidad que atesora el procedimiento deliberativo no sólo en el ámbito político sino también dentro de la sociedad civil. Por lo que hace a la política, las comunicaciones señalan la importancia que adquiere la deliberación como condición de legitimidad democrática. Es a través de un debate realizado en condiciones de simetría como puede producirse un reconocimiento de la legitimidad de las decisiones entre los afectados. No obstante, también se ponen de manifiesto los problemas a los que se enfrenta el recurso a procesos deliberativos en la toma de decisiones políticas, como la dificultad de lograr el acuerdo en el marco de nuestras sociedades pluralistas, la influencia que pueden desempeñar las pasiones frente a la argumentación racional en el proceso deliberativo o el modo de lograr la instauración en la vida política de sistemas más participativos.

La deliberación ocupa también un lugar central en otras esferas de la sociedad más allá del plano político. Así, algunos de los comunicantes han planteado la posibilidad de extender el modelo deliberativo del plano político a los grupos de la sociedad civil, como las iglesias. Este sería el modo más adecuado para construir una sociedad plenamente democrática asentada sobre procesos deliberativos. El desarrollo de esas nuevas prácticas deliberativas



requerirá sin duda el fomento de unas ciertas virtudes en los sujetos. Qué modelo de educación cívica sea requerido en nuestras sociedades para aproximarlas al ideal deliberativo ha sido también objeto de análisis en el congreso.

Finalmente también se ha puesto de relieve la importancia de la deliberación en el campo de la bioética. En concreto, la deliberación cobra un gran protagonismo dentro de los comités de ética asistencial. No en vano, la labor realizada en ellos es a través de un proceso de debate entre miembros de diferentes disciplinas. El modo como deban desarrollarse los debates dentro de los comités ha sido un aspecto en el que se ha profundizado especialmente, incidiendo en el elemento de la interdisciplinariedad de los comités, así como respecto al modo de proporcionar un tratamiento adecuado a las cuestiones presentadas al comité sobre la base de valores religiosos.

Todos estos son algunos de los temas más relevantes que fueron abordados en el evento y que, junto a otros muchos, aparecen desarrollados en las comunicaciones presentadas a lo largo de esta obra. Tras el recorrido por los diferentes trabajos serán presentadas unas Conclusiones que recogen las tesis principales a las que se pudo llegar en cada uno de los bloques temáticos, y que son fruto no sólo de las exposiciones realizadas sino también de los debates que dichas presentaciones suscitaron entre los participantes.

# I

# BIOÉTICA

## **Inutilidad y futilidad en la asistencia clínica.**

### **Sinonimia o conceptualidad distinta.**

Dr. Ricardo Abizanda Campos.

Doctor en Medicina, Magíster Universitario en Bioética (UCM).

CBA Hospital General de Castellón

[rabizandac@terra.es](mailto:rabizandac@terra.es)

Dra. Elsa González Esteban.

Profesora Titular de Filosofía Moral.

Universitat Jaume I, Castellón. CBA Hospital La Magdalena de Castellón.

[esteban@fis.uji.es](mailto:esteban@fis.uji.es)

**Resumen:** El objetivo central de este artículo es adentrarse en la posible diferencia existente entre inutilidad y futilidad. Diferencia importante de establecer dada la sinonimia que como se mostrará prevalece en diferentes ámbitos y que tiene importantes repercusiones. En este trabajo se pretende mantener que la clara distinción hermenéutica y semiótica de estos dos conceptos puede tener una aplicación fundamental a la hora de distinguir entre tratamientos ordinarios y extraordinarios, establecer estrategias de limitación de esfuerzo terapéutico, informar a los pacientes, y evitar los riesgos del encarnizamiento terapéutico.

Tratamiento fútil, tratamiento inútil, bioética, hermenéutica.

**Abstract:** The aim of this paper is to explore the possible difference between useless and futility. This difference is important to establish given the synonymy prevailing in different areas and its relevant implications. This paper maintains that a clear distinction among these two concepts from hermeneutics and semiotics can have a fundamental application in distinguishing between ordinary and extraordinary treatments, develop strategies to limit therapeutic effort, to inform patients and avoid risks of therapeutic cruelty.

Futile Treatment, useless treatment, bioethics, hermeneutics.

*“... la causa debía haber sido algo muy fútil”, Antonio Gala, El imposible olvido.*

### 1. Introducción.

Es frecuente argumentar que no existe obligación moral de ofrecer tratamientos fútiles ya que no alcanzarán el objetivo previsto de restaurar la situación de salud del paciente, sino que únicamente prolongarán su situación presente. Tanto desde una perspectiva ética, legal o deontológica, esto se acepta como una conducta moralmente correcta.

Al revisar los diccionarios y la bibliografía es fácil encontrar que los términos inutilidad y futilidad son utilizados indistintamente y, frecuentemente, como sinónimos.

Nuestro planteamiento intenta demostrar que, en contra de la costumbre más extendida, existen importantes diferencias entre ambos conceptos, y que no deben ser intercambiados por el riesgo de provocar más confusión que otra cosa.

El argumento central en el que se basa este trabajo se centra en que la diferencia existente entre inutilidad y futilidad tiene que ver con los medios puestos en acción para alcanzar un objetivo previsto. Desde ese punto de vista, medios adecuados podrán mostrarse útiles o inútiles para alcanzar ese objetivo, mientras que medios fútiles no podrán alcanzarlo nunca por ser inapropiados para conseguirlo. En la literatura podemos encontrar algunos ejemplos ilustrativos, y podríamos señalar el siguiente por nuestra parte: un tratamiento antibiótico determinado podrá resultar útil o inútil para combatir una neumonía y revertir la situación del paciente. Un tratamiento con polivitamínicos nunca logrará curar, por si mismo, la misma neumonía. En el primer caso nuestro tratamiento puede que haya sido inútil, en el segundo siempre habrá sido fútil.

En este trabajo se pretende mantener que la clara distinción hermenéutica y semiótica de estos dos conceptos puede tener una aplicación fundamental a la hora de distinguir entre tratamientos ordinarios y extraordinarios, establecer estrategias de limitación de esfuerzo terapéutico, informar a los pacientes, y evitar los riesgos del encarnizamiento terapéutico.

## 2. Un acercamiento al vocablo

Tanto “tratamiento fútil” como “esfuerzo asistencial fútil” son expresiones que, en el ámbito de la asistencia, se repiten con una cierta frecuencia. No son excepcionales los planteamientos de futilidad de una determinada actitud profesional. Y ello nos lleva a la cuestión fundamental ¿a qué llamamos fútil? En el texto incluido al inicio del artículo el

término fútil se utiliza como sinónimo de algo sin importancia, trivial, intrascendente, podría decirse incluso que apunta al término banal. Sin duda esta es la intención del autor, y muy probablemente es la acepción más utilizada de la palabra “fútil” y su derivada “futilidad”, la de designar algo sin importancia.

Quizás por esta clara aceptación cotidiana del significado del término llama la atención que la literatura bioética asistencial y la normativa deontologista médica haga un uso muy distinto del concepto. En nuestra opinión, si es necesario armonizar posturas entre los profesionales sanitarios y los que no lo son, conviene que se establezcan las oportunas diferencias, si hay alguna, pues como se mostrará es sumamente relevante en la toma de decisiones, en las deliberaciones así como en la comunicación con el paciente.

Por poner algunos ejemplos de utilización del término “fútil” podemos referirnos a los siguientes textos:

“... los profesionales no pueden acceder a demandas de actuaciones *fútiles* contraindicadas o ilegales ...” (Monzón Marín et .al. 2008)

“Prognosis-based *futility* guidelines: Does anyone win?” (Teno et. al. 1994)

“El médico debe evitar toda acción terapéutica *fútil* en el enfermo desahuciado. Es fútil todo acto médico inútil sin valor real para el enfermo” (Declaración de Pamplona de la O.M.C. 1998)

“Hay una *futilidad* diagnóstica, lo mismo que hay una *futilidad terapéutica*” (Herranz, 2008)

En estos ejemplos, y en muchos que más que podrían aportarse, cuando uno se acerca a ellos con una lectura en base hermenéutica, el concepto de futilidad se asocia al de “no efectividad”, de no utilidad. Y cabe apuntar en este momento que en la ciencia médica se establece una clara diferencia entre eficacia y efectividad.

De este modo, podríamos resumir la situación diciendo que parece existir un acuerdo sobre la “no obligación” moral de ofrecer tratamientos fútiles, ya que no alcanzarán el objetivo de restaurar la citación de salud del paciente, sino que únicamente prolongarán la situación presente, con su carga de sufrimiento, disconfort, cuestionamiento de la dignidad humana, y conculcación de la obligación ética de proteger el bien del paciente –del otro.

Y este acuerdo parece que existe tanto en dimensión deontológica, como legal como ética. Tres ámbitos importantísimos de la reflexión bioética. Sin embargo, todavía hay alguna cuestión clave por responder, pues a nuestro modo de ver tras este acuerdo se plantea la pregunta –ahora explícita– de ¿qué es futilidad? Planteada de tal modo podemos acudir a distintas fuentes y la primera a la que acudimos por su fiabilidad es al Diccionario de la Real Academia Española (2009) que apunta las siguientes definiciones:

- Fútil: de poco aprecio o importancia
- Inútil: no útil
- Futilidad: poca o ninguna importancia, cosa inútil, minucia, tontería, intrascendencia, pamema, bagatela, bobada.
- Inutilidad: cualidad de inútil, sinónimo: ineficacia.

Como se puede apreciar estas acepciones coinciden con el uso que el novelista A. Gala le daba al vocablo fútil en nuestra frase introductoria al igual que coincide con uso que se le da en las referencias comunes del ciberespacio como puede ser la búsqueda en la Wikipedia que apunta a vocablos como: baladí, insignificante, corto, pobre, pueril, insustancial, vacuo, huero, frívolo, intrascendente, trivial, inane o nimio. También cercana a esta acepción se encuentra un uso de la palabra en latín clásico que designa aquello que se tira porque no sirve, y en este sentido se aplica para designar vasijas rotas, que no cumplen su cometido de contener.

Por otra parte, llama la atención que cuanto más se asemejan diferentes usos desde diferentes fuentes más se aleja de la utilización que los profesionales asistenciales hacen del concepto, así como del consenso tácito que existe en buena parte de la reflexión bioética.

Una vez revisado el posible significado de la palabra, se puede también ver cuál es su equivalencia en otras lenguas, y de qué modo se utilizada en comparación con el español.

<b>Español</b>	<b>Inglés</b>	<b>Francés</b>	<b>Italiano</b>	<b>Alemán</b>
De poca monta	Empty	Banal	Banale	Belanglos
Despreciable	Fiddling	Futile	Frivolo	Fruchtlos
En vano	Futile	Infime	Futile	Geringfügig
Fútil	Hollow	Insignifiant	Insignificante	Leer
Infructuoso	Idle	Inutile	Inutile	Nichts sagend
Insignificante	Insignificant	Mineur	Non essenziale	Nutzlos
Insustancial	Petty	Négligeable	Piccolo	Sinnlos
Inútil	Pointless	Oiseux	Secondario	Unbedeutend
Pequeño	Trifling	Petit	Senza importanza	Unwichtig
Prescindible	Trivial	Peu important	Trascurabile	Vergeblich
Trivial	Un availing	Sans importance	Vano	
Vacío	Unsuccessful	Vain		
Vano	Useless			
	Vain			

Con esta pequeña muestra se puede destacar que en todos los idiomas de nuestro entorno, tanto en los de origen romance como en los que no lo comparten, el concepto fútil se asocia al de poca importancia, pero también al de infructuosidad (en inglés “unsuccessful”). Es decir, que no produce fruto, que no nos acerca al resultado esperado. Por nuestra parte, apuntamos que aunque el Diccionario de la RAE no recoge esa acepción, tampoco la niega conceptualmente, pues reconoce como sinónimos de “fútil” vocablos como baladí, inane e insignificante, así como antónimos, términos como esencial, notable, portentoso o valioso.

Llegados a este punto, tenemos la obligación de plantearnos si al hablar de futilidad y de inutilidad nos encontramos ante una cuestión de sinonimia o ante dos conceptualizaciones distintas cuya denominación se confunde con frecuencia.

### 3. Una necesaria precisión

Para iniciar este camino de análisis podemos comenzar examinando, por ejemplo, el título de este artículo de una publicación científica: “Botox, tratamiento fútil en pacientes menores de doce años de edad con espasticidad” (López Lirled y Pimentel Ramírez, 2008). Es evidente que se puede interpretar de dos maneras distintas. Que el tratamiento descrito no sirve en casos concretos o bien que el mencionado tratamiento no tiene efectividad ninguna, en ninguno de los dos casos en los que se ha instaurado. Es importante distinguirlo. En el primer caso, nuestro esfuerzo no habrá servido para lo que esperábamos, y en el segundo no debiéramos haberlo propuesto nunca. Y el matiz, sin duda alguna desde la reflexión bioética es importante.

Este mismo planteamiento ha sido enfrentado por diferentes autores, que han tratado de clarificar las diferencias conceptuales entre “inutilidad” y “futilidad”, desde la perspectiva sanitaria. Así Marigorta, Miembro de la Sociedad Valenciana de Bioética, nos ofrece la siguiente distinción: tratamiento inútil es el que estando correctamente indicado y aplicado no obtiene los resultados esperados y deseados y tratamiento fútil es el que desde el principio no puede proporcionar un beneficio al paciente. O también los comentarios referidos al “deber hipocrático” que apuntan que las funciones hipocráticas de la medicina son aliviar el sufrimiento, disminuir la agresividad de las enfermedades o abstenerse de intentar curar a los intratables. Por lo que la acción fútil se entiende como aquella que no puede alcanzar las metas propuestas, independientemente de las veces que se repita, dado que las posibilidades de fracasar son inherentes al propio acto.

También conviene analizar algunas utilidades del concepto de “futilidad” en el sentido de “planteamiento inadecuado” que se pueden extraer de ejemplos asistenciales prácticos: a) Neumonía tratada con antibióticos adecuados: fallecimiento del paciente.



Resultado no utilidad, inutilidad, terapéutica; b) Neumonía tratada con infusiones de manzanilla, polivitamínicos y rezos varios: fallecimiento del paciente. Futilidad terapéutica.

La futilidad terapéutica es un término difícil de definir y no existe acuerdo entre los profesionales sobre las circunstancias en que un tratamiento puede considerarse fútil. Entre las causas aducidas para proporcionar tratamientos considerados fútiles se citan: a) incapacidad para aceptar la muerte –por parte de profesionales y allegados; b) percepción de fracaso por parte de los profesionales; c) expectativas infundadas de las familias y d) temores legales.

A nuestro juicio una reflexión en profundidad desde el concepto de buena práctica médica y organizativa (García-Marzá, 2005) debiera darse respecto al concepto asistencial cuando los profesionales se ven forzados a actuar en contra de su criterio y a aplicar medidas que “no” redundan en beneficio del paciente.

Así pues, consideramos que la expresión “encarnizamiento terapéutico” implica una intencionalidad o, por los menos, conciencia de que se trata de algo inmoral, que no se corresponde en la mayoría de casos con la intención del médico. La traducción que hace la literatura inglesa del problema que tratamos es la de “prolongación innecesaria” o fútil de los medios de soporte vital.

Esta acepción, sin embargo, no abarca suficientemente la situación tan frecuente de pacientes que contemplan los aspectos científicos de la enfermedad por encima de la calidad de vida de la persona que la sufre. Especialmente estas consideraciones del problema se pueden encontrar en el documento sobre “Obstinación Terapéutica” presentado por Sans Sabrafén y Abel Fabre (2005) en la Real Academia de Medicina de Cataluña. Dichos autores proponen la siguiente definición de tratamiento fútil: “Es aquel cuya aplicación está desaconsejada en un caso concreto porque no es clínicamente eficaz (comprobado estadísticamente), no mejora el pronóstico, los síntomas ni las enfermedades intercurrentes o

porque produciría efectos perjudiciales y razonablemente desproporcionados al beneficio esperado por el paciente o en relación con sus condiciones económicas y sociales” (Sans Sabrafén y Abel Fabre, 2005).

Y con esta definición coincide Cataldi que define la futilidad terapéutica del siguiente modo: “Fútil, del latín *“futilis”* significa de escasa importancia, y en última instancia lo que se pretende significar es que el tratamiento carece de importancia en relación a las consecuencias ... La futilidad tiene una doble vertiente: por un lado implica la instrumentación de medidas terapéuticas que serán inútiles con sus diferentes repercusiones (dar falsas esperanzas a la familia, incrementar costos institucionales) y por otro lado la prolongación de la agonía, que es mucho más grave (...) Un tratamiento fútil es aquel que no alcanza las metas terapéuticas” (2003, 90-99).

En resumen, la diferencia central entre “inutilidad” y “futilidad” la podemos establecer, utilizando la siguiente explicación asequible para cualquier persona, en la “utilidad demostrable” que se puede proporcionar. Y es importante establecer tal distinción.

#### A modo de conclusión

Para finalizar consideramos importante tener en cuenta los siguientes aspectos al considerar la cuestión tratada:

- El lenguaje transmite un mensaje que puede o no ser comprendido dependiendo del código entre el emisor y el receptor. Y en los aspectos clínicos sanitarios que nos ocupan es de suma relevancia dado que se pone en juego tanto la autonomía del paciente como la del médico, así como la comprensión de la beneficencia y de la no-maleficencia.
- La hermenéutica puede ayudarnos en los aspectos de bioética fundamental donde es de suma relevancia utilizar el “arte o habilidad de interpretar los

textos” siempre desde una perspectiva crítica y teniendo en cuenta la meta o finalidad de la actividad, en este caso sanitaria.

- Los matices en las interpretaciones pueden impedir la correcta comprensión del mensaje. Por tal motivo se hace necesario que el conocimiento y entrenamiento en el terreno hermenéutico.
- El experto en bioética debe ser extraordinariamente cuidadoso con la forma de vehicular el mensaje emitido para evitar su mala comprensión o la manipulación sesgada del mismo.

Y como conclusión que planteamos para la consideración y debate académico, científico y también de la deliberación bioética, quisiéramos señalar que el “Tratamiento fútil” es aquel que clínicamente se demuestra como ineficaz, no mejora el pronóstico ni los síntomas, además es potencialmente perjudicial respecto a las expectativas asociadas, el sufrimiento asociado, el beneficio esperado y su posible coste, tanto para el paciente como para su entorno.

En definitiva con el desarrollo de este trabajo se ha pretendido mantener que la clara distinción entre “inutilidad” y “futilidad” tiene una aplicación fundamental a la hora de distinguir entre tratamientos ordinarios y extraordinarios, establecer estrategias de limitación de esfuerzo terapéutico, informar a los pacientes, y evitar los riesgos del encarnizamiento terapéutico.

## **Bibliografía**

- Cataldi, A. R. (2003). *Manual de ética médica*. Buenos Aires: Universidad Rivadavia.
- Declaración de Pamplona de la O.M.C. (1998)
- García-Marzá, D. (dir.) (2005). *La apuesta ética en las organizaciones sanitarias*, Castellón: Servei de Publicacions Universitat Jaume I.

Herranz, G. (2008). “Cuando ya no se puede curar. La medicina paliativa, ejercicio de ciencia y de humanidad”, *AcePrensa*, 1 de octubre [Último acceso 27 octubre de 2010]. Disponible en <http://www.aceprensa.com/articulos/2008/oct/01/cuando-ya-no-se-puede-curar/>

López Lirled, L., Pimentel Ramírez, M<sup>a</sup> L. (2008). “Botox, tratamiento fútil en pacientes menores de doce años de edad con espasticidad”, *Revista Humanidades Médicas*, vol.8, n<sup>o</sup>2-3, [on-line] [Último acceso 27 octubre de 2010]. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202008000200006&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202008000200006&lng=es&nrm=iso)

Marigorta, J. (2004). *Eutanasia versus cuidados paliativos*, BioeticaWeb [Último acceso 27 octubre de 2010]. Disponible en <http://www.bioeticaweb.com/content/view/209/830/>

Monzón Marín, J.L., Saralegui Reta, I., Abizanda Campos, R., Cabré Pericas, L., Iribarren Diarasarri, S., Martín Delgado, M.C., Martínez Urionabarrenetxea, K., y Grupo de Bioética de la SEMICYUC (2008). “Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico”, *Medicina Intensiva*, vol.32, n<sup>o</sup>3, pp. 121-133.

Sans Sabrafén, J. y Abel Fabre, F. (2005). “Obstinación terapéutica”, *Documento de la Reial Academia de Medicina de Catalunya*. [Último acceso 27 octubre de 2010]. Disponible en [http://www.bioetica-debat.org/contenidos/PDF/obstinacion\\_terapeutica.pdf](http://www.bioetica-debat.org/contenidos/PDF/obstinacion_terapeutica.pdf)

Teno, J.M., Murphy, D.J., Lynn, J., Tosteson, A., Desbiens, N., Connors, A.F. Hamel, M.B., Wu, A., Phillips, R., Wenger, N. (1994). “Prognosis-based futility guidelines: Does anyone win?”, *Journal of the American Geriatrics Society*, vol.42, n<sup>o</sup>11, pp. 1202-1207.

# El origen neurobiológico de los sentimientos morales

Jesús A. Fernández Zamora  
Universitat de València

**Resumen:** Desde los últimos avances de las neurociencias no es desacertado mantener que la moralidad tiene su origen último en los mecanismos de nuestros cerebros, ya que parece claro que en el subsuelo de toda conducta moral hallamos una inclinación, no determinante pero sí importante, que nos hace sentir más a gusto actuando de una forma y no de otra. Esta inclinación tiene que ver con las emociones, pero también con la integración de éstas en la intelección, que es lo que conocemos como sentimientos. Así, los sentimientos pueden ser considerados como un primer empuje biológico que desencadena la conducta moral.

Moralidad, sentimientos, neurociencias.

**Abstract:** From the latest advances in neuroscience is not unwise to say that morality has its ultimate origin in our brain mechanisms. It is obvious that on the basis of our moral behavior, we find a tendency which is not determinant but it is important, that makes us feel more comfortable acting in one way and not in another. This force is in relation with emotions and feelings. For this reason, feelings can be considered a biological push that triggers moral conduct.

Morality, emotions, neuroscience.

## 1. Sentimientos y moralidad.

El sentir tiene su origen en el entramado emocional de nuestro cerebro, el cual es activado por la estimulación que reciben los órganos de los sentidos (Mora, 2000: 31). Sentir implica estar afectado por algo, que las cosas cobren un color emocional, y esto tiene su raíz en los mismos mecanismos que son desencadenados cuando los órganos de los sentidos mandan sus datos sensoriales al cerebro. En el cerebro, las neuronas no sólo envían estos datos a la corteza sino también a las áreas relacionadas con la emotividad, esto es, la amígdala y el hipotálamo. Por tanto, los datos sensoriales, que en un principio están desprovistos de emotividad alguna, cuando pasan por los circuitos límbicos adquieren una tonalidad emotiva. En estos circuitos es en donde hemos de buscar el origen de los sentimientos.

Los estados emocionales ofrecen a los organismos la posibilidad de flexibilizar las respuestas que se dan a distintas situaciones según las distintas experiencias que haya

tenido en su interacción con el ambiente. Este mecanismo resulta de vital importancia ya que ayuda tanto a la supervivencia como a la búsqueda de mejores formas de vivir. Ahora bien, la respuesta que genera una emoción es mecánica, por lo que la flexibilización de ésta proviene de la capacidad para subjetivar la percepción que produce una emoción, de la percepción intelectual de lo que está ocurriendo en el cuerpo. Un sentimiento puede ser definido como “la percepción de un determinado estado del cuerpo junto con la percepción de un determinado modo de pensar y de pensamientos con determinado temas” (Damasio, 2005: 86). Los sentimientos son, pues, pensamientos que se encargan de representar los procesos reactivos del cuerpo; traducen el estado del cuerpo al lenguaje de la mente. Consiguen que el organismo reaccione de una forma creativa ante las amenazas o circunstancias favorables provenientes del entorno, introducen en el proceso emocional alertas mentales que pueden catalogar los acontecimientos como buenos o malos, y, en combinación con la memoria, la imaginación y las capacidades analíticas del cerebro, ayudan a la aparición de un pensamiento capaz de prever las consecuencias de la acción y generar respuestas cada vez más abiertas. Cuando hablamos de sentimientos nos referimos a una característica peculiar del ser humano, sin embargo, que su función biológica sea la de dotar al organismo de respuestas flexibles y el hecho de comprobar que muchas especies, además de la humana, tienen este modo de actuar, nos hace pensar que quizás pueda ser un fenómeno no exclusivo del género humano. En principio, cualquier organismo dotado de un sistema nervioso que pueda elaborar mapas mentales de los estados corporales es capaz de tener sentimientos (Calvert, 2002; Dawkins, 1998).

Los sentimientos actúan como sensores mentales de los estados internos del organismo indicando aquellos que pueda ser beneficiosos o dañinos para el organismo. Así, los estados de alegría, por ejemplo, son la señal de estados óptimos para la vida, los

de tristeza lo son de algún desequilibrio funcional, el miedo pone en guardia al individuo ante alguna amenaza, y la ira actuaría como empuje necesario para actuar de forma defensiva. Todo esto nos indica que, al igual que ocurre con las emociones, podemos hablar de variedad de sentimientos. Es más, para cada variedad de emoción encontramos un sentimiento determinado, ya que éstos consisten en pensamientos provenientes de las emociones. Antonio Damasio nos ofrece una elaboración de cuáles pueden ser estas variedades de sentimientos distinguiendo entre sentimientos de emociones universales básicas, sentimientos de emociones universales sutiles y sentimientos de fondo (Damasio, 2006:175-185). La primera variedad correspondería a emociones primarias tales como alegría, tristeza, ira, miedo y asco, y serían aquellos que se centran en las respuestas corporales. La segunda variedad se relacionaría con variaciones de las emociones básicas y tendría más que ver con las experiencias que haya tenido el individuo a lo largo de su vida que con los procesos corporales propiamente dichos. Según la historia de cada uno, las emociones básicas generarán distintos sentimientos sutiles. De este modo, la alegría puede derivar en melancolía o nostalgia, o la tristeza en pánico o en timidez. Por último, los sentimientos de fondo provendrían de estados corporales de fondo y no de estados emocionales. Podríamos decir que el sentimiento de fondo es la imagen que tenemos de nuestro cuerpo cuando no es sobrecogido por ninguna emoción. A este sentimiento de fondo lo podríamos llamar talante.

A partir de las emociones primarias podemos hablar de sentimientos básicos y derivados, desde las emociones de fondo, podremos entender qué son los sentimientos de fondo, pero también, las emociones sociales tienen su correlato en los sentimientos. La simpatía deviene en empatía y justicia o reciprocidad, la turbación y vergüenza en pudor, del orgullo se pasa a la vanidad, de la culpa al sentimiento de culpa, y la gratitud

y la admiración pueden desencadenar la benevolencia y el amor. Es en este tipo de sentimientos, principalmente en el de empatía, desde donde algunas corrientes filosóficas han mantenido su teoría de los sentimientos morales. Éstas resaltan que los sentimientos morales revelan al hombre la dimensión social, de la que depende para su supervivencia y el desarrollo de su propio bienestar. Estos sentimientos inclinan a la colaboración con los demás y hacen sentir al ser humano que su obrar es necesario para que otros alcancen su bien, lo mismo que el obrar de los otros le es necesario para que él alcance el suyo. Sin entrar en la cuestión de si este tipo de sentimientos es la clave de la moralidad humana, tal y como defiende el emotivismo moral, sí que, desde los estudios neurobiológicos hemos de admitir la importancia que éstos tienen en la sociabilidad humana, y en especial en el comportamiento moral. Parece ser que una de las claves del origen de la conducta moral está en la simpatía empática. Pasemos, por tanto, a ver qué entendemos por simpatía.

## 2. Simpatía y sociabilidad.

Los etólogos en general y Konrad Lorenz en particular han puesto de manifiesto que en muchas especies existen normas sociales que regulan la competencia entre los miembros del grupo. Estas reglas tienen por finalidad evitar que los animales acaben destruyéndose unos a otros debido a sus tendencias agresivas. Los rangos y jerarquías de las que antes hablábamos suelen establecerse más por exhibiciones incruentas de ferocidad y corpulencia que por verdaderas luchas cuerpo a cuerpo, llegando a darse éstas sólo en casos muy contados. Incluso las armas naturales con las que cuentan los animales suelen ser inofensivas y están prácticamente al servicio de la exhibición de fuerzas. Parece ser, por tanto, que la norma en la naturaleza es la sociabilidad y no la violencia. Sólo nuestra especie, señala Lorenz, supone una excepción a la regla, la cual



muestra una innata pulsión agresiva (Lorenz, 1972). Las causas de esta desviación de la especie humana hemos de buscarlas en los inhibidores sociales los cuales no son suficientes; la cultura y la técnica han producido nuevas formas de sublimar la violencia congénita pero al ser tan rápida su evolución éstos no han podido ser asimilados debidamente. Por otro lado, la invención de estos nuevos mecanismos culturales ha hecho que los mecanismos biológicos pierdan su eficacia. El resultado no es otro que la violencia humana. Dejando a un lado las controvertidas ideas de Lorenz acerca del origen de la desmesurada agresividad en el hombre, lo que se puede sacar en claro de los estudios etológicos es que la cooperación, la reciprocidad y la sociabilidad pacífica parecen ser una constante en el comportamiento de muchas especies. Los animales miran por el bien de la especie por lo que la simpatía parece ser un factor presente en su conducta.

La simpatía puede ser definida como una respuesta afectiva que consiste en la manifestación de una cierta preocupación por otros individuos ante situaciones de necesidad o desamparo (Eisenberg, 2000:677). Aplicando la simpatía al mundo animal, Frans de Waal ofrece ejemplos de cómo los gritos de ciertas crías de algunas especies de monos al ser castigadas o rechazadas provocan que otras crías se aproximen y formen pila con ellas. Parece como si el dolor de una cría se extendiese a sus compañeros los cuales buscarán calmar y aliviar su angustia (De Waal, 1997:52ss). Puesto que en los seres humanos también encontramos una relación estrecha entre simpatía y compasión, es presumible que estos comportamientos tengan una base común en animales, especialmente mamíferos, y humanos. Claro está que este comportamiento simpático no es idéntico en todas las especies. Los monos muestran un mayor nivel que las ratas, y en los hombres este tipo de comportamiento merece un estudio aparte por su elevada complejidad. Sin embargo, de lo que no hay duda es que

podemos encontrar esta conducta en especies distintas a la humana y que tenemos pruebas de ello. Un ejemplo lo podemos encontrar en los estudios de Jules Masserman, el cual comprobó que los monos rhesus mostraban disconformidad cuando se les obligaba a tirar de una cadena, acción con la cual se les traía comida, si con ello causaban algún mal a sus compañeros. El experimento consistía en que cada vez que se tiraba de la cadena se propinaba una descarga eléctrica a un miembro del grupo, algo que los demás podían contemplar. Una vez el mono relacionaba que la descarga provenía de su acción éste dejaba de ejecutarla, aunque con ello evidentemente perdía el beneficio de recibir alimentos. Algunos monos llegaron incluso a pasar verdadera hambre, pero a pesar de esto seguían negándose a conseguir alimentos a costa del mal de sus vecinos. Esta tendencia era más pronunciada entre individuos que se conocían y mantenían una relación afectiva que entre desconocidos, pero este dato no supone una objeción para afirmar que entre estos monos existía un sistema social que los mantenía cohesionados (Masserman, 1964). La simpatía, por tanto, parece ser un importante factor presente en el comportamiento animal.

La simpatía no es patrimonio exclusivo de los humanos y está presentes en otras especies, sin embargo, no por ello podemos hablar de moralidad en los animales no humanos. Desde estos resultados resulta evidente que si tales comportamientos están presentes en la especie humana es porque han sido recibidos en el proceso evolutivo. No hay objeción, entonces, en afirmar que la sociabilidad es un componente básico de la moralidad procedente de los mecanismos de la evolución. Pero pensamos que no se puede unir sin más sociabilidad y moralidad, lo mismo que tampoco podemos mantener que estemos ante ningún tipo de bien natural. Esto es algo que veremos más claro si distinguimos entre simpatía y empatía.

### 3. El origen del sentimiento de empatía.

La empatía es el correlato mental de la simpatía. Como emoción que es, la simpatía forma parte de los procesos cerebrales que procesan la información proveniente tanto del exterior como del interior del organismo. Como ya hemos visto, la simpatía es una característica de algunas especies y tiene su origen en estructuras que la selección natural ha favorecido a lo largo de la evolución. Este mecanismo favorece la cohesión del grupo acrecentando así las posibilidades de supervivencia. Ahora bien, ¿cuáles son estos mecanismos que generan la simpatía y su correlativo sentimiento de empatía?

Preston y de Waal proponen que la capacidad de sentir empatía radica en un mecanismo el cual permite al sujeto acceder al estado emocional del individuo observado gracias a representaciones neuronales y corporales del propio sujeto, y al que han denominado como *Mecanismo de Percepción-Acción* (MPA) (Preston y De Waal, 2002a; 2002b). Lo que estos investigadores sugieren es que, en determinadas especies, cuando un individuo observa a otro prestando atención a su estado emocional, las representaciones neuronales del primero se activan automáticamente produciendo un contagio emocional que lleva a estados similares al del observado.

Por su parte, Damasio enuncia lo que él llama mecanismo del «bucle corporal como si» (Damasio, 2005:114-116). Según sus estudios, el origen de la simpatía y el sentimiento de empatía lo hallamos en el hecho de que el cerebro puede simular estados emocionales corporales. Cuando se observa a otros individuos, atendiendo a su estado emocional, puede ocurrir que en el cerebro del observador se produzca una rápida modificación de los mapas corporales, haciendo que las cortezas prefrontales desvíen su atención hacia las regiones cerebrales del individuo que hacen sentir el propio cuerpo. De esta forma se desencadena un sentimiento semejante al del individuo observado. Esto explicaría, por ejemplo, por qué cuando vemos a alguien con una herida podemos

sentir algo de su dolor. En estos casos lo que el cerebro está realizando es una simulación de aquello que se observa y produciendo estados corporales similares a los que se producirían si el observador sufriese la misma experiencia que la del observado. Lo que ocurre es que el cerebro imita aquello que ve.

Ahora bien, de todos los datos que han facilitado desvelar el origen de la empatía, sin duda alguna el que más ha clarificado el funcionamiento de estos mecanismos ha sido el descubrimiento de las neuronas espejo (Gallese, Goldman, 1998; Rizzolatti y Craighero, 2004; Rizzolatti y Sinigaglia, 2006). En la década de 1990 se estableció la existencia de distintos tipos de neuronas en la corteza cerebral. Dentro de estos grupos de neuronas uno en concreto llamó poderosamente la atención ya que su función era la de representar en el cerebro los movimientos que éste observaba en otros individuos, produciendo algo así como una simulación. Éstas se han denominado neuronas espejo y permiten al cerebro relacionar los movimientos observados con los del propio individuo y reconocer su significado. La importancia de este tipo de neuronas parece ser decisivo para el aprendizaje, ya que permite comprender ciertas acciones por observación, pero sobre todo es crucial para el comportamiento social al permitir captar reacciones emotivas en los demás y entender su significado, favoreciendo así la comunicación. Cuando un observador analiza la conducta del observado puede producirse la activación de las neuronas espejo con lo cual se codificará la información sensorial en términos motores. Esta codificación hará posible el reconocimiento de los gestos de los demás y podrá favorecer la reciprocidad. Gracias a este mecanismo, el acontecimiento motor observado podrá ser experimentado por el observador, captando así su significado y facilitando la interacción entre ambos. Esto supone una ventaja adaptativa, ya que favorece el entramado social del grupo, pero donde más evidente parece esta ventaja es en el hecho de que gracias a las neuronas espejo también se puede llegar a compartir

emociones, con lo cual se podrán generar vínculos no sólo operativos sino afectivos dentro del grupo.

#### 4. Las raíces neurobiológicas de la moralidad.

En los mecanismos emocionales que acabamos de exponer encontramos la base del sentimiento de empatía, base a su vez de la sociabilidad humana y la moralidad. Una vez que la simpatía deviene en sentimiento de empatía, será posible valorar ciertas acciones y comportamientos como deseables o indeseables, provocando así una respuesta determinada en nuestro modo de comportarnos con los demás. Si observamos a alguien que nos es estimado, o que no nos ha hecho nada malo, el cual está sufriendo dolor, lo más probable es que ello nos mueva a compasión; si por el contrario el que sufre dolor es alguien que nos hizo algo malo, es posible que el sentimiento que se producirá en nosotros sea muy distinto. Eso sí, en ambos casos se producirá un contagio emocional que generará en nosotros el sentimiento de empatía, o bien positiva o bien negativa, la cual nos llevará a una conducta social determinada.

Ahora bien, los lazos que produce este mecanismo no son tan fuertes como para generar un tipo de conducta estereotipada basada en los sentimientos, más si hablamos del ser humano en donde los factores que interactúan en las respuestas que se dan son tan variados que pronosticar cómo se va a reaccionar ante un acontecimiento determinado resulta casi imposible. No obstante, y a pesar de lo endeble que pueden resultar los lazos provenientes de los mecanismos de la empatía emocional, lo que sí es claro es que si no existiesen éstos, la conducta social del hombre y su moralidad serían muy distintas a como las conocemos. El sentimiento de empatía se encuentra tan arraigado en el hombre que no es desatinado afirmar que toda nuestra sociabilidad y la moralidad tienen su origen en este sentimiento. Sin embargo, ¿supone esto que estamos

ante ciertas normas morales de carácter biológico? ¿Son los sentimientos algo así como los mandamientos de la madre naturaleza que se encuentran inscritos en nuestros sistemas emocionales? Creemos que esta afirmación es del todo exagerada. Los datos positivos muestran que la sociabilidad y la moralidad poseen una ineludible raigambre de carácter neurobiológico que es imposible obviar, sin embargo, esto no nos permite reducir toda la conducta moral a mero dato positivo. Biología y moralidad se entrelazan en el ser humano. Nos es preciso el conocimiento de lo biológico para un mejor entendimiento de lo moral, pero en ningún caso podemos caer en una reducción de carácter biológico que nos lleve a formular lo moral únicamente desde el lenguaje positivo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Calvert, T. (2002). *¿También tienen sentimientos los animales?* Barcelona: Obelisco.
- Damasio, A. (2005) *En busca de Espinoza*. Barcelona: Crítica.
- Damasio, A. (2006). *El error de Descartes*. Barcelona: Crítica.
- Dawkins, M. (1998). *Through our eyes only?: The search for animal consciousness*. Oxford: Oxford University Press.
- De Waal, F. (1997). *Bien natural*. Barcelona: Herder.
- De Waal, F. (2007). *Filósofos y primates*. Barcelona: Paidós.
- Eisenberg, N. (2000). "Empathy and sympathy", en Lewis, M., Haviland-Jones, J. M. (eds.), *Handbook of emotion*. Nueva York: Guildford Press, pp.677-692.
- Gallese, V., Goldman, A. (1998) "Mirror neurons and simulation theory of mind-reading", *Trends in Cognitive Sciences*, nº 2., pp.493-501;
- Lorenz, K. (1972) *Sobre la agresión: el pretendido mal*. Bilbao: Siglo XXI.

- Masserman, J. et al. (1964). "Altruistic behavior in rhesus monkeys", *American Journal of Psychiatry*, nº 121, pp.584-585.
- Mora, F. (2000). "¿Qué son las emociones y los sentimientos?", en Mora, F. (ed.), *El cerebro sentiente*. Barcelona: Ariel, pp.17-34.
- Preston, S. D., De Wall, F. (2002a). "Empathy: its ultimate and proximate bases", *Behavioral and Brain Sciences*, nº 25, pp.1-72.
- Preston, S. D., De Wall, F. (2002b). "The communication of emotions and the possibility of empathy in animals", en Post, S. G., Underwood, L. G., Schols, J. P., Hurbur, W. B. (eds.), *Altruistic love: Science, philosophy, and religion in dialogue*, Oxford University Press, Oxford, 2002, pp. 284-308;
- Rizzolatti, G., Craighero, L. (2004). "The mirror neurons system", *Annual Reviews in Neuroscience*, nº 27, pp.169-192;
- Rizzolatti, G., Sinigaglia, C. (2006). *Las neuronas espejo. Los mecanismos de la empatía emocional*. Barcelona: Paidós.

# Los límites del principio ético de justicia en relación con la asistencia sanitaria.

## Un reto para la asistencia sanitaria en el estado del bienestar.

Diego José García Capilla.

Facultad de Filosofía. Universidad de Murcia.

**Resumen:** El artículo parte de la relación histórica entre el principio ético de justicia y la asistencia sanitaria, resumiéndose en cuatro momentos: la justicia como proporcionalidad natural, como libertad contractual, como igualdad social y como utilidad pública. Ha sido la interpretación utilitarista la que ha desarrollado una sanidad utilizando el concepto de bienestar para definir la salud, produciéndose el fenómeno de la medicalización de la vida y de la sociedad. En nuestros días asistimos a la necesidad de limitar este deber de prestación por parte de los Estados para preservar el principio de justicia, haciendo posible un tipo de salud sostenible.

Justicia, salud, utilitarismo, medicalización.

**Abstract:** The starting point of this paper is the Historical Connection between the Ethical Principle of Justice and its connection with the Health Care, summarized in four moments: Justice as Natural Proportionality, as Contractual Freedom, as Social Equality and as Public Utility. The Utilitarian Interpretation has developed a Health using the concept of Welfare to define Health, causing the medicalization of life and society. Nowadays we are witnessing a necessity of restricting this duty of benefit on the part of the States in order to protect the Principle of Justice, making possible a type of sustainable Health.

Justice, health, utilitarianism, medicalisation.

### 1. Historia del principio ético de justicia y su relación con la asistencia sanitaria.

En la historia de la filosofía política occidental ha habido al menos cuatro interpretaciones del principio de justicia, derivándose importantes repercusiones en los diversos tipos de asistencia sanitaria (Gracia, 1988)



1ª. *La justicia como proporcionalidad natural.* Es la teoría con mayor vigencia histórica en la cultura occidental, abarcando desde la cultura griega (siglo VI a. de C.) hasta el siglo XVII. La justicia pertenece a la *physis*. Este es el tipo de justicia que desarrolla Platón en *La República*, describiendo una sociedad “naturalmente” ordenada en una serie de estratos sociales (esclavos, artesanos, guardianes, gobernantes), en la que lo justo es ocupar el puesto que la naturaleza ha asignado. A partir de esta interpretación se distinguen tres niveles de asistencia médica que se corresponden con los tres estratos sociales.

2ª. *La justicia como libertad contractual.* A partir del siglo XVII aparece un nuevo concepto de justicia. John Locke (1632-1704) elaboró una teoría política que fundamentó el liberalismo: en *Dos tratados sobre el gobierno civil* (1690) sentó las bases de la moderna teoría de los derechos humanos. Distinguió un “estado de naturaleza”, anterior a la sociedad organizada, en la que hay ciertos derechos naturales (vida, salud, propiedad, libertad), pasando a la “sociedad política o civil” por medio del “contrato social”. Para Locke la justicia social tiene por objeto proteger los derechos del estado de naturaleza (derechos de carácter negativo, civiles o políticos). Locke tiene una idea minimalista del Estado que han mantenido algunos autores neoliberales en el siglo XX (Hayek y Friedmann en el orden económico, o Robert Nozick en el orden filosófico). Los liberales consideran la salud como un derecho negativo y la asistencia sanitaria como un derecho positivo. Autores como H. Tristram Engelhardt afirman que “no existe ningún derecho humano fundamental a recibir asistencia sanitaria, ni tan siquiera un mínimo decoroso”.

3ª. *La justicia como igualdad social.* En los países comunistas la asistencia sanitaria fue un elemento fundamental.

El pensamiento socialista de mayor influencia en los países occidentales ha sido el llamado socialismo democrático. No pretendió anular el primer código de los derechos humanos, sino completarlo con otro, el de los derechos económicos, sociales y culturales. Se promueve y protege no solo los derechos negativos, sino también los positivos. Surge así la conciencia del derecho de todo ser humano a la educación, la vivienda digna, el trabajo bien remunerado, el subsidio de desempleo, la jubilación, la asistencia sanitaria. Si el liberalismo descubrió el derecho a la salud, el socialismo revela el derecho a la asistencia sanitaria. El primero es negativo, el segundo es un derecho positivo y el Estado tiene que llenarlo de contenido.

En 1971 John Rawls publica *Teoría de la justicia*, donde define esta no como proporcionalidad natural, libertad contractual ni igualdad social, sino como equidad. Por tal entiende algo muy cercano a algunas ideas fundamentales de la ética Kantiana. La tesis de Rawls es que una sociedad no puede considerarse justa a menos que cumpla con el principio de que todos los valores sociales han de ser distribuidos igualitariamente, a menos que una distribución desigual redunde en una ventaja para todos, en especial para los más necesitados. Pero Rawls no incluyó la sanidad entre los bienes sociales primarios.

4ª. *La justicia como utilidad pública*. La utilidad es un concepto económico, sin embargo se aplica a la moral.

John Maynard Keynes (1883-1946) puso las bases del Estado de bienestar. Su teoría político-económica (la demanda agregada –aggregate demand- como elemento central de la actividad económica) parte del motor de que la actividad económica y el empleo ha de estar en la demanda, al contrario de lo que se había pensado hasta entonces. Se sientan las bases de un Estado que suministra servicios sociales (entre ellos la sanidad) y aplica políticas orientadas al pleno empleo. Es un Estado que sume los

derechos de primera y segunda generación, pero por criterios de utilidad (no de beneficencia o justicia).

La influencia de Keynes también fue importante en la aparición del primer Servicio Nacional de Salud que entró en vigor en 1948. Fue así como surgió el primer servicio nacional de salud del mundo occidental.

2. Principio ético de justicia utilitarista, Estado de bienestar y asistencia sanitaria de cobertura universal: la medicalización de la vida.

La consecuencia sociosanitaria del Estado de bienestar es el reconocimiento del derecho a la salud y el deber de asistencia sanitaria por parte del Estado, traducándose en un importante desvío del gasto público para la asistencia sanitaria.

El Estado de bienestar afectó al concepto que quedó explicitado el 22 de julio de 1946 en el Preámbulo del documento de constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la siguiente forma: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Siguiendo la definición, la salud es igual a bienestar, haciéndose evidente la base ética del utilitarismo. Las repercusiones, en múltiples ámbitos de la vida, van a ser extraordinarias. Una de ellas es que el ámbito de la salud crece de manera progresiva e indefinida, superponiéndose al ámbito de la vida humana entera: asistimos al fenómeno de la “medicalización de la vida”, que no es nuevo (el cuidado excesivo de la salud permite una aberración a la que Platón se refiere en *La República* con el nombre de “medicina pedagógica”<sup>1</sup>: la “medicina del bienestar” se comporta como la “medicina pedagógica” con la diferencia de que ésta es vista como perjudicial e inmoral para la república, y aquélla no). Lydia Feito lo recoge de la siguiente manera: “La salud, identificada, como nunca antes lo había estado, con el bienestar, en un sentido mucho

más amplio que la mera positividad contraria al estado de enfermedad, amplía su perímetro de tal modo que toda la vida humana queda invadida por su influjo” (Feyto, 1996).

En la actualidad existe abundante bibliografía sobre el fenómeno de la medicalización. Diversos estudios la presentan como “un proceso por el que ciertos fenómenos que formaban parte de otros campos, como la educación, la ley, la religión, etc., han sido redefinidos como fenómenos médicos” (Marquez y Meneu, 2003). Desde una perspectiva parecida, “la medicalización se define como un proceso por el que problemas no médicos se tratan como problemas médicos, normalmente en términos de enfermedad o trastorno” (Editorial, 2005). El *British Medical Journal*, dedicó una edición completa al tema de la medicalización de la vida con el sugestivo título: *¿Demasiada medicina?* El objetivo era “atraer la atención sobre la tendencia en aumento a clasificar como enfermedades los problemas de la gente” (Smith y Moynihan, 2002)

Como señala José Antonio Mainetti: “En realidad, la medicina siempre ha ejercido un poder normalizador o de control social (...) Pero otra historia comienza con el modelo sanitario dominante tras la II Guerra Mundial, cuando la medicalización deviene el equivalente de una “cultura de la salud igual bienestar” (Mainetti, 1988).

Michel Foucault señala: “En la situación actual, lo diabólico es que cuando queremos recurrir a un territorio exterior a la medicina nos encontramos con que ya ha sido medicalizado. Y cuando se quiere criticar a la medicina, sus deficiencias, sus inconvenientes y sus efectos nocivos, esta crítica se hace en nombre de un saber médico más completo, más refinado y difuso (...) No se logra salir de la medicina, y todos los esfuerzos realizados en este sentido se remiten a un saber médico” (Foucault, 1999).

La ampliación del campo del concepto de salud como consecuencia de la definición de la OMS extendió la medicina a múltiples ámbitos de la vida humana, como señala Feito: “La medicina se convierte en un nuevo poder, capaz de dictaminar lo normal, lo bueno y lo justo en diversos ámbitos, pues casi todos ellos, en una u otra perspectiva, pueden considerarse relacionados con la salud, cuando ésta es concebida de un modo tan amplio. Y, puesto que la enfermedad es universal, este poder se cree también con alcance para toda la humanidad. Esto implica un exceso de medicalización de nuestra sociedad (en todos los ámbitos: política, económica, ética...)” (Feito, 1996)

### 3. Los límites del principio de justicia en la sociedad medicalizada.

Hay más de un argumento para reforzar la necesidad de aplicar límites al principio de justicia en la sociedad medicalizada. Examinaremos algunos de ellos:

-La medicalización no se traduce en un incremento del nivel de salud de la población. Está acreditado el contraste entre la definición de salud pretendidamente objetiva y la salud percibida por los individuos: a mayor oferta de salud, más gente considera que tiene enfermedades, problemas o necesidades (Marquez y Meneu, 2003). El nobel de economía Amartya Sen mostró que cuanto más gasta una sociedad en asistencia sanitaria, mayor es la probabilidad de que sus habitantes se consideren enfermos (Sen, 2002)

- El punto de partida del proceso de medicalización son los conceptos de salud y enfermedad. Estos vienen caracterizados por el hecho de tener unos límites imprecisos.

- Algunas formas de medicalización se inscriben en un proceso de “invención de enfermedades” consistente en que cada vez que se “etiqueta” una nueva enfermedad existe un tratamiento apropiado para ella. Dicho proceso se puede presentar en formas diversas<sup>2</sup>.

Examinaremos a los distintos actores de la medicalización y su responsabilidad en el proceso:

- La industria farmacéutica, que es el beneficiario principal del proceso.
- Los medios de comunicación. Están contribuyendo de modo importante a extender la creencia en la medicina como ciencia exacta y omnímoda, cuando lo habitual suele ser la información sesgada, dirigida interesadamente por los grupos económicos de las corporaciones farmacéuticas (Marquez y Meneu, 2003).
- Los profesionales sanitarios. Los médicos son los principales agentes de la medicalización. Son, a la vez, agentes imprescindibles para que el proceso prospere, como las víctimas de una sociedad que demanda que la medicina de una solución a todos sus problemas.
- La población. En las sociedades desarrolladas hay un rechazo cada vez mayor a la enfermedad y a la muerte como partes inevitables de la vida: en las sociedades occidentales, la salud ha llegado a convertirse en la obsesión de la población<sup>3</sup>.
- La administración. En general, en los niveles de macrogestión se tienden a evitar las decisiones conflictivas, no explicitando las prestaciones incluidas y excluidas de la cartera de servicios (Marquez y Meneu, 2003).

En este sentido hay dos criterios importantes a la hora de entender la aplicación de estas limitaciones por parte de las administraciones: la eficiencia y la equidad.

El concepto de eficiencia es puramente técnico, y proviene de la Economía. Se puede definir de la siguiente manera: “La eficiencia consiste en la pura maximización de utilidades. Algo es eficiente cuando produce un beneficio al menor costo (...) La

eficiencia busca optimizar el resultado” (Gracia, 1998). El concepto de eficiencia sólo nos dice cuando una distribución es óptima desde el punto de vista económico.

Sólo con el criterio de eficiencia no podemos considerar una distribución de bienes como justa. Varios autores proponen –entre ellos destacamos a John Rawls- otro principio en relación con la distribución de bienes que ya no es económico (como el de eficiencia), sino estrictamente moral: la justicia o equidad.

El criterio de equidad aplicado de manera exclusiva a la distribución de recursos, nos puede llevar a gastos desmesurados y a la ineficiencia (con lo cual sería una incorrecta aplicación del principio de justicia). La aplicación exclusiva del criterio de eficiencia nos puede llevar a situaciones de desigualdad y discriminación inaceptables (siendo un atentado al principio ético de justicia).

El debate sobre justicia sanitaria ha influido en instituciones nacionales e internacionales, modificando declaraciones previas para adaptarse a la nueva situación. La OMS convocó en 1978 una conferencia internacional en Alma Ata (antigua URSS) en la que ratificó la definición de salud de 1946, pero introdujo modificaciones: la utopía del completo bienestar queda sustituida por unos “niveles de salud” estableciéndose como mínimo indispensable a ser garantizado por todos los Estados, el de la “atención primaria”. La OMS ha centrado su interés en un documento de 1981: *“Estrategia mundial de Salud para todos en el año 2000”* en el que se pone de manifiesto la repercusión de la crisis económica de los años setenta, modificando el concepto de “salud como bienestar” para adaptarse a las restricciones económicas, aunque sin renunciar al “mínimo decente” constituido por la atención primaria de salud para toda la humanidad.

Finalmente, las consecuencias de un modelo de desarrollo insostenible, así como un modelo también insostenible para los países del Tercer Mundo, ha determinado un

cambio en la OMS en cuanto a la adaptación del principio de justicia en relación con la asistencia sanitaria: se ha pasado de un punto de vista “nacional” (centrado, sobre todo, en los parámetros de salud de los países ricos) a un punto de vista “global” que tiene en cuenta al conjunto de la humanidad como responsabilidad de la comunidad internacional. Como señala Diego Gracia: “De ahí que en el cambio de siglo se haya convertido en prioridad mundial la búsqueda de un nuevo modelo económico, político y ético, generalmente conocido como desarrollo sostenible. El desarrollo sostenible exige a su vez un nuevo tipo de medicina, que Daniel Callahan ha denominado *salud sostenible*” (Gracia, 2004)

---

<sup>1</sup> PLATÓN, *La República*, III, 406b. El autor se refiere a la terapéutica pedagógica de las enfermedades o yátrica y dice textualmente refiriéndose a Heródico: “Porque, por no ser capaz, supongo yo, de sanar de su enfermedad, que era mortal, se dedicó a seguirla paso a paso y vivió durante toda su vida sin otra ocupación que su cuidado, sufriendo siempre ante la idea de salirse lo más mínimo de su dieta acostumbrada; y así consiguió llegar a la vejez muriendo continuamente en vida por culpa de su propia ciencia”

<sup>2</sup> Las distintas formas de medicalización están documentadas y desarrolladas en J. Blech (2005). *Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes*, Barcelona: Destino.

<sup>3</sup> Ivan Illich es un autor que ha criticado abiertamente la medicalización. Publicó un artículo: “L’obsession de la santé parfaite” en *Le monde diplomatique*, marzo de 1999. En el mismo expone cómo en los países desarrollados la obsesión por la salud perfecta se ha convertido en el factor patógeno predominante, exigiendo a la medicina que ponga fin al sufrimiento corporal, conserve la juventud y prolongue la vida hasta el infinito.



---

## BIBLIOGRAFÍA.

- Blech, Jörgh (2005). *Los inventores de enfermedades*. Barcelona: Destino.
- Editorial. (2005) “\*\*\*\*”, *Infac Osakidetza* (2005), vol.13, julio-agosto.
- Engelhardt, H.T. (1995). *Los fundamentos de la bioética*, Barcelona: Paidós.
- Feito, Lidia (1996). “La definición de salud”, *Revista Diálogo Filosófico*, nº34, p.74.
- Foucault, Michel (1999). *Estrategias de poder*. Barcelona: Paidós.
- Gracia, Diego (1988). *Fundamentos de bioética*, Madrid: Eudema.
- Gracia, Diego (1998). *Profesión médica, investigación y justicia sanitaria*, Santa Fe de Bogotá: El Búho.
- Gracia, Diego (2004). *Como arqueros al blanco*. Madrid: Triacastela.
- Mainetti, José Antonio (1988). “La medicalización de la vida y del lenguaje” en *La crisis de la razón médica. Introducción a la filosofía de la medicina*, La Plata, Quirón.
- Márquez, S. y Meneu, R. (2003). “La medicalización de la vida y sus protagonistas”, *Gestión Clínica y Sanitaria*, vol.16, Abril-Junio, pp.
- Organización Mundial de la Salud, *Alma-Ata 1978: Atención Primaria de salud*, Ginebra, OMS, 1987.
- Rawls, John (1979). *Teoría de la justicia*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Sen, Amartya (2002). “Health: perception versus observation”, *British Medical Journal*, nº324, pp.860-61.
- Smith, R. y Moynihan, R (2002). “Too much medicine?”, *British Medical Journal*, vol.24, pp.859-860.

# El pensamiento bioético de Diego Gracia: de principios a valores.

Víctor Páramo Valero.

Universidad de Valencia.

**Resumen:** Es posible hablar ya de un "nuevo" Diego Gracia, un "segundo pensamiento" que desborda ya al expuesto principalmente en su obra *Fundamentos de Bioética*. El "segundo" Gracia no partiría de una férrea defensa de unos principios -la beneficencia, la autonomía y la justicia- como fundamento del actuar-moral; la nueva base sería que "la ética es una cosa de valores". Después de haber interiorizado ya los principios en su pensamiento, su postura -evolucionada- en cuanto a la práctica médica para con los pacientes, habría sido la del respeto por los valores propios del paciente, siendo inmoral pasar por encima de ellos.

Principios, valores, bioética, Diego Gracia

**Abstract:** It is possible to speak of a "new" Diego Gracia, a "second thought" already exceeding the mainly exposed in his *Fundamentos de Bioética*. The "second" Gracia does not build on a strong defense of principles -beneficence, autonomy and justice- as moral foundation of the act. The new base would be that "ethics is a matter of values". Having already internalized the principles in his thought, his position -advanced- in terms of medical practice with patients, would have been the respect for the values of the patient, being immoral to pass over them.

Principles, values, bioethics, Diego Gracia

## 1. Introducción.

Nuestra exposición se basa en que en el actual D. Gracia la referencia moral son los valores -no los principios morales-, aunque sin olvidar la influencia de la crítica zubiriana a la "ética de los valores".

Puesto que el *sistema de referencial moral* se encuentra construido sobre una base, la *protomoral* -ésta lo que propiamente fundamenta el ser moral del hombre-, los valores son el producto de la *facultad estimativa* (*facultad estimativa* en terminología orteguiana; *logos* en terminología zubiriana); es el *logos* del hombre el que "estima, prefiere y valora las cosas como buenas o malas" (Ferrer y Álvarez, 2008: 437-438). Por tanto, es *logos* el que ha de guiar al médico en cuanto a la toma de decisiones; es su *facultad estimativa* la que funcional en la toma de decisiones morales. ¿El buen médico ha de guiarse por la intuición *logística* -por su facultad estimativa, que es la que capta los valores (no los produce) y es previa a la racionalidad moral de los principios- y no

por la racionalidad moral que tiene la moral normativa, esto es, los principios, “los deberes morales con contenido material”, puesto que las “prescripciones morales concretas son obra posterior de la razón”? (Ferrer y Álvarez, 2008: 438-439)

Hemos de mencionar ya que “valores” y “principios” en Gracia son completamente diferentes. El filósofo entiende que los valores propios de cada uno son producto de lo que Ortega denominó “facultad estimativa”, mientras que los principios refieren a una legislación general a la hora de actuar en contextos concretos.

Esta diferencia será de máxima relevancia, en su primer pensamiento, a la hora de fundamentar los principios en valores, expuesto en su *Bioética Fundamental*, la segunda parte de su obra *Fundamentos de Bioética*. Gracia trata de fundamentar históricamente una bioética principialista, esto es, busca una legitimación histórica para la utilización de los principios de autonomía, beneficencia y justicia hoy en medicina. Se trata de fundamentar la moral contenida en los principios. Pero, tras esta tarea, viene otra “ob-ligada”: la de la fundamentación de la propia moral en tanto que *ser del hombre*. Es en esta parte donde los valores juegan un papel esencial. Desarrollaremos esta parte en el apartado “Valores en el Gracia principialista”.

En nuestra exposición mostraremos cómo el pensamiento arraigado en *Fundamentos de bioética* ha quedado superado; no es que D. Gracia haya dejado de lado la necesidad de unos principios bien definidos para el buen actuar en el ámbito práctico de la ciencia médica, sino que, más bien, han quedado tan asimilados que descubrimos en este autor un nuevo pensamiento, arraigado en principios, pero que se ve encaminado -y vemos sus miras puestas- en valores morales.

## 2. Fundamentación de los principios morales.

Es bien conocida en bioética la obra *-Fundamentos de bioética-* que precedió a la propuesta de la *National Commission* por los principios morales en medicina. Como sabemos, esta apuesta norteamericana por la beneficencia, autonomía y justicia en relación con los conflictos entre médicos y pacientes, fue la solución a una situación a la que la deontología médica no alcanzaba. El “Juramento” hipocrático había quedado desvirtuado, pues los mandatos que contiene no *tocaban* la nueva realidad sanitaria. Estos principios no vieron a ser meros “sustitutos” de la clásica deontología del “Juramento” hipocrático, sino que vinieron a dar a la medicina una nueva *versión* ética –medicina entendida como *praxis* humana.

Fue tras un momento de incertidumbre social –pues hay que tener en cuenta que en la relación médico paciente hay tres factores irreducibles: médico, enfermo y sociedad (Ferrer y Álvarez, 2008: 18) -cuando pudo decirse propiamente que la bioética surgió. Fueron más bien los ciudadanos -y no los académicos- los que hicieron surgir a la bioética, tras su constante reclamación de una nueva legislación médico-paciente que superara el paternalismo hipocrático. El problema moral que se planteaba entonces era la fundamentación racional de estos principios que habían de legislar en las decisiones clínicas, -fundamentación a la Beauchamp y Childress no dieron relevancia (Gracia, 1989: 454)-, y es a esta tarea a la que ha dedicado D. Gracia su obra *Fundamentos de bioética*; este filósofo y médico le dedicó la suficiente profundidad filosófica-histórica como para que las tesis sostenidas y desarrolladas en ella hayan entrado en la historia de la bioética.

Gracia dedicó esta obra al “problema de la fundamentación de los juicios morales” (Gracia, 1989: 12) en medicina. Tratará en ella, pues, de fundamentar histórico-moralmente los principios por los que se han de guiar -y por los que se han de

regir- en medicina. La práctica médica ha de conducirse en la mayoría de los casos clínicos por principios, sabiendo que los mandatos morales no gozan de incondicionalidad. Gracia se distancia de la ética kantiana, donde los mandatos morales ordenan siempre, puesto que desde su postura se puede afirmar que “no hay deberes absolutos”, ni principios formales “que permanezcan invariables a lo largo del tiempo” (Ferrer y Álvarez, 2008: 459 y 453). Esta nota es de verdadera relevancia, puesto que denota que D. Gracia entiende los principios morales como intrínsecamente variables en la historia, puesto que a lo largo de la historia ha habido en los mismos distintos contenidos. A sí, en su obra antes citada trata de exponer los “contenidos materiales de los principios” (Ferrer y Álvarez, 2008: 453) que ha habido en la historia.

El problema que se plantea en la aplicación de los principios a la praxis médica, como ya hemos señalado, es que se vuelven “relativos”, ya que el mandato de los principios es relativo cuando se aplica a la experiencia (Ferrer y Álvarez, 2008: 460). Que se den situaciones a las que los principios morales no alcancen, no que decir que la racionalidad moral contenida en ellos que suprimida. Simplemente, como ya apuntaba en la *Ética a Nicómaco* Aristóteles en relación con las leyes que gobiernan la ciudad, en tanto que la naturaleza de los principios es lo general, lo particular requerirá de la prudencia (Ferrer y Álvarez, 2008: 459). Este problema incluso afecta a la propia compaginación de los principios –autonomía, beneficencia y justicia-; es imposible que la ética médica respete a la vez los tres principios (Gracia, 1989: 19). Por ello, D. Gracia propone una jerarquización, un orden en la aplicación de los principios, como solución al problema de su aplicación mutua.

### 3. Valores en el Gracia principialista.

La originalidad de Gracia en cuanto a su reflexión sobre los principios, que no son una propuesta nueva en él, es su fundamentación, pues este autor concibe la necesidad de un “sistema de referencia moral” como base de toda norma que quiera ser legitimada. Los principios funcionan a modo de moral normativa y se fundamentan en una “proto-moral”, que es la plataforma “desde la que la razón es capaz de establecer principios y normas morales concretos” (Gracia, 1989: 399). Es la proto-moral el *lugar* de los valores. Por tanto, el paso que se da para la creación de unos principios a partir de un sistema de referencial moral es el paso de valores a principios. Queremos señalar aquí la importancia que en el Gracia de los Fundamentos tienen los valores; ellos son los que fundan la moral. Los principios parten de ellos. Las normas se fundamentan en valores; los valores fundamentan la normatividad moral (Gracia, 1989: 380).

Los juicios realizados *desde* la facultad estimativa son incluso más “obligatorios” que los juicios normativos, puesto que “ligan” “al hombre en lo más profundo de su realidad” (Gracia, 1989: 381). La facultad estimativa es considerada así por Gracia como la fuente de obligación moral, porque ésta realiza juicios *salidos* de la “protomoral” del hombre, esto es, muestran la moralidad como realidad; los valores son el efecto de una realidad en el hombre, que es su *ser moral*. El Bien en Gracia, como en Zubiri, es algo proto-moral, puesto que se produce en la propia aprehensión de la realidad.

De esta forma encuentra Gracia el fundamento de la moral en una cadena que va desde los valores, que se dan en la aprehensión (puesto que el *logos*, a partir de la aprehensión, estima prefiere y valora. Esta *facultad estimativa* se mueve en el nivel de la intuición, no de la racionalidad. La racionalidad se dará en la moral normativa, es decir, “los deberes con contenido material” (Ferrer y Álvarez, 2008: 438), hasta la pura

esencia en el propio ser del hombre que es la proto-moral, la *fuerza* de la moral. La proto-moral se encuentra en la facultad estimativa del hombre -estimar y valorar son funciones propias de esta facultad-; sólo *a partir* de ella hay “hechos morales”, y porque ella existe *puede haber* normatividad moral, puesto que aquélla es “su condición de posibilidad” (Gracia, 1989: 381). Así explica Gracia por qué hay estimaciones valorativas que las normas morales no pueden abarcar: aquéllas *ocurren* antes que éstas.

Gracia apunta a que en la “axiología” o ciencia del valor, podría encontrarse la fundamentación de la moral, rechazando de esta manera la “falacia naturalista” y la “falacia idealista” (Gracia, 1989: 360). Siguiendo la explicación de Ortega, Gracia se adentra en una concepción “objetivista” de los valores. Éstos no son producto de un pensar subjetivo, sino que, por decirlo así, se encuentran *fuera* de nosotros. Esta concepción es a su vez en Ortega producto de la influencia de la fenomenología husserliana; “estimar” un objeto es darle valor, “los valores no existen sino para sujetos dotados de la facultad estimativa” (Ortega y Gasset, 1923, *en* Gracia, 1989: 361); ésta la facultad que capta lo trascendental de lo emocional. Es en esta axiología de corte fenomenológico husserliano en la que D. Gracia va a basar su fundamentación de la moral, siguiendo la estrategia zubiriana. Sentir es estimar, y estimar es dar valor; este es el paso que lleva a cabo Gracia, puesto que para referirse a la axiología, utiliza indistintamente “ciencia de los valores” y “ciencia de los sentimientos” (Gracia, 1989: 360 y 364). Gracia va a desarrollar una “teoría fenomenológica de los valores”, una axiología basada en la fenomenología. La “lógica formal de la axiología” de la que Husserl habla en su *Lógica formal y lógica trascendental*, pretende aplicar las mismas reglas, principios y axiomas que se usan en la lógica como ciencia formal a la axiología, de manera que se está equiparando un mundo “irreal” -y trascendental- como el de los

números al de los valores; la matemática trata con unos objetos que se encuentran en el mismo *mundo* que el de los valores (Gracia, 1989: 364).

#### 4. Valores en el “nuevo” Gracia.

El pensamiento filosófico de Diego Gracia viene desarrollándose a lo largo de más de tres décadas. Desde su primer contacto con Zubiri, pasando por Laín Entralgo, hasta hoy, ha ido siempre de la mano de la bioética, ligada a su profesión médica, donde los valores han jugado un papel esencial. La definición de Ortega para “valor” en su *Introducción a una estimativa: ¿Qué son los valores?* concibe a éstos como dotados de realidad extrínseca a nuestro ser; los valores son captados por nuestra facultad *estimativa*. Así pues, pensamos que Gracia en sus últimos trabajos estaría en condiciones de aceptar esta definición por válida. En lo que nos ocupa desarrollaremos nuestras razones; él mismo ha afirmado que “los valores tienen unos ciertos contenidos cognoscitivos. [...] No hay nadie que pueda vivir sin valores” (Gracia, 2004: 98).

Decía Ortega que la función de la ética, desde su origen explícitamente filosófico, ha sido la de “ponernos en contacto con el gran repertorio de valores posibles de la humanidad” (Ortega y Gasset, 1923, *en* Gracia, 2004: 9). Pues bien, este “humanismo” será el que trate Gracia de resaltar; se tratará de “humanizar” la asistencia médica, de que haya una dimensión humana-valorativa en “el mundo de la salud y la enfermedad” (Gracia, 2004: 93). Es en el mundo de la medicina donde una investigación del “vivir humanamente” puede cobrar todo su sentido, puesto que aquí se muestra la fragilidad, los límites la vida propiamente humana, anexionado a los valores de la persona “frágil-humana”, que tiene que cuidarse *-Sorge-* en la vida, que es proyecto, como apuntaba Heidegger en *Ser y tiempo*. La inestabilidad y flaqueza humana se interconecta hacia sus emociones, se relaciona directamente con el sentir



humano. Y de las emociones pasamos al “mundo del *valor*” (Gracia, 2004: 95). El ámbito del valor sale a florecer cuando lo hace el de los sentimientos. De manera que tras la llamada a lo emotivo por contraposición a lo racional y lógico, se lleva aquél a una interconexión con éste. Así la facultad estimativa -la que capta los valores- regirá no sólo en *lo que nos emociona* sino también en el orden de lo racional. El ámbito del valor si no es puramente racional, sí que es *razonable*. Es en la *vida racional práctica* donde se hallan los valores.

Los valores, pues, tiene que ver con las creencias; también Ortega recuperaba en *Ideas y creencias* rasgos de una filosofía que influye en el Romanticismo; se trata de la filosofía que Pascal expone en *Pensamientos*, donde señala que el corazón tiene razones que la razón no entiende. Las creencias son algo que funciona directamente con la vida de las personas, aunque no haya manera completamente racional de fundamentarlas; debido a ello, “tampoco tenemos fuerzas para absolutizar nuestro propio punto de vista y negar los de los demás” (Gracia, 2004: 96). La diferencia de creencias -y por lo que ello implica, de valores- necesariamente ha de ser respetada; hoy vivimos en sociedades pluralistas. Así Gracia comparte la idea de Max Weber de que no es posible absolutizar ningún punto de vista en el ámbito de los valores, y que por tanto el politeísmo axiológico es insalvable. Filósofos como A. Cortina o P. Valadier (Cortina, 1986 y Valadier, 1997), tras criticar este estado moral de las sociedades, tratarán de dar una respuesta a él.

Hoy la medicina parece haberse humanizado, frente al “trance” positivista que surgió a principios del siglo XX; el médico actual debe tener en cuenta los valores del paciente. El mundo de los hechos como el de los valores cuenta por igual en la práctica médica. Gracia va a tratar de mostrar qué significa incorporar el mundo de los valores a la medicina y cómo se ha de hacerlo.

Los juicios de valor se presentan en todos los ámbitos de la vida humana, incluido en el de la ciencia. La decisión médica va a estar intrínsecamente conectada con los juicios de valor, por tanto, aquel médico formado en el conocimiento de los valores será el que esté en condiciones de tomar las mejores decisiones; la decisión, sea médica o no, siempre se toma *en base a* unos valores propios; conocer por qué tenemos tales valores o tales otros sin duda contribuirá a saber por qué decidimos de esta forma o de otra. “Los valores hay que conocerlos” (Gracia, 2004: 98), y es necesaria una educación en ellos para poder hacerlo.

Puede decirse que los valores tienen una entidad objetiva, en el sentido que toda persona puede estimarlos. “Los valores, ciertamente, no se ven, se estiman, se aprecian” (Gracia, 2004: 99). La estimación es un proceso psicológico que ocurre *en* nuestra facultad estimativa. Se requiere de una habilidad para “manejar con cierta precisión el mundo de los valores” (Gracia, 2004: 100), que se adquiere mediante la educación de la facultad estimativa que es inherente al hombre. Los valores tienen que ver además con las emociones y sentimientos, puesto que la facultad estimativa se ve influenciada por ellos (v. gr. el autocontrol emocional facilita la “cordura en valores”). De tal forma que los médicos, además de buenos técnicos, tienen que ser “hábiles en valores”, si es que se quiere, como así pretende Gracia, que haya una humanización de la medicina.

Por tanto, en última instancia, Gracia identifica el proceso de humanización de la medicina con el de asumir que en la práctica médica se *dan* también los valores. Y para ello se requiere de conocimiento, habilidades y actitudes hacia ellos.

## BIBLIOGRAFÍA.

Aristoteles (1985): *Ética a Nicomaco*, Madrid: Instituto de Estudios Constitucionales.

Cortina, A. (1986): *Ética mínima*, Madrid: Tecnos.

Ferrer, J. J y Álvarez, J. C. (2008): *Para fundamentar la Bioética*, Bilbao-Madrid: Comillas-Desclée.

Gracia, D. (1989): *Fundamentos de bioética*, Madrid: Eudema.

Gracia, D. (2004): *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*, Madrid: Triacastela.

Ortega y Gasset, J. (1923), *Introducción a una estimativa: ¿Qué son los valores?*, Madrid: Revista de Occidente.

Ortega y Gasset, J. (1928), *Conferencias a los Amigos del Arte*, Buenos Aires.

Sebastián Solanes, R. F. “Ética del deporte: El problema ético de las faltas estratégicas en deporte”, en Dilema. Revista de Filosofía, vol. XIII, 2009, pp. 15-53.

Sebastián Solanes, R. F. “La vida como sujeto de progreso en la filosofía de Manuel García Morente”, en Revista internacional de los Centros Iberoamericanos de Filosofía para Niños y Niñas. vol 1, 2009, pp. 1-16.

Valadier, P. (1997): *La anarquía de los valores*, Madrid: PPC.

# La responsabilidad social en el área de la salud:

## En busca de una ética comunitaria

José Carlos Ruiz Sánchez.

Doctor en Filosofía. Departamento de Ciencias Sociales y Humanidades

Universidad de Córdoba

donjosekarlos@hotmail.com

**Resumen:** Es necesario fomentar un modelo ético de trabajo que se presente como solución a las distintas posturas en torno a los problemas de bioética. Para que las decisiones éticas sean adecuadas, es necesario contar con un contexto previo que va más allá del mero código deontológico, es necesario que se proponga como condición inicial, un marco de Ética de la medicina que tenga en cuenta cuáles son sus responsabilidades sociales a la hora de afrontar una toma de decisiones que va más allá del mero trabajo facultativo.

Bioética, responsabilidad social corporativa, salud.

**Abstract:** It is necessary to foment an ethical model of work that appears like solution to the different positions around the problems from bioethics. So that the ethical decisions are correct, it is necessary to count on a previous context that it goes beyond the deontological code, is necessary that one sets out like initial condition, a frame of Ethics of the medicine that it counts which are their social responsibilities at the time of confronting a decision making that goes beyond the mere facultative work.

Bioethics, corporate social responsibility, health.

### 1. Bioética: una necesidad contingente

Cuando nos acercamos a la bioética tenemos que tener en cuenta que existen unas variables muy importantes de cara a realizar una comprensión total de su terminología. La Bioética implica, por una parte, aspectos puramente epistemológicos, la sección científica de esta nueva disciplina que surge tiene un peso sobre la totalidad de la bioética muy importante. En el otro lado de esta disciplina encontrarnos los aspectos morales, la ética como disciplina aplicable al campo de la salud, de la responsabilidad de coordinar de un modo moralmente correcto la faceta científica con la que se complementa. Si otrora se tenía el código hipocrático como fuente principal de moralidad y esta moralidad se subordinaba a la relación médico-paciente, en

nuestros días, por el contrario, este binomio que simplificaba mucho las cuestiones morales casi privatizándolas en el campo de la salud, ha dejado de ser efectivo. La bioética pasa a englobar un campo vasto donde la idea de fondo se centra en tratar de tener en cuenta la responsabilidad profesional por todas las formas de vida y el ethos como contenido de fondo en cada una de las decisiones donde ésta se pueda ver afectada.

La sociedad actual se caracteriza por un avance tecnológico vertiginoso. La tecnología se ha convertido en uno de los pilares básicos de la sociedad hasta el punto de provocar, en numerosas ocasiones, modificaciones de conducta y de valores. Son los cambios tecnológicos, y sobre todo sus consecuencias, las que provocan nuevas actitudes sociales y culturales. Y este cambio acaecido es el que pone en la obligación a todos los agentes afectados, de realizar un diálogo en busca de máximo beneficio para todos. De ahí que haya surgido la bioética como necesidad, necesidad de coaligar campos separados como en científico y el ético. Y dentro de estos campos existe la obligación de los agentes implicados de llegar a consensos. En el campo de la bioética, podemos concluir, que todos tienen parte de responsabilidad social, que todos están obligados a implicarse en el proceso de discusión en busca de consensos, puesto que para todos los agentes sociales implicados existen tantos riesgos como beneficios que son provocados por el progreso de las nuevas tecnologías.

Consensuar un marco de acción moral para poder elaborar una estrategia operativa eficaz en el marco de la sanidad es complicado. Sobre todo porque en las últimas décadas las cuestiones bioéticas no paran de presentarse a través de una casuística incontrolada. Incontrolada porque, entre otras cosas, los avances científicos aplicados al mundo de la medicina no cesan de poner en jaque al propio mundo de la ética. De ahí que una vez que llega el problema, el proceso de análisis ético tenga que

subordinarse al hecho en sí y la ética, podemos decirlo así, puede verse en desventaja. Ejemplos de polémica ética lo encontramos en la clonación, en la selección embrionaria o las posibles aplicaciones del código genético.

A estas investigaciones de alto perfil tecnológico se le añade además un sinfín de problemáticas de acción moral en el campo de la salud que están relacionadas con el tratamiento personal de los pacientes. Cada vez se exige más implicación y formación psicológica, a parte de la meramente técnica, del personal que forma parte del entramado sanitario con el fin de realizar, lo mejor posible, la labor social en la que, lo quieran o no, están adscritos como agentes activos del proceso corporativo en el que nos encontramos. Como en todo organismo que forme parte de una estructura jerárquica dentro de este liberalismo económico en el que estamos asentados, no podemos ni debemos tomar por costumbre y resignación que la base moral de la sociedad se subordine al sistema económico imperante. En estas líneas partimos de una definición de empresa (la que abarca el inmenso campo de la salud) donde se tenga en cuenta que el objetivo principal de la misma es generar beneficios para la sociedad, cubrir sus necesidades evitando el máximo daño posible.

## 2. La decisión responsable: economía y salud

Cuando hacemos referencia a la gestión el área de la salud no debemos de perder de vista que a la hora de fijar un *modus operandi* para la misma tratemos de poner en marcha siempre lo que Weber denominó una ética de la responsabilidad (Weber, 1975). La ética de la responsabilidad, sobre todo en el campo de la salud, se encuentra caracterizada por dos factores importantes: el primero es tener en cuenta la repercusión de la decisión que se va a tomar, de tal manera que no se pueda uno refugiar en la bondad o maldad de la decisión en sí independientemente de sus consecuencias. El

segundo factor se refiere a las circunstancias en las que se toma la decisión, las circunstancias son el segundo eje donde pivota esta responsabilidad y son vitales de cara a poder analizar mejor la decisión que se quiere tomar. Pero si se sigue a pies juntilla dicha operativa podemos llegar a encontrarnos con que a la hora de tomar decisiones, estas se conviertan en una mera sumatoria de probabilidades, una calculadora de consecuencias que al final sea un puro pragmatismo el que se aplique. De modo que a esta ética de la responsabilidad a la hora de tomar decisiones se le tiene que sumar el factor humano del convencimiento en el momento de ejecutar la decisión, evitando así el cálculo frío del mismo. En este sentido nos encontraríamos con lo que Weber viene denominando la *responsabilidad convencida*.

Trasladando este análisis al campo de la salud, debemos de pensar en cual sería el marco ideal de actuación en el que queremos que se desenvuelva una política eficaz sobre la responsabilidad social de las distintas corporaciones que forman parte del entramado correspondiente al mundo sanitario. La definición de bioética no llega a estar del todo perfilada pero si existe un lugar común en el se pueden encajar las distintas perspectivas, podemos decir, usando la definición de Lolas, que la bioética tiene misión la de analizar los juicios valorativos sobre las conductas personales que están estrechamente relacionadas con la vida en términos generales y las técnicas que la afectan de un modo directo o indirecto (Lolas, 2000). De este modo, se puede concluir, que una de las principales tareas de esta disciplina emergente es la de controlar la relación existente entre el avance de las nuevas técnicas que se producen a diario en el campo de la sanidad y la relación directa que guardan con los juicios de valor que pueden verse afectados por la implantación de dicha técnica. Pero teniendo en cuenta que nos encontramos cada vez mas en un mundo globalizado, no podemos pensar que la bioética pueda subsistir de modo autónomo e independiente sin la colaboración y

análisis de otras disciplinas. De este entramado global, las cuestiones éticas que se presentan en el área de la salud tienen una relación directa e importante con la economía. En una sociedad capitalista, donde la tendencia es a objetivar cada día más, los beneficios de cualquier rama gnoseológica existente, llegamos a encontrar que la bioética empieza a no estar exenta de este intento de objetivar las consecuencias, medida en términos de valores morales, de sus investigaciones.

Los hospitales, las farmacéuticas, los centros de salud, los ministerios de salud y las instituciones encargadas de la gestión sanitaria en general se encuentran cada día más cercadas por la presión económica de los beneficios. Los hospitales públicos empiezan a verse dirigidos por gestores a los que se le exige resultados positivos en el balance de las cuentas, se les presiona en el recorte de los gastos y se cambian los gestores en busca de una organización eficiente no sólo sanitariamente (que se da por hecha) sino sobre todo a nivel económico. Empieza a tomarse como modelo de gestión para la salud el modelo empresarial de máxima rentabilidad, mínimo coste. Las recetas económicas para el éxito empresarial empiezan a formar parte de la cotidianidad de la gestión en el área de la salud. De ahí que hayamos decidido poner el enfoque del análisis en lo que las empresas vienen denominando Responsabilidad Social Corporativa (RSE). Si la sanidad empieza a convertirse en un negocio más, si la organización de la salud pública está contaminada de las recetas de la economía capitalista, es necesario implantar la faceta de la responsabilidad social en lo referente a los crecientes problemas bioéticos que nos encontramos.

Existe una demanda social de una salud cualificada y la incorporación de las nuevas tecnologías ha traído consigo nuevas problemáticas relacionadas con aspectos éticos. Unas nuevas tecnologías que avanzan con más rapidez que el posicionamiento moral de la sociedad, de tal manera que las exigencias de responsabilidad social que



pueden aparecer con el uso de estas nuevas tecnologías llegan una vez que éstas están totalmente implantadas. Sería conveniente que, de cara a evitar conflictos morales en la investigación, desarrollo y aplicación de las nuevas tecnologías aplicadas a la medicina, se confeccionara de antemano un campo de acción social bien determinado y estructurado donde los interlocutores, lo que en el mundo empresarial se denominan agentes activos y pasivos del proceso, puedan llegar a un acuerdo previo que garantice el desarrollo de las nuevas tecnologías de cara a una investigación y desarrollo acordes con la responsabilidad social apropiada que se desea impartir. El sistema capitalista ha influido mucho en la creencia general por parte de las empresas y los organismos oficiales de que la sociedad no tiene el grado de preparación suficiente para poder dirimir lo apropiado o no de un proyecto de investigación. Se subestima a la sociedad a la hora de considerar qué peso tienen en su papel innovador. Pero si queremos fomentar un espacio de diálogo donde situar las cuestiones éticas asignadas al campo de la sanidad no debemos pasar por alto la importancia de la sociedad y las demandas mínimas que se deben de tener en cuenta a la hora de ejercer el diálogo.

### 3. Economía y salud.

En los temas de responsabilidad social el papel de la economía es primordial si queremos ofertar un diálogo responsable en todos los sectores de la sociedad. Siguiendo las palabras del Nobel de economía Amartya Sen (Sen, 1987), no podemos obviar la relación existente en la economía y la ética, sobre todo si tenemos en cuenta que el desarrollo de la humanidad debe de ser el fin y el objetivo central de todas las medidas políticas y económicas que se deban tomar. De este modo, siguiendo con Amartya Sen, debemos de centrar como objetivo el hecho de tener una vida larga y sana, una educación y un acceso a los recursos tal, que permita al sujeto mantener un nivel de

vida digno. Si hacemos caso al análisis del Nobel, la fuente principal de acción y el objetivo primordial de las comunidades políticas debe de comenzar por el de la vida sana. En este sentido, todas las decisiones que afecten a la salud del sujeto deben de estar racionalmente consensuadas por los agentes implicados en dichas decisiones.

Si tenemos en cuenta que la salud es el pilar básico e inicial de una vida digna y feliz, estamos en la obligación de considerar que las decisiones políticas que puedan afectar a este campo están cargadas de una responsabilidad social más importante que la de cualquier empresa. Políticos, ciudadanos y personal sanitario están obligados a formar parte de una interlocución donde se tengan en cuenta los intereses legítimos de cada uno de estos miembros. No se pueden tomar decisiones políticas ni económicas sin tener en cuenta el contexto cultura o social donde se pretenden aplicar dichas decisiones. Existe una importante carga de responsabilidad que los técnicos e investigadores deben de considerar a la hora de plantear sus investigaciones, de ahí que se deban de tener en cuenta los valores subyacentes de la cultura implicada en la aplicación de la investigación.

#### 4. Indicadores para la sanidad.

Pero existen unos pilares básicos que tenemos que tener en cuenta si queremos poner en marcha un proceso de interlocución entre todos los representantes implicados en el campo de la salud. El marco desde el que dialogar debe considerar ciertas normas inamovibles en la sociedad en la que nos encontramos: El desarrollo de un nuevo individualismo en busca de una legítima felicidad ha dotado al sujeto de una autonomía a la hora de seleccionar sus criterios morales que debe de tenerse en cuenta a la hora de tomar decisiones que puedan afectar al marco de prioridades de cada ciudadano. Esto pone de manifiesto la importancia por parte de las empresas de poner

en marcha un código formal y eficaz de cara a considerar la responsabilidad social. Pero debido a la gran amalgama de teorías acerca de la responsabilidad y a la dificultad de concretar qué indicadores son los que miden la responsabilidad social encontramos que éste es un tema aún por expandir. Por poner unos mínimos indicadores en los que parecen ponerse de acuerdo los especialistas en RSE podemos decir que para que una empresa cumpla con la RSE deben de medirse algunos indicadores necesarios tales como: El compromiso explícito y real por parte de la empresa de cara a la sociedad en la que desarrolla su labor, teniendo en cuenta que una parte importante de su labor es mejorar la sociedad en la que ésta presta servicios. En segundo lugar las empresas que quieren entrar en el mundo de la RSE necesitan tener criterios propios para medir este rendimiento efectivo y real de esta responsabilidad social. Hay que cuantificar el grado de satisfacción que tiene de cara a los agentes sociales implicados en el desarrollo y fomento de la empresa (trabajadores, consumidores, intermediarios...). Es de obligado cumplimiento para estas empresas que existan una real preocupación por el medioambiente puesto que la responsabilidad social está intrínsecamente ligada al concepto de protección del medio ambiente y de algunos indicadores de responsabilidad medioambiental que se cumplan. La percepción, por parte de los sectores sociales implicados, de la importancia del servicio que se presta es fundamental como indicador de que se cumple esta RSE.

Si trasladamos esta faceta al campo de la salud encontramos que gran parte de esto mínimo se pueden aplicar, pero que todavía exista mucho por hacer para poder alcanzar el tan deseado estatus de empresa responsable con la sociedad en al que se desenvuelve. Para que la RSE pueda asentarse de manera eficaz en el campo de la salud es necesario que se pongan en marcha mecanismo de control de satisfacción del los agente implicados en este proceso. Es necesario que tanto las empresas farmacéuticas,

como los hospitales, los centros de salud, los organismos políticos y los ciudadanos, tengan la posibilidad de medir el grado de satisfacción del sector de salud de manera regular y objetiva. Analizando la mejora de los profesionales de la medicina y viendo el grado de implicación real que tiene con los indicadores señalados podemos hacernos una idea de si al campo de la salud, si lograrse tipificar parte de estos objetivos, mejoraría su imagen social.

La gestión sanitaria tiene la necesidad de contemplar un plan de reestructuración si queremos poner en práctica una política de interacción entre usuarios y empresa que mejore la calidad de ambos. En los últimos años, la sanidad, sobre todo la pública, parece empezar a darse cuenta de la importancia de implantar los códigos de responsabilidad social entre sus modos de operar. Si bien la necesidad de que la población sea consciente de la importancia del servicio que presta la sanidad está más que asentada, por otra parte, parecía que los propios usuarios no eran del todo conscientes del tremendo esfuerzo económico que hacían las administraciones para poder otorgar el servicio tal y como se demanda. De ahí que algunas de las administraciones hayan decidido, en una campaña de información al usuario, dar a conocer el gasto real que supone ofertar este servicio público buscando así, la mayor implicación y responsabilidad por parte del consumidor. Este paso avanza en la dirección adecuada para mentalizar a los agentes sociales de la importancia del valor de la responsabilidad a la hora de hacer uso de un servicio público. De igual modo, el personal sanitario, que en muchas ocasiones desconoce la cuantía del servicio que ofrece, queda igualmente informado tomando así plena conciencia de la importancia del mismo. El campo de acción desde el que se tiene que desarrollar esta interlocución en el campo de la salud tiene que ser un terreno fértil de cara a todos los miembros implicados en el mismo. Las vías de comunicación, información e implicación deben de

partir de un mismo punto de vista: el de asumir una actitud plenamente responsable por parte de todos ellos. Pero para que se pueda ser responsable es necesario que exista la suficiente información de cara a poder dar la libertad de elegir. La asunción de responsabilidad está directamente afectada por la existencia de libertad. Hasta ahora, el usuario de la sanidad solía desconocer gran parte del funcionamiento del sector sanitario, carecía de información y por lo tanto su modo de operar se centraba exclusivamente en la búsqueda de su propio beneficio. El desconocimiento de las implicaciones sociales que podría conllevar actuar con mala fe por su parte podía llevar al usuario de la sanidad pública a realizar una mala gestión de los servicios y no padecer sentimiento de culpabilidad desde el momento en el que no personalizaba el daño hacia ningún interés personal. La entrega de la factura sanitaria a cada paciente parece ser una buena vía para inicial al consumidor de la sanidad pública en este apartado de informar para concienciar, y de este modo poner una base de responsabilidad en la toma de decisiones. Esperemos que en un futuro próximo nuevas medidas lleguen que ayuden a implantar criterios de responsabilidad en todos los agentes sociales implicados en los procesos sanitarios.

#### BIBLIOGRAFÍA.

Lolas F. (2000). *Bioética y antropología médica*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.

Sen Amartya (1987). *On ethics and economics*. Oxford: Blackewll.

Weber, Max (1975). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Barcelona:Península.

## **Formación en ética profesional en fisioterapia en España.**

Aguilar Rodríguez, Marta. Departamento de Fisioterapia. Universitat de València.

Gisbert Morant, Beatriz. Departamento de Fisioterapia. Universitat de València.

La responsabilidad ética es fundamental para que la Fisioterapia alcance y consolide su identidad profesional. Hemos estudiado los Planes de Estudio de Fisioterapia de las 42 Universidades donde se imparte la titulación, para comprobar si están presentes los contenidos de ética profesional. A pesar del interés por el tema, los contenidos son escasos y no específicos de la fisioterapia. El 39% de los casos están centrados en la dimensión deontológica de la ética profesional. Las universidades privadas parecen más sensibilizadas en desarrollar esta competencia. Se expone un modelo formativo de ética profesional aplicado en l'Escola Universitària de Fisioteràpia de València.

Ética Profesional, Fisioterapia, Plan de estudios, Modelo formativo.

Acting with ethical responsibility is essential for that Physiotherapy reaches and consolidates its professional identity. We have made a descriptive study about the curriculum of the forty two Physiotherapy Universities where the degree is currently offered, in order to check how the contents in professional ethics are present in them. In despite of the emerging interest in the topic, the contents are limited and are not specific of the profession. The 39% of cases are focused only on the deontological aspects of the professional ethics. Private universities seem to be more sensitized to the development of this competence. We present a professional ethic teaching learning model that is carrying out at the University .School of Physiotherapy of Valencia.

Professional Ethics, Physiotherapy, Curricula, Teaching learning model.

---

### 1. INTRODUCCIÓN

#### 1.1. La Fisioterapia como profesión

La Fisioterapia se inició en las civilizaciones antiguas como una disciplina caracterizada por la utilización de agentes físicos con finalidad terapéutica, como medio para mitigar el dolor y proporcionar el bienestar de las personas. A lo largo de la historia ha pasado de basar sus prácticas en el empirismo, la intuición, la magia, la superstición y la religión, a tener una base científicamente fundada gracias al avance de otras disciplinas como la Física, la Química o la Fisiología.

Como disciplina universitaria, la Fisioterapia en España tiene un origen común con la Enfermería, de la que se independizó en el año 1980. Actualmente, es una titulación de Grado de gran demanda entre los estudiantes y una profesión autónoma y con identidad propia dentro del ámbito de la salud, que goza cada vez más de una gran aceptación entre la sociedad.

El reconocimiento y la consideración del ejercicio de esta profesión en su ámbito asistencial, se ha visto reforzado por hechos como la integración en la Universidad de las enseñanzas de Fisioterapia a través de las Escuelas Universitarias de Fisioterapia, creadas mediante Real Decreto 2965/1980, de 12 de diciembre, la posterior homologación de las diferentes titulaciones que habilitan para la práctica de la Fisioterapia, la entrada en vigor del Real Decreto 1414/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario de Diplomado en Fisioterapia y la Orden CIN/2135/2008, que establece los requisitos para la verificación de los títulos de Grado en Fisioterapia.

## 1.2. La ética en Fisioterapia

La Fisioterapia que, como tantas otras profesiones, busca su propia identidad profesional, puede alcanzar un mayor reconocimiento social, revalorizarse y reforzarse ofreciendo sus servicios desde la excelencia profesional de los fisioterapeutas. Esta excelencia profesional no solamente implica el desarrollo de competencias cognitivas, técnicas y sociales, sino también de competencias éticas.

Y es que pensamos que el fisioterapeuta, en el ejercicio de su profesión, debe actuar con responsabilidad ética por varios motivos:

Por un lado, estamos de acuerdo en afirmar que “todas las profesiones que están relacionadas con personas, son profesiones sociales y, por lo tanto, el ejercicio práctico

de las mismas tiene implicaciones en el propio entorno social y también en el humano” (Martínez Usarralde y García López, 2009); la independencia profesional y académica que ha alcanzado la Fisioterapia y la función notablemente social que desempeña en el área sanitaria, donde el paciente es abordado desde un punto de vista integral, requiere una conducta profesional ética.

Por otro lado, compartimos la idea de Hortal (2002) de que una buena sociedad – justa, libre y próspera – requiere no solamente buenos profesionales (competentes) sino también profesionales buenos (éticos). Del fisioterapeuta se espera no sólo que sea competente en el ejercicio de su labor, sino que al mismo tiempo la desempeñe con ética.

Además, durante el ejercicio de su profesión, el fisioterapeuta se enfrenta a dilemas morales frente a los que debe actuar manifestando una conducta profesional ética, cumpliendo los principios generales de la ética aplicados a la Fisioterapia.

Prepararle para responder a estos conflictos, exige fomentar en él la habilidad y el deseo de comprometerse en la reflexión moral (Kovak, 1996).

También compartimos el hecho de que la ética contribuye decisivamente a la consolidación de una profesión, y es la mayor y más fiable fuente de reconocimiento y estima social de las personas en general y de los profesionales en particular (Hortal, 2002: 25 ).

Finalmente, las buenas prácticas generan la confianza de los ciudadanos en el profesional y en sus colegas de profesión, satisfacen las expectativas sociales sobre el significado de la profesión y la fiabilidad de la misma para resolver los problemas personales y sociales. Las prácticas profesionales éticas son uno de los flujos potentes para construir sociedades a la altura de la dignidad humana. (Vázquez y Escámez, 2010).



Sin embargo, y pese a la evidencia de estos argumentos, hemos podido constatar en la práctica diaria, que los fisioterapeutas manifiestan una notable falta de hábito en la reflexión sobre la ética y una escasez de herramientas para afrontar las situaciones de conflicto moral del día a día.

Pensamos que una de las razones de tal carencia podría ser la escasa formación en ética profesional que reciben los fisioterapeutas durante su periodo de estancia en la Universidad, lugar donde la propia institución y los profesores deberían comprender y asumir que la formación ética es una de sus funciones. Por ello nos propusimos realizar un estudio descriptivo del contenido formativo en ética profesional en los planes de estudio de Fisioterapia., en España.

### 1.3. La enseñanza de ética profesional en Fisioterapia

Previamente a realizar este estudio, nos preguntamos en qué debía consistir la enseñanza de ética profesional en Fisioterapia.

Para responder a esta pregunta utilizamos como hilo argumental las tres dimensiones que constituyen la ética profesional enunciadas por Bermejo en 2002 y que configuran la personalidad del profesional:

- La dimensión teleológica es la que se pregunta acerca de cual es el fin último de sus prácticas. Podemos afirmar que el bien que legitima la profesión de fisioterapeuta consiste en la preservación, el restablecimiento y la mejora de la salud y la calidad de vida de las personas mediante las técnicas y procedimientos (medios naturales) que pertenecen a su campo de actuación. Según Vielva (2002 ¿?), asumir con responsabilidad esta misión, es lo que legitima su existencia y su ejercicio. Por lo tanto, es fundamental que el estudiante conozca cuál es el fin legítimo de la profesión y las competencias que es preciso desarrollar para

alcanzarlo, porque a la vez que vaya aportando un servicio a la sociedad, irá adquiriendo una personalidad ética.

- La dimensión deontológica hace referencia a los principios y reglas éticas que han de guiar el ejercicio profesional. Son normas exigibles a los fisioterapeutas, pues contribuyen a la consolidación de la profesión. Están recogidas en el código deontológico de Fisioterapia, elaborado por los colegios profesionales, donde se regulan las relaciones del fisioterapeuta con el paciente, con sus compañeros y con otros profesionales, con los organismos profesionales, incluso con el propio ejercicio profesional.
- La dimensión pragmática es la que se cuestiona cómo resolver los conflictos morales que pueden aparecer en la práctica profesional. Los estudiantes de Fisioterapia deben conocer estos conflictos y aprender métodos que les ayude a tomar las decisiones más justas, aplicando los principios generales de la bioética y más concretamente, los principios de la ética profesional aplicados a la Fisioterapia, enunciados por la World Confederation of Physical Therapy (WCPT) en 1995:
  1. Los fisioterapeutas deben respetar los derechos y la dignidad de los pacientes.
  2. Los fisioterapeutas deben cumplir con las leyes y los reglamentos que rigen la práctica de la profesión en el país en el que estén.
  3. Los fisioterapeutas deben aceptar la responsabilidad de practicar la Fisioterapia de la manera más justa.
  4. Los fisioterapeutas deben proporcionar un servicio honesto, profesional, competente y responsable.

5. Los fisioterapeutas están comprometidos a proporcionar servicios de calidad de acuerdo a las políticas de calidad y objetivos definidos por la asociación de fisioterapeutas de su país.
6. Los fisioterapeutas tienen derecho a un nivel justo y equitativo de remuneración por sus servicios.
7. Los fisioterapeutas deben proporcionar una información exacta a los pacientes, a otras agencias y a la comunidad acerca de los servicios que proporcionan.
8. Los fisioterapeutas deben contribuir a la planificación y desarrollo de servicios dirigidos a las necesidades de salud de la comunidad.

Por todo lo anteriormente expuesto, la enseñanza de la ética durante el periodo de formación de un estudiante de Fisioterapia, debe estar enfocada en orientar las conductas profesionales y establecer las bases sobre: en qué consiste ser un buen profesional, cuáles son los límites y derechos que hay que respetar, los compromisos que hay que asumir y los deberes que hay que cumplir. En definitiva, enseñar ética, hablar de problemas éticos y hablar de la dimensión ética de los problemas (Hortal, 2002: 19). Por lo tanto, se trata de ir más allá de las actuales incursiones en el código deontológico de la profesión, para que la ética profesional no sea un aspecto más en la formación del fisioterapeuta, sino que impregne la identidad personal de sus profesionales.

#### 1.4. Objetivos

Los objetivos del artículo son, por un lado, dar a conocer en qué medida la ética profesional se encuentra presente en los planes de estudio de Fisioterapia en España y por otro, exponer brevemente un modelo formativo para la enseñanza aprendizaje de

ética profesional, que hemos puesto en marcha en l'Escola Universitària de Fisioteràpia de Valencia el presente curso académico, con el fin de incorporar la ética profesional al nuevo plan de estudios de Grado.

## 2. ESTUDIO DESCRIPTIVO

### 2.1. Etapas del estudio

Realizamos un estudio descriptivo de los planes de estudio de las 42 universidades donde el pasado curso académico (2008-2009) se estudiaba la Diplomatura de Fisioterapia (31 públicas y 11 privadas), todos ellos al amparo del RD 1414/1990 que regula las directrices generales propias de la Diplomatura, aún en vigor.

El estudio se realizó en dos etapas:

- Una primera etapa para descartar planes de estudio sin contenidos explícitos en ética general, ni ética profesional; En esta etapa descartamos un total de 4 universidades públicas (Vigo, Salamanca, Valladolid y Sevilla). Por lo tanto, aparecieron contenidos en ética en el 100% de las universidades privadas y en el 87% de las públicas.
- Y una segunda etapa, para estudiar más en profundidad el perfil de las asignaturas y analizar sus contenidos.

### 2.2. Método

El procedimiento seguido para obtener la información necesaria ha sido, en un 93% de los casos a través de la página Web de cada una de las universidades estudiadas, por medio de las cuales hemos accedido a las Guías Docentes y al resto de información sobre la titulación. En otros casos (7%), ha sido necesario el contacto telefónico con el departamento correspondiente o el correo electrónico de las secretarías de los centros, a

través de los cuales nos han facilitado los programas demandados. También hemos consultado la normativa legal que regula cada uno de los Planes de Estudio (Boletín Oficial del Estado), a través de su Web oficial (<http://www.boe.es>).

### 2.3. Resultados

Los resultados más destacados fueron los siguientes:

- Un 73.68 % de los planes de estudio, presentaban los contenidos en una única asignatura, el resto en dos e incluso se da el caso de la Universidad CEU Cardenal Herrera de Valencia, que presentaba los contenidos en tres asignaturas diferentes: una de carácter obligatorio, otra optativa y otra de libre elección.
- Del total de asignaturas encontradas, el 74% eran de carácter troncal, el 52% se cursaban principalmente en tercer curso y se les dedicaba aproximadamente una media de 4,8 créditos teóricos y 1 práctico.
- El análisis de todos los programas, nos permitió establecer cuatro bloques o módulos de contenido:
  - A. Conceptos teóricos sobre ética general, y principios éticos. En este bloque se encuentran temas dedicados a la clarificación de los conceptos de ética general, deontología y bioética. También se incluyen temas que tratan sobre los grandes principios de la ética, desde una perspectiva teórica.
  - B. Grandes problemas de la Bioética. Enfoque teórico. En este bloque se incluyen los temas que tratan sobre eutanasia, transplante de órganos, manipulación genética, muerte digna, etc.; también desde una visión teórica.

- C. Normativa legal. Código Deontológico de la profesión. Hemos agrupado en este bloque los temas que hacen referencia a la normativa legal existente en cuanto a la profesión sanitaria en general y los que tratan de algún aspecto recogido en el código deontológico de Fisioterapia.
- D. Dilemas morales. Métodos para su análisis. En este bloque hemos agrupado los temas que tratan de proporcionar las herramientas para la resolución de los diferentes dilemas morales que se le plantean a los fisioterapeutas en el ejercicio de su profesión.

El módulo C estaba presente en el 100% de los planes de estudio, tal y como marcan las Directrices Generales Propias del plan de estudios de la Diplomatura (RD 1414, de 26 octubre 1990, BOE, 20 de noviembre). Y, aunque en un 39% lo hacía de manera aislada, en el 61% restante se combinaba con otros módulos. Solamente en 7 planes de estudio, 4 pertenecientes a las universidades privadas (Ramón Llull, Vic, Pontificia de Comillas, y Europea de Madrid) y 3 pertenecientes a universidades públicas (Illes Balears, Manresa y Rovira i Virgili), estaban presentes los 4 módulos.

#### 2.4. Conclusiones:

1. Hemos observado un incipiente interés por la ética general y profesional en Fisioterapia de las universidades españolas.
2. Las universidades privadas parecen estar más sensibilizadas con el desarrollo de esta competencia.
3. La mayoría de los contenidos no están centrados específicamente en la Fisioterapia, ni en los problemas propios de los fisioterapeutas, sino en general, en las ciencias de la salud.

4. La dimensión deontológica de la ética profesional estaba presente en todos los planes de estudio.
5. Existe poca presencia de la dimensión pragmática de la ética profesional.

#### 2.5. Recomendaciones:

A partir de este estudio establecimos una serie de recomendaciones basadas en los principales agentes implicados:

- Curriculum: es necesario establecer unos contenidos mínimos en Ética Profesional en Fisioterapia, tanto teóricos como prácticos, que incluyan contenidos de las tres dimensiones de la ética profesional y que, además, sean específicos de la profesión.
- Universidad: debe asumir con responsabilidad la enseñanza de valores y también que la formación ética es una de sus funciones.
- El profesorado universitario: debería recibir una formación específica, que le permita desarrollar el debate ético entre los estudiantes siendo de gran importancia que el profesor de ética domine no solo el lenguaje de la ética, sino también el lenguaje de la Fisioterapia (Vielva, 2002).

### 3. MODELO FORMATIVO

Atendiendo a estas recomendaciones, y para incorporar la competencia ética al nuevo plan de estudios de Grado en Fisioterapia, en respuesta a las nuevas exigencias de la titulación (Orden CIN/2135/2008), en l'Escola Universitària de Fisioteràpia de Valencia, un grupo de fisioterapeutas y profesoras, hemos iniciado este curso académico, un proyecto de innovación educativa, aprobado por la Unitat D'innovació Educativa de la Universitat. El proyecto consiste en la puesta en marcha de un modelo formativo para la enseñanza- aprendizaje de ética profesional en el entorno de las

prácticas clínicas, ya que consideramos que el entorno hospitalario y extrahospitalario, en el cual el estudiante se encuentra en contacto directo con los pacientes y sus familiares, los fisioterapeutas asistenciales, los médicos y los tutores, puede propiciar el aprendizaje y sensibilizar a los estudiantes ante los problemas y dilemas éticos que conciernen de modo específico a la profesión.

Se trata de un modelo semipresencial en el cual, al desarrollo habitual de las prácticas clínicas, que tienen lugar durante todo el curso (de octubre a mayo), se asocia, durante el primer cuatrimestre, el seguimiento online de un temario sobre ética profesional que hemos elaborado el grupo de profesoras. Estos deben responsabilizarse de leer y trabajar esos temas mediante la resolución de las actividades que proponemos y la lectura de textos complementarios, según la organización temporal que marca la guía docente de la asignatura.

Gracias a las prestaciones del aula virtual de la UV, los estudiantes además están en comunicación directa con las profesoras, quienes resuelven sus dudas y estimulan sus inquietudes y conocimientos.

Durante el segundo cuatrimestre, los estudiantes, organizados en pequeños grupos, compaginarán las prácticas clínicas con la asistencia a grupos de trabajo, donde, guiados por una profesora, trabajarán en torno al debate y la reflexión de los problemas éticos que han ido detectando en las prácticas clínicas, aplicando algunos de los métodos de resolución de casos que existen en Fisioterapia.

Al finalizar la experiencia, podremos conocer cuáles son los problemas reales que se presentan a los fisioterapeutas; una información de la que no disponemos en la bibliografía actual.

Con este modelo formativo pretendemos que los estudiantes de Fisioterapia de esta escuela mejoren sus conocimientos sobre ética profesional, estén mejor preparados



para afrontar los problemas éticos con los que se encontrarán en su futuro profesional y, sobre todo, despertemos en ellos la inquietud por un ejercicio honesto, responsable y justo de la profesión.

Confiamos que con este modelo formativo, los estudiantes de Fisioterapia de esta escuela mejoren sus conocimientos sobre ética profesional, estén mejor preparados para afrontar los problemas éticos con los que se encontrarán en su futuro profesional y, sobre todo, despertemos en ellos la inquietud por un ejercicio honesto, responsable y justo de la profesión.

## BIBLIOGRAFÍA

Bain, K. (2005). *Lo que hacen los mejores profesores universitarios*. Valencia: PUV.

Bermejo, P. (2002). *La ética del trabajo social*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Cobo, J. M. (2000). *Ética profesional en ciencias humanas y sociales*. Madrid: Huerga y Fierro.

Cobo, J. M. (2003). *Universidad y ética profesional*. Teoría de la Educación, (vol.15, pp. 259-276).

Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad valenciana. Código de ética y Deontología en Fisioterapia [versión electrónica]. Consultado el 1/10 de 2010 en: <http://www.colfisiocv.com/index.php/colegio/codigodeontologico>

Conill, J. (2003). “El carácter hermenéutico y deliberativo de las éticas aplicadas”, en A. Cortina A., y D. García-Marzá (eds.). *Razón pública y éticas aplicadas. Los caminos de la razón práctica en una sociedad pluralista*, pp. 121-141. Madrid: Tecnos.

Cortina, A., Conill J. (2000) (Dirs.). *10 palabras clave en ética de las profesiones*. Estella: Verbo Divino.

- Esteban Bara, F. (2004). *Excelentes profesionales y comprometidos ciudadanos. Un cambio de mirada desde la universidad*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Escámez, J., Martínez, M. (2006). “Prólogo”, en A. Hirsch (Coord.). *Educación, valores y desarrollo moral* (tomo I). México: Gernika.
- Escámez, J. (2006). “La ética profesional del mediador familiar, en A. Hirsch (Coord.). *Educación, valores y desarrollo moral* (tomo I). México: Gernika.
- García López, R., Jover, G., Escámez, J. (2009). *Ética profesional docente*. Madrid: Síntesis.
- Geertz, C. (1994). *Conocimiento local*. Barcelona: Paidós.
- Hortal, A. (2000a). “Docencia”, en A. Cortina, J. Conill (Dir.). *10 palabras clave en ética de las profesiones* (pp. 55-78). Estella: Verbo Divino.
- Hortal, A. (Ed.). (2002b). *Ética general de las profesiones*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Kovac, J. (1996). *Ethics in the Science Curriculum. Proceeding of Conference on Values in Higher Education: Ethics and the College Curriculum: Teaching and Moral Responsibility*. University of Tennessee. April 11-13.
- Martínez, M. (2008). “Aprentatge Servei i construcció de ciudadania activa a la Universitat: la dimensió social i cívica dels aprenentatges acadèmics a la Universitat”, en M. Martínez. *Aprentatge Servei i responsabilitat social de les universitats* (pp. 11-26). Barcelona: Octaedro.
- Martínez Usarralde, M. J., García López, R. (2009). *Análisis y práctica de la Mediación Intercultural desde criterios éticos*. Valencia: Tirant lo Blanc.

Pellegrino, E. (1985). "The caring Ethics. The Relation of Physician to patient" en A.H. Bishop, J.R. Scuder (Eds.).(año) *Caring, curing, coping*. Alabama: University of Alabama Press.

Rebollo Roldán, J. (Coord.). (2004). *Libro blanco de Título de Grado en Fisioterapia* [versión electrónica]. Agencia Nacional de Evaluación y Calidad.

Vázquez, V. y Escámez J. (2010). "La profesión docente y la ética del cuidado". *Revista electrónica de investigación educativa* [Número Especial] Consultado el 15/09/2010, en: <http://redie.uabc.mx/contenido/NumEsp2/contenidoverdera.html>

Vielva J. (Ed.). (2002). *Ética profesional de la enfermería*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

World Confederation of Physical Therapy (WCPT). Principles of ethics. En red. Consultado el 10/10/2010 en: <http://www.wcpt.org>.

# **Bioética y formación profesional en las universidades de América Latina**

Pascual Linares Márquez  
Universidad Veracruzana  
Benito Fraile Laiz  
Universidad Alcalá de Henares

## **Resumen**

La formación profesional en las universidades, principalmente en las carreras científicas, carece de una visión bioética que posibilite el ejercicio profesional con un enfoque dirigido a la conservación y el cuidado de la vida. En estetrabajo se hace un análisis de la importancia de la bioética en las universidades de algunos países de América Latina y el impacto de las iniciativas bioéticas académicas en la formación profesional. Se consideran las propuestas en los diseños curriculares de grado y postgrado, además de la promoción de la importancia de la bioética en el desarrollo profesional y la conservación de la vida. Se incluye una propuesta que posibilite la integración de elementos bioéticos en la estructura de las universidades para fomentar una formación profesional integral desde la bioética.

**Palabras clave:** bioética, formación profesional, América Latina

## **Abstract**

The vocational training in universities, mainly in the scientific programs, lacks a bioethics vision that would enable the professional practice with an approach led to the conservation and the care of life. This analysis is about of the importance of bioethics at the universities of some Latin America countries and the impact of bioethical initiatives in vocational training. Proposals are considered in the curricula of undergraduate and graduate, in addition to promoting the importance of bioethics in the professional development and preservation of life. The study is complemented with a proposal that enables the integration of bioethical items in the structure of universities whit the intention of promoting a comprehensive training from bioethics.

**Keywords:** bioethics, vocational training, Latin America

Los centros de bioética han surgido desde las instituciones medico-sanitarias, posteriormente se fueron integrando a las universidades a medida que la realidad social se hubo transformado y actualmente la bioética es parte de una formación académica de los profesionales en varias universidades del mundo (Byk, 1997). Así, la inclusión de la bioética en el currículo representa un vehículo para generar interés por los contenidos científicos además de que los alumnos necesitan discusiones que les permitan examinar sus valores y practicar la resolución de conflictos en el contexto del mundo real (Csongradi, 2001).

En Latinoamérica y el Caribe se ha registrado un desarrollo de la bioética en los últimos años y conjuntamente con la UNESCO se han abordado trabajos con la participación de expertos de varios países, quienes han puesto de manifiesto la importancia de esta disciplina para fomentar una visión axiológica desde el contexto educativo y social, sin excluir el clínico, principalmente en la universidad donde se

forman los profesionistas que se involucrarán en el desarrollo presente y futuro de las naciones.

Desde 2003 se implementó el Programa de Educación Permanente en Bioética creado por REDBIOETICA, éste fue generado en el marco de la justicia social y el respeto de los derechos humanos, particularmente de la población más vulnerable, es un modelo de educación permanente a distancia y que a la fecha cuenta ya con 3 generaciones de egresados (Bogado, 2007).

Otro tipo de estudios han sido generados en la región. Escobar y col. (2008) llevaron a cabo en Colombia, un trabajo de investigación con maestros de todo el país para conocer las apreciaciones que tenían de la bioética, su consideración de la importancia de la enseñanza de la misma y sus aportes sobre las formas en que se pudieran implementar acciones o esfuerzos con la integración de esta disciplina en la educación.

Es necesario atender en estos estudios de aproximación, a la generación de métodos de investigación en bioética y procurar el desarrollo de niveles pedagógicos y didácticos que posibiliten la consolidación de la bioética como un elemento de crítica colectiva en la universidad (Bermúdez de Caicedo, 2006). Es importante también la inclusión de aspectos conceptuales de diferente orden ya sean filosóficos, antropológicos y legales en los estudios bioéticos de investigación, casuísticos o de análisis. De la misma forma, es recomendable que los trabajos sean elaborados y llevados al campo de estudio por grupos multidisciplinarios, considerando que los resultados de la investigación en bioética, aunque suene obvio, estén enfocados a aspectos bioéticos, no de manera fraccionada en disciplinas. Por supuesto, para la elaboración de los protocolos será necesario echar mano de diversas estrategias y métodos de estudio (Casas, 2008).

En Colombia Suarez y Díaz (2007), desarrollaron un taller con estudiantes de la carrera de medicina de la universidad Javeriana, ahí aplicaron un cuestionario a 30 alumnos para conocer sus opiniones acerca de la toma de decisiones en situaciones en las que se involucraran aspectos éticos. Los alumnos consideraron que la bioética se implementa en las carreras de medicina como una materia de “relleno” y no saben a quién acudir cuando tienen que tomar decisiones. Algunos estudiantes no conocen la función que tienen los comités de bioética y de esta forma la confusión y la falta de ideas claras al respecto hizo patente la necesidad de buscar estrategias pedagógicas para la enseñanza de la bioética y resaltar la importancia del currículo oculto.

En Argentina, Guerra (2006), ubicó los diseños curriculares, vía web, de las carreras de odontología para conocer cuáles incluían la materia de bioética, además hizo entrevistas a docentes y conocedores de otros países sobre la materia para ubicar la importancia de la disciplina en la carrera y la formación de los alumnos. Determinó que la bioética se impartía sólo en dos universidades del país y que en algunas se da como curso extracurricular o como taller. La autora señala la necesidad de la bioética en odontología ya que considera que los alumnos podrán, desde los elementos de la misma, entender la ética de las instituciones, de la investigación y la deontología de la disciplina.

Una aportación de Andreu de Bennato (2004) como proyecto para la enseñanza de la bioética, buscaba intervenir en la formación de médicos, biólogos, psicólogos, asistentes sociales, filósofos y abogados, para incidir en la formación de juicios morales a través del establecimiento de éticas adecuadas a cada disciplina con la intervención de las demás.

Dentro de las actividades relacionadas con la enseñanza de la bioética el esfuerzo del *Fred Hutchinson Cáncer Research Center* y la Universidad de Miami es

interesante. Ellos ofertan un curso virtual, Programa de Educación en Ética de la Investigación (CITI), dirigido a profesionales de la investigación y docentes. El curso pretende enfrentar a los profesionales que hacen investigación, a situaciones irregulares que se generan en el desarrollo de ésta, para buscar estrategias que les permitan subsanar inconvenientes o situaciones que afectan a personas involucradas en estudios científicos y quienes ven sus derechos humanos impactados negativamente. Está dirigido a los países de América Latina y Estados Unidos (Litewka y col., 2008).

En enfermería la enseñanza de la bioética también es una preocupación. Al respecto Brevis-Urrutia y Sahueza-Alvarado (2007), llevaron a cabo un trabajo en las universidades de Chile y encontraron que la bioética se ubica en los diversos niveles de la carrera lo cual señalan inadecuado ya que consideran; debe estar en los primeros años, esto le permitirá a los estudiantes obtener herramientas de análisis y criterios para afrontar problemas éticos de la profesión. De la misma forma determinaron que los estudiantes de enfermería tienen problemas con los conocimientos básicos de bioética. En otro estudio de enfermería, Arratia (2008) hace un aporte desde un concepto pedagógico denominado el aprendizaje-servicio diseñado como una metodología para la enseñanza de la bioética, la cual está sustentada en la aplicación de destrezas con la participación en proyectos colaborativos, lo que se pretende es integrar capacidades cognitivas a ámbitos emocionales y sociales desde la enfermería hacia la sociedad.

Buendía-López y Álvarez (2006) abordaron un estudio de corte indagatorio con los alumnos del último año de la carrera de odontología, en dos universidades, una de México y otra de Chile. El objetivo era determinar el nivel de conocimiento que tienen los alumnos y comparar los resultados de ambos. Se encontró que los conocimientos básicos en relación a la bioética de ambas escuelas eran muy bajos, además no tienen un conocimiento claro sobre el consentimiento informado, lo cual se consideró grave

debido a las intervenciones en el ejercicio profesional que se hace a los pacientes. Todo lo anterior apunta a la importancia de tomar consciencia sobre la necesidad de una formación bioética para los alumnos de esta disciplina.

Otros estudios relacionados con la enseñanza de la bioética son reportados por León (2008 b) los cuales versan sobre temas que van desde la propuesta de modelos y líneas de acción; aspectos de evaluación de la enseñanza, en temas clínicos y tópicos acerca de películas como referentes de modelos casuísticos y reflexivos.

En México se ha trabajado la enseñanza de la bioética en algunos postgrados, principalmente en el Área de Ciencias de la Salud en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), (Jiménez y col., 2007). También se han considerado pequeños cursos en la Universidad de Querétaro, simposios en la Universidad de Tabasco y se oferta una Licenciatura en bioética en la Universidad Anáhuac.

En la Universidad Nacional de Cuyo, Argentina, se ha implementado el posgrado en bioética y al respecto se han realizado evaluaciones para considerar el impacto del máster en la transformación profesional de los alumnos (Fracapani y col., 2005).

En Costa Rica el trabajo bioético ha fructificado en los últimos años, a pesar de la lentitud con que se han aplicado los criterios de justicia y respeto a los derechos humanos y en los aspectos clínicos; se han implementado en todo el país comités de bioética en las instituciones de salud del Estado y se encuentran en desarrollo la integración de cursos de bioética a las carreras de pregrado. Cuentan desde el 2006 con un máster en bioética (Bustos, 2007).

Ulloa y Barrantes (2008) hacen una reflexión del desarrollo de la bioética en las instituciones de educación superior en Nicaragua y reportan que la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua ha fomentado esta disciplina en los programas de las



facultades de León y Managua, conjuntamente se han conformado en esta universidad dos comités de ética para investigaciones. Consideran que en este país la bioética es un enorme reto debido a la falta de lineamientos no sólo para la investigación sino además para los procesos de atención en salud.

Lo que queda claro después de la revisión de los estudios anteriores es la necesidad de la bioética desde el ámbito universitario en las licenciaturas o carreras de grado y en los posgrados ya que la formación profesional sigue siendo una responsabilidad de la universidad para con la sociedad (Arango, 1999).

## **Conclusiones**

Son variadas las opiniones que califican como se debe dar la integración de criterios bioéticos en la educación superior para el desarrollo de una bioética educativa o una educación en bioética desde la universidad. Outomuro (2008) señala que deben estar claros los objetivos al incluir la bioética en los currículos y con base en ello el cuerpo de conocimientos a abordar y que este sea validado por expertos; considera que los posgrados deben ser multidisciplinario para que la visión del profesionalista sea más amplia con respecto a su disciplina, señala urgente formar educadores en bioética para esta nueva necesidad de la educación universitaria. Cantavella (2006) apunta que la bioética puede constituir el eje curricular que conduzca a los profesionales a ser garantes de que la ciencia y la tecnología se manejen en beneficio del hombre.

Las formas didácticas van desde la implementación de talleres, el uso de medios audiovisuales, el debate con expertos, el análisis de problemas considerando una evaluación crítica y no tradicional, los cuales podrían ayudar a la enseñanza de aspectos éticos (Altisent, 2006). Los foros públicos se consideran importantes en la generación de una postura bioética en la universidad y también en la sociedad por lo que estos

pueden jugar un papel relevante en la concientización de la misma en tanto se inserta en las carreras universitarias de inicio, desde la metodología de la investigación (Vit, 2005).

Indudablemente al abordar estudios bioéticos hay que partir de la realidad existente y considerar en todos los modelos educativos el contexto administrativo y político social donde se insertan ya que no deben implementarse estos bajo estructuras rígidas y autoritarias, pero la bioética sin lugar a dudas debe ser obligatoria en las carreras de medicina y biología (Postigo, 2004) y no dejar de incluirla en las humanidades, en las ingenierías y en la biología (Arango, 1999).

La propensión a buscar rutas de revaloración del ser humano en la etapa de desarrollo que atraviesa la humanidad, al mismo tiempo presenta una posibilidad de estudio y de generación de proyectos bioéticos y la constante integración de mas especialistas y esfuerzos a su enseñanza. Así, la formación de recursos en la disciplina será uno de los retos de la siguiente década para enfrentar la enseñanza de estrategias, métodos, y en general valores que podemos llamar “instrumentales”, como la capacidad de diálogo, la participación activa, la capacidad de toma de decisiones y otras que sean necesarias en el ejercicio profesional (León, 2008 a).

Los países que han estado en acuerdo con la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos aprobada por la UNESCO en el año 2005, deben considerar seriamente el artículo 23, referente a la educación, formación e información en materia de bioética que señala claramente:

“los Estados deberían esforzarse no sólo para fomentar la educación y formación relativas a la bioética en todos los planos, sino también por estimular los programas de información y difusión de conocimientos sobre bioética”.

## **Bibliografía**

Altisent Trota, Rogelio (2006). *Experiencias metodológicas ante el reto de la enseñanza de la ética*. Educación Médica. Barcelona. Vol. 9. No. 1. pp. 49-50.

Andreu de Bennato, Mirtha (2004). *La ética en la enseñanza de la bioética. Los modelos de educación moral vigentes y el lugar de la ética*. Instituto de filosofía. Argentina. <http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/com2004/2-Humanidades/H-011.pdf>

Arango Restrepo, Pablo (1999). *Consideraciones sobre las implicaciones de la bioética en la institución universitaria*. Centro Nacional de Bioética. Congreso de Bioética de América Latina y el Caribe. Memoria. Santafé de Bogotá. CENABE. pp. 99-109.

Arratia Figueroa, Alejandrina (2008). *Ética, solidaridad y aprendizaje-servicio en la educación superior*. Acta Bioethica. Vol. 14. No. 1. pp. 61-67.

Bermúdez de Caicedo, Clemencia (2006). *Necesidad de la Bioética en la Educación Superior*. OPS. Acta Bioethica. Vol. XII. No. 001. pp. 35-40.

Bogado, Claudia (2007). *Una propuesta educativa de bioética para América Latina. Programa de educación permanente en bioética/redbioetica*. REDBIOETICA. 26 p.

Brevis-Urrutia, Ivonne y Sahueza-Alvarado, Olivia (2007). *La bioética en la enseñanza y la investigación en Enfermería*. Revista Cubana de Enfermería. Vol. 23. No. 3. pp. 1-10.

Buendía-López, Ana L. y Álvarez de la Cadena-Sandoval, Carolina (2006). *Nivel de conocimiento de la bioética en carreras de odontología de dos universidades de América Latina*. Acta bioethica. Vol. 12. No. 1. pp. 41-47.

Bustos Monteiro, Daniel (2007). *Evolución de la bioética en Costa Rica: una historia reciente*. BIOETIKOS. Centro Universitario Sao Camilo. Vol. 1. No. 2. pp. 39-44.

Byk, Christian (1997). *Realidad y sentido de la bioética en el plano mundial*. Cuadernos de Bioética. Año 2. No. 1. Buenos Aires Argentina. pp. 61-71.

Cantavella Vernia, Marta V. (2006). *La bioética como eje integrador del currículo para mejorar el desempeño profesional*. Bioética y Derecho. 14. p. Disponible en <http://www.bioetica.org/bioetica/doctrina.htm>

Casas Martínez, María (2008). *Introducción a la metodología de la investigación en bioética. Sugerencias para el desarrollo de un protocolo de investigación cualitativa interdisciplinaria*. Acta Bioethica. Vol. 14. No. 1. pp. 97-104.

Csongradi, Carolyn (2001). *¿Por qué enseñar la bioética?* ActionBioscience.org. 5 p. Disponible en <http://www.actionbioscience.org/esp/educacion/csongradi.html>

Escobar Triana, Jaime., Sarmiento Sarmiento, Yolanda y Gordillo Bustos, María del P. (2008). *La enseñanza de la bioética general como aporte en la construcción de un pensamiento bioético en los maestros*. Revista Colombiana de Bioética. Vol. 3. Edición Especial. pp. 11-79.

Fracapani Cuenca de Cuitiño, Marta., Lolas Stepke, Fernando y Carina Fazio, Marisa (2005). *La calidad educativa en la formación de posgrado en bioética. El programa de maestría en bioética de la Universidad Nacional de Cuyo*. Acta bioethica. Vol. 11. No. 2. pp. 203-215.

Guerra, Ana R. (2006). *Bioética en la Malla curricular de odontología*. Acta Bioethica. Vol. XII. No. 1. pp. 49-54.

Jiménez Sánchez, Gerardo., Lara Álvarez, Cesar F. y Arellano Méndez, Alberto (2007). *Panorama Mexicano del desarrollo de la bioética. La medicina genómica en México como uno de los mayores retos bioéticos. En Perspectivas de la bioética en Iberoamérica*. OPS. OMS. pp. 159-174.

León Correa, Francisco J. (2008 a). *Enseñar bioética: como transmitir conocimientos, actitudes y valores*. Acta Bioethica. Vol. XIV. No. 1. pp. 11-18.

León Correa, Francisco J. (2008 b). *La bioética latinoamericana en sus textos*. Programa de bioética OPS/OMS. Chile. 551 p. Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/BIO/bioeticalatin.pdf>

Litewka, Sergio, Goodman, Kenneth y Braunschweiger, Paul (2008). *El programa CITI: Una alternativa para la capacitación en ética de la investigación en América Latina*. Acta Bioethica Vol. 14. No. 1. pp. 54-60.

Outomuro, Delia (2008). *Fundamentación de la enseñanza de la bioética en medicina*. Acta bioethica. Vol. 14. No. 1. pp. 19-28.

Postigo Solana, Elena (2004). *Bioética y didáctica: fundamentos, método y programa*. pp. 1-13. Disponible en [http://www.bioeticaweb.com/content/blogcategory/28/756/lang.es/index.php?option=com\\_content&task=view&id=37&Itemid=756](http://www.bioeticaweb.com/content/blogcategory/28/756/lang.es/index.php?option=com_content&task=view&id=37&Itemid=756).

Suarez Obando, Fernando y Díaz Amado, Eduardo (2007). *La formación ética de los estudiantes de medicina: la brecha entre el currículo formal y el currículo oculto*. Acta bioethica. Vol. 13. No. 1. pp. 1-7.

Ulloa Gonzales, Armando y Barrantes Monge, Melba de la Cruz (2008). *Bioética en Nicaragua*. Acta bioethica. Vol. 14. No. 2. pp. 200-205.

Vit, Patricia (2005). *Bioética en la educación universitaria*. Revista del Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel. Cuba. Vol. 36. No. 2. pp. 38-44.

# **Aportes de la Ética Hermenéutica a la formación en Bioética de los profesionales de la salud**

María del Huerto Nari  
Universidad de la República. Uruguay

Este trabajo reflexiona sobre la necesaria aplicación de la hermenéutica a la formación en Bioética de los profesionales de la salud. Implica cambios paradigmáticos en las concepciones de salud y de Bioética, así como de sus modelos de enseñanza.

Es desde un paradigma de racionalidad, que tiene a la responsabilidad, interdisciplinariedad y al diálogo como categorías centrales, que se plantea el aporte de la Ética Hermenéutica en la formación en Bioética. Formación que permita responder con justicia y responsablemente a la complejidad de los problemas, haciendo posible la humanización de la salud y la dignificación de la calidad de vida.

This paper reflects on the necessary addition of hermeneutics to the training in bioethics for health professionals. It involves paradigmatic shifts in the concepts of health and bioethics, as well as in the teaching models.

It is from a paradigm of rationality, which has responsibility, interdisciplinarity and dialogue as central categories, which states the contribution of Ethics Hermeneutics in training in Bioethics. Training that will allow a just and responsible response to the complexity of the problems, allowing for the humanization of health and a more dignified quality of life.

Ética Hermenéutica, formación Bioética

## **1. Introducción**

Plantear a la universidad como espacio de aprendizaje de la Bioética nos enfrenta a un problema complejo y difícil, pues esta formación debe enmarcarse en el contexto de crisis en el que nos encontramos y en los importantes y acelerados cambios que vivimos, tanto en el plano económico, como en el social, el político y el ético.

Los problemas que como sociedad vivimos son de carácter global, interdisciplinarios y requieren -para enfrentarlos- movilizar recursos y conciencias. La lucha contra la pobreza y la discriminación, la seguridad mundial, el respeto por los Derechos Humanos con toda su implicancia son cuestiones de gran magnitud que exigen una respuesta colectiva y un claro compromiso de la universidad con la sociedad. Lo que, a su vez, demanda un profesional que sepa construir en forma autónoma su

conocimiento y que actúe en forma responsable y comprometida con la realidad social que lo rodea.

Esto implica no sólo cambios pragmáticos, sino también cambios paradigmáticos que abarquen las nuevas concepciones de salud y del profesional que queremos formar, así como el concepto de Bioética y de los nuevos modelos de enseñanza de la misma, lo que sin duda debe incorporar la perspectiva de una Bioética Hermenéutica.

Entendemos que nos encontramos en un tiempo oportuno para ello, ya que estamos en un proceso de construcción de la Bioética, proceso en el que coexisten visiones diferentes y hasta ambigüedades en ellas mismas.

Para A. Domingo (2009) *“la hermenéutica filosófica ha contribuido decididamente a la construcción de la Bioética como paradigma o modelo de ética aplicada por una sencilla razón: han sabido acoger la revancha de la realidad frente a las tiranías y ambigüedades de las máscaras con las que se nos presenta el nihilismo moderno: voluntarismo, individualismo, etnocentrismo o pragmatismo. Y ha contribuido decididamente porque ha permitido plantear un nuevo horizonte de investigación que no está basado en la certeza metodológica de disciplinas compartimentadas sino en la apertura a la novedad de experiencia humana”* (p.7).

La Bioética tiene como las otras éticas aplicadas una estructura circular propia de una *hermenéutica crítica*. Así lo expresa Cortina (2003), *“no parten de unos primeros principios con contenido para aplicarlos, porque en las sociedades pluralistas no hay principios con contenido comunes; tampoco descubren únicamente principios de alcance medio desde la práctica cotidiana, porque en cualquier ética aplicada hay una cierta pretensión de incondicionalidad que rebasa todos los contextos concretos”* (p.31).

Conill (2006) también se refiere a algunas aportaciones de la hermenéutica crítica a las éticas aplicadas, de las que especialmente nos interesa señalar: *“La necesidad de articular la creciente complejidad vital y responder a las exigencias del pluralismo en los diversos ámbitos de nuestra vida personal, profesional e institucional ha dado lugar al surgimiento de las éticas aplicadas, y una ética hermenéutica como la que proponemos contribuye a esclarecer el estatuto de la razón que opera en ellas; incluso se muestra como una “ética de la responsabilidad” al hacerse cargo de la riqueza y profundidad de la experiencia vital, frente a los formalismos y procedimentalismos”....“Una ética hermenéutica crítica desde la facticidad permite, pues, diseñar una auténtica ética de la responsabilidad en contextos complejos y plurales”* (p. 15).

Es pues desde este paradigma de racionalidad que presentamos el perfil del profesional de salud que queremos formar.

## 2. El profesional de salud que queremos formar y la concepción de salud que lo sustenta

El concepto de profesional que compartimos, es el que se desarrolla en Cortina y Conill (2000), como aquel que construye en forma autónoma y estratégica su conocimiento y que realiza una actividad humana social con la que presta un bien específico e indispensable a la sociedad.

Como profesionales de la salud, es necesario explicitar a qué concepto de salud nos referimos cuando decimos que el bien específico que da sentido a nuestras profesiones es, incidir en la salud de la población.

Desde la concepción neoliberal, la salud es un bien del mercado regulado de acuerdo a la oferta y a la demanda. En este contexto el usuario no aparece como sujeto que ejerce su derecho a la salud y recibe atención de acuerdo a sus necesidades. Por el



contrario, se trata de un potencial comprador del servicio en función de su poder adquisitivo: el cliente.

Esto enfrenta a los profesionales de la salud a un grave problema técnico con connotaciones éticas. La atención recibida no es acorde a las necesidades ni a los criterios técnico-profesionales, sino a la racionalidad económica basada en el mercado y no en las necesidades de la mayoría de la población.

En contraposición con lo anterior, el concepto de salud que sustenta nuestra postura, es el que entiende a la salud como la capacidad y el derecho individual y colectivo de realización del potencial humano (biológico, psicológico, social y espiritual) que permita a todos participar de una vida digna y feliz. Implica desarrollar en los seres humanos la capacidad de obtener los bienes que necesitan por sus propios medios.

Significa, a su vez, indagar sobre lo que los individuos están en condiciones de ser y hacer con sus vidas y cuales son los recursos disponibles para que logren un desarrollo plenamente humano.

Vinculado a esta concepción de salud, nos adherimos a la definición de Bioética citada por Susana Vidal (2007) *“La bioética es una reflexión crítica sobre los conflictos éticos que emergen de la vida y la salud humana.”*. Considera los determinantes históricos sociales de la salud-enfermedad y las tres generaciones de derechos humanos e implica para hacerla posible, un modelo de enseñanza específico.

### 3. Diferentes visiones de la formación en Bioética

Siquiera (2007) distingue tres Modelos de Educación en Bioética: el Modelo Normativo o Deontológico que es el que aún prevalece para la mayoría de los cursos de formación de los profesionales de la salud, en el cual la materia es presentada como un

conjunto de normas legales establecidas para dar respaldo moral a las decisiones profesionales.

El Modelo Pragmático que adquiere relevancia en la década de los 80, con fuerte inspiración en la ética principalista y en la adopción de decisiones que contemplan la voluntad expresa de las personas. Se basa en la identificación de problemas y en la búsqueda de soluciones prácticas a través de la guía de los cuatro principios: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

El Modelo Deliberativo se caracteriza por privilegiar el diálogo que respeta los argumentos de todos los participantes involucrados, que buscan soluciones para los complejos dilemas morales. No niega la importancia de los instrumentos normativos, ni la búsqueda de soluciones prácticas para los problemas clínicos. Aunque se aleja de la imposición de normas del Modelo Deontológico y de las decisiones sin contextualización y sustentación del Modelo Pragmático.

Según Gracia, D. (2004) lo más importante de un curso de ética no es tanto resolver problemas sino enseñar a deliberar. Sin embargo, el mencionado autor reconoce que existen serias dificultades en la formación universitaria en lo que es el arte de dialogar.

También Siquiera (2007) insiste en la necesidad que los estudiantes perciban la importancia de oír atentamente a todos los involucrados en el caso y con prudencia participar del proceso de diálogo que llevará a tomar las decisiones.

El instrumento pedagógico que se corresponde con este modelo recurre a la interacción y participación y utiliza el debate y la reflexión como método de aprendizaje y lleva a las personas a desarrollar actitudes y valores como el respeto, la honestidad, la tolerancia y la autonomía, entre otros.

Podemos entonces decir que, para alcanzar los objetivos del modelo deliberativo, el problema no está en los contenidos “que se enseñan” sino en el “cómo se enseñan”, o sea en la necesidad de una formación metodológica que permita abordar y resolver la problemática que trata, superando su déficit hermenéutico.

Debe insistirse por lo tanto, en el carácter hermenéutico y deliberativo de la Bioética, como un camino que permite superar el nivel lógico-argumentativo para situarnos en el mundo de la vida, en contextos históricos y culturales concretos, lo que, por otro lado, no significa prescindir de los principios universales.

También para Cortina (2008), el método más apropiado para las éticas aplicadas, en nuestro caso, para la Bioética, es el de una hermenéutica crítica, la que trata de descubrir desde dentro de cada actividad lo que para la autora, son aspectos fundamentales para desarrollar moralmente una actividad, en una sociedad moderna, ellas son: *“las metas que le dan sentido y legitimidad social, las máximas específicas por las que ha de orientarse para alcanzar esas metas, las virtudes que deben cultivar quiénes trabajan en ese ámbito, los valores que es preciso alcanzar, pero también el fundamento filosófico de las máximas, que les presta validez racional y proporciona un criterio para la crítica”* (p. 49).

A su vez, para Conill (2003) es importante la reconstrucción hermenéutico-crítica de la razón práctica *“en la medida en que pueda capacitarnos para comprender mejor el sentido de las actividades humanas y propiciar la eficacia social de las éticas aplicadas”* (p. 142).

En este enfoque de formación en Bioética, es fundamental educar en el diálogo, la prudencia y la justicia, generando un ambiente de respeto, de reconocimiento y de aceptación; lo que exige a su vez, aprender a trabajar con otros desde la interdisciplinariedad.

#### 4. Aportes de la Ética Hermenéutica a la Bioética

La hermenéutica es el arte de la comprensión. Según Beuchot y Arenas-Dolz (2006) *“Quien quiera comprender en qué consiste la comprensión deberá atender a la diversidad de los fenómenos a través de los que algo viene a la comprensión y partir del hecho de que la comprensión no es algo exclusivamente restringido al proceso de interpretación por el cual profundizamos en un texto. Desde sus orígenes, la hermenéutica se configuró como la disciplina de la interpretación, si bien el matiz vino después, ya comenzado el siglo XX”* (pp. 19-20).

La comprensión hermenéutica, es un saber de aplicación, tal como señala Conill (2006)

*“El saber práctico es un saber de aplicación y en eso consiste la comprensión hermenéutica, en saber aplicar: 1 )ya sea en la interrelación entre lo individual y lo particular, 2) ya sea en la continua mediación del pasado y el presente (en la distancia temporal), es decir, en la comprensión como acontecer histórico”* (pp. 171- 172).

Por otro lado, Conill (2003) se refiere a las aportaciones de la hermenéutica a las éticas aplicadas y pone algunos ejemplos en *“la instauración de un nuevo modelo filosófico (en el que se superen los enfoques positivistas y utilitaristas), la crítica al idealismo y al metodologismo (que otorgaban la primacía a la teoría del conocimiento y la epistemología), la reactualización e incorporación de la filosofía práctica de Aristóteles en el ámbito hermenéutico y la relevancia de una “hermenéutica crítica” como nuevo enfoque metódico en las “éticas aplicadas”*. (p. 138).

Desde esta perspectiva, Conill (2006) resume las principales características de la ética hermenéutica crítica (pp. 280-282) afirmando que el pensador comienza por constatar que vivimos en una época en dónde lo que impera son incertidumbres e

interpretaciones *“Vivimos entre interpretaciones, como acontecimiento –facticidad-vital e histórico. De ahí la necesidad de praxis hermenéutica”*.

Sostiene que la hermenéutica nos libera de la presunta objetividad de la interpretación naturalista de la vida y de la razón, reconociendo que *“hay que estar abierto al conocimiento científico y su creciente tecnologización, pero no dogmatizarlo a través de una única interpretación filosófica, que neutraliza (deshumaniza) la vitalidad e historicidad de la experiencia”*. Con ella se supera el formalismo y el procedimentalismo mediante la ampliación de la experiencia moral a la vida fáctica. Aquí sitúa la experiencia de alteridad y reconocimiento mutuo.

Ofrece una analítica hermenéutica, para hacer posible una crítica histórica de las tradiciones, de los horizontes axiológicos y de significado.

Propone una nueva forma de afrontar el pluralismo moral y sus inevitables conflictos a través de un universalismo hermenéutico *“cuyas virtualidades interculturales son innegables, por ejemplo, en la versión interdisciplinar de las capacidades humanas, una forma de abrirse al exigible desarrollo de las posibilidades reales de las personas en sus diversas situaciones vitales”*.

Propone también la superación del individualismo metodológico en el análisis y en la solución de los problemas sociales, económicos, políticos e institucionales. *“La hermenéutica ayuda a ampliar el horizonte de comprensión de los problemas y a contar con ingredientes ineliminables e irreductibles (voz interior, libertad, sentimientos, conciencia, experiencia, sentido, autenticidad).“El enfoque hermenéutico presta especial atención al proceso de formación de la persona moral. En su educación se necesitan ideales emancipatorios, formas de autorrealización responsable, en las que armonice el universalismo y el contextualismo. Para lo cual hace falta ejercitar la capacidad de juzgar reflexionante, cuya función es interpretadora y orientadora”*.

En suma, para Conill, la ética hermenéutica se caracteriza por ser: “*experiencial, humanista, aplicadora, axiológica y eleuteropática*” (p.282). Todas ellas son necesarias en las éticas aplicadas, aportando nuevos contenidos al concepto de humanidad a través de la noción de formación del hombre y del descubrimiento de nuevas formas de aplicación que se requieren en los complejos contextos de la actualidad.

Concretamente y desde la Bioética, nos interesa presentar el trabajo de T. Domingo (2007) en el que expone en forma sintética las aportaciones de Ricoeur y de una ética hermenéutica a la Bioética.

En primer lugar, es necesario señalar que la Bioética, por las complejas temáticas que aborda, se desarrolla necesariamente en la pluralidad, en donde el aporte de la ética hermenéutica ofrece instrumentos conceptuales capaces de pensar la pluralidad, la diversidad y el conflicto de interpretaciones.

En este sentido, podemos decir, tal como afirma T. Domingo, que la ética hermenéutica es un ejercicio de diálogo y de interdisciplinariedad “*La bioética si quiere estar a la altura de nuestros problemas y saberes tiene que convertirse en interdisciplinar, y no de una manera superficial y fácil, sino profunda y rigurosa*” (p. 309).

Aborda también la necesidad de un método de trabajo que tenga en cuenta los diferentes niveles de la bioética y que sepa integrar lo positivo de las diferentes tradiciones éticas “*Ricoeur nos ha ofrecido una articulación admirable de tradiciones diferentes: Aristóteles y Kant, éticas del bien y éticas del deber, procedimentalismo, éticas de la justicia, principios y resultados, deontologismos y consecuencialismos, etc. Pero no sólo Atenas (el mundo de la filosofía), también Jerusalén (tradición bíblica). Su ética de la responsabilidad articula tradiciones distintas y distantes*” (p.309).

Insiste, a su vez, que la bioética debe plantear en forma seria y rigurosa cuestiones de antropología, metafísica o teología, las que muchas veces no son consideradas en el debate bioético o son resueltas muy superficialmente *“Sigue siendo necesaria una antropología como la que Ricoeur nos presenta, una antropología de la acción y la pasión, del ser humano agente y sufriente, que piensa y pone de relieve sus capacidades y poderes así como sus vulnerabilidades y fragilidades. También sigue siendo necesaria la metafísica para la bioética, pero una metafísica distinta, una fundamentación distinta a lo que se suele ofrecer, no una metafísica sustancialista, biologicista, teológica o tapagujeros, sino una metafísica de la acción, del cambio, de la posibilidad (una metafísica renovada)”* (p. 310).

Otra aportación que resalta de la ética hermenéutica de Ricoeur, es su carácter de interculturalidad, ya que la bioética se mueve en la diversidad cultural; entendiendo que las diferentes concepciones de salud, así como las exigencias de cuidado y la relación profesional-enfermo, están mediadas por la cultura *“En esta ética intercultural jugará un papel muy importante la experiencia de la traducción, con la idea asociada a ella de hospitalidad lingüística y preámbulo de la idea de hospitalidad intercultural... Quizás se pueda hablar no sólo de hospitalidad lingüística (o cultural o religiosa) sino también de hospitalidad bioética en la diversidad cultura”* (p.310).

También Ricoeur ofrece un método de aplicación y de práctica del juicio moral, basado en la creatividad, la imaginación y la innovación de sentido. Su ética hermenéutica supone una fundamentación del uso de la narración como método, y ofrece, por lo tanto, elementos claves para fundamentar lo que se conoce como una ética del cuidado *“su ética hermenéutica es también una ética narrativa, atenta a lo particular, al contexto y a la propia vida en su urdimbre”* (p. 311).

Por otro lado, la ética hermenéutica pone frente a la Bioética *una nueva idea de razón*, una razón entera, vital, vivencial, narrativo-experiencial, y que podemos sintetizar en *una razón cordial*, como muy bien presenta Cortina (2007) “*es una razón que vive de la crítica (la distancia, la separación) y también de la convicción (las creencias, los valores); razón crítica y valorativa, crítica y creyente*” (p. 311).

Finalmente, aporta a la Bioética prudencia y modestia “*es una ética de la escucha, que se sabe inacabada, abierta, en continuo aprendizaje*” (p. 311)

## **5. Reflexión final**

El contexto de crisis y la complejidad e incertidumbre propias de la época, hacen necesario una praxis hermenéutica, histórica y vital en la que coexisten diferentes concepciones de salud, de Bioética y del profesional de salud que se quiere formar, así como diferentes visiones acerca de la formación en Bioética en la enseñanza superior; de las que optamos por el modelo deliberativo propio de la interdisciplinariedad.

Este modelo exige el desarrollo de capacidades y la vivencia de ciertas actitudes como el diálogo, el respeto, el reconocimiento cordial, la prudencia, la justicia y la libertad.

Para hacer realidad el enfoque deliberativo es necesaria una formación metodológica que permita abordar y resolver la problemática que trata la Bioética, superando su déficit hermenéutico. Implica contar con un nuevo currículo de educación en Bioética que incorpore los aportes de la ética hermenéutica, formando a los futuros profesionales de la salud para que actúen de manera responsable, autónoma y comprometida y con docentes que a través del proceso educativo que desarrollan y de su práctica cotidiana influyan en el contenido ético de la sociedad futura.



Finalmente creemos pertinente citar a Conill (2003) cuando se refiere a la importancia de este enfoque “*hacer la vida cotidiana más deliberativa es fomentar una vida más respetuosa, mejorarla moralmente*” (p.136) y en el caso de la Bioética, hacer posible la humanización de la salud y la dignificación de la calidad de vida.

## **Bibliografía**

Beuchot, M., Arenas-Dolz, dirs. (2006). *10 palabras clave en Hermenéutica Filosófica*. España: Verbo Divino.

Cortina, A., Conill, J. dirs. (2000), *10 palabras clave en Ética de las Profesiones*. España: Verbo Divino.

Cortina, A. (2003) “ El quehacer público de las éticas aplicadas: ética cívica transnacional”, en Cortina, A.; García Marzá, D. (eds). *Razón Pública y Éticas Aplicadas. Los caminos de la razón práctica en una sociedad pluralista*. Madrid: Tecnos.

Cortina, A. (2007) *Ética de la razón cordial. Educar en la ciudadanía en el siglo XXI*. España: Ed. Nóbel.

Cortina, A. (2008) *Lo justo como núcleo de las ciencias morales y políticas. Una versión cordial de la ética del discurso*. Discurso de recepción de la académica de número. Real Academia de Ciencias Morales y Políticas. Madrid.

Conill, J. (2003) “El carácter hermenéutico y deliberativo de las éticas aplicadas” en Cortina, A.; García Marzá, D. (eds). *Razón Pública y Éticas Aplicadas. Los caminos de la razón práctica en una sociedad pluralista*. Madrid: Tecnos.

Conill, J. (2006) *Ética hermenéutica*. Madrid: Tecnos.

Domingo Moratalla, A. 2006 “Diálogo” en Beuchot, M., Arenas-Dolz, F. (dirs.) *10 palabras clave en Hermenéutica Filosófica*. España: Verbo Divino.

Domingo Moratalla, T. (2007). “Bioética y hermenéutica. La aportación de Paul Ricoeur a la bioética”, *Veritas*, vol. II, nº17, pp. 281-312.

Gracia, D.(2004) *La enseñanza de la Bioética*. Serie Publicaciones Unidad de Bioética. Chile: OPS.

Siquiera, J. E. (2007) “Educación en Bioética. Material Complementario” en *I Curso Introducción a la Bioética Clínica y Social. Programa de Educación Permanente en Bioética*. UNESCO. Redbioética.

Vidal, S. (2007) “Introducción General y Antecedentes” en *I Curso Introducción a la Bioética Clínica y Social. Programa de Educación Permanente en Bioética*. UNESCO. Redbioética. Disponible en: <http://www.redbioetica-edu.com.ar>

# La Neuroética y el problema de la libertad humana: la propuesta de

## Jürgen Habermas

Marta Gil

Universidad de Valencia

**Resumen:** En este artículo se pretende examinar el concepto de libertad que Jürgen Habermas presenta en el texto “Libertad y determinismo” de su obra *Entre naturalismo y religión* para mostrar la confrontación que existe entre la concepción determinista de la libertad que defienden algunos neurocientíficos y otras caracterizaciones posibles menos deterministas. Habermas no es totalmente contrario a las interpretaciones naturalistas, pero, por oposición al naturalismo duro de carácter determinista, se adscribirá a un naturalismo blando más moderado, abogando por una naturalización prudente del espíritu tendiendo de esta forma un puente entre la evolución biológica y la cultura.

Habermas, libertad, determinismo, neurociencia

**Abstract:** The aim of this paper is to consider the concept of freedom from the point of view of Jürgen Habermas. As he shows, there is a confrontation between the determinist theories of human freedom supported by many neuroscientists and another perspectives which are not determinist. Habermas does not reject naturalist interpretations of freedom, but he prefers a form of soft naturalism connecting biological evolution with culture.

Habermas, freedom, determinism, neuroscience.

### 1. Introducción

Habermas toma como punto de partida los experimentos llevados a cabo en los años setenta por Benjamin Libet, cuya interpretación ha reavivado el debate contemporáneo en torno al problema de la libertad de la voluntad porque numerosos autores (filósofos y sobretodo científicos) los han interpretado en clave determinista afirmando que la libertad no es más que una ilusión. El problema reside en que esta visión reduccionista y determinista choca frontalmente con nuestra propia autoconciencia, según la cual nos percibimos a nosotros mismos como autores responsables de nuestras acciones y, por tanto, como seres libres. La propuesta de Habermas, como veremos, consiste en una defensa de la libertad humana que tiende un puente entre la evolución biológica y la cultura. Defiende por tanto una forma de naturalismo blando.

## 2. La crítica de Habermas a los experimentos de Libet

Desde la interpretación determinista de los experimentos de Libet se sostiene que el hecho de que exista una actividad cerebral *inconsciente* (el famoso potencial de disposición) que precede en unos 400 ms. a la decisión *consciente* de actuar es suficiente para demostrar que el papel causal que nosotros atribuimos a nuestra voluntad es una ilusión (Habermas, 2006: 162). Habermas, por su parte, objeta que los experimentos de Libet no poseen todo el peso probatorio que los deterministas les quieren atribuir por tres motivos:

1) En primer lugar, el experimento ha sido concebido para movimientos corporales arbitrarios. Cabe preguntarse, por tanto, la legitimidad de extrapolar los resultados del test a otra clase de acciones. Es bien claro que no es lo mismo decidir sobre si levantar el brazo o no hacerlo, que decidir sobre si debo, pongamos por caso, mentir para conseguir un trabajo. En este último caso estamos hablando de una decisión que tiene consecuencias en el plano de lo moral. Realizar un movimiento corporal arbitrario, por el contrario, no posee implicación moral alguna.

2) Habermas también llama la atención sobre los posibles puntos débiles del experimento. Por ejemplo, podría ocurrir que las personas observadas, conocedoras ya del curso del experimento, se hubieran concentrado en el plan de acción antes de tomar la decisión de realizar el movimiento. En tal caso, el medidor del potencial de disposición estimaría, en realidad, el período de planificación.<sup>1</sup>

3) Las acciones son fruto de una sucesión encadenada de intenciones y reflexiones en las que se sopesan los objetivos a alcanzar, los recursos disponibles, las posibles limitaciones que puedan presentarse, etc. Lo que se lleva a cabo, por tanto, es una deliberación. Habermas sostiene que esto es, precisamente, lo que hace

a las acciones libres: su conexión interna con razones (Habermas, 2006: 163). Una decisión “madura” como resultado de un proceso de meditación sobre las alternativas, es decir, a resultas de un proceso de deliberación consciente. Así pues, en el hecho de realizar un movimiento corporal arbitrario, como en el caso de los experimentos de Libet, no se pone de manifiesto una libertad ligada a razones. Tampoco podemos hablar de responsabilidad asociada a esta clase de acciones. No es adecuado, en consecuencia, atribuir gran relevancia para el plano de lo moral a dichos experimentos.

### 3. El cuerpo como posibilitador de una autoría libre y responsable

Por oposición a las tesis deterministas que niegan la libertad, Habermas defiende un concepto de libertad y autoría responsable ligada al cuerpo. El autor se identifica con su organismo, su historia vital y cultural, su carácter, sus aptitudes, e incluye todas las circunstancias externas como elementos de su deliberación. De este modo hace suyos todos estos factores, de tal forma que, a partir de ellos, es capaz de llevar a cabo una reflexión y sopesar las alternativas que se le abren. Así pues, es a partir de estos condicionamientos (rationales, naturales, externos) que el agente toma una decisión libre y se convierte en autor responsable de la misma. Según Habermas:

El actor puede dejarse “determinar” por un substrato orgánico que es experimentado como cuerpo sin menoscabo de su libertad porque (...) a partir de la perspectiva de esta vivencia del cuerpo, los procesos vegetativos dirigidos por el sistema límbico (...) se transforman (...) de determinantes causales en condiciones *posibilitadoras* (Habermas, 2006: 168).

Con estos argumentos Habermas se decanta, como él mismo afirma, por un concepto fuerte de libertad de acción, pero no idealista (Habermas, 2006: 170): la libertad

humana realmente existe, pero no es una libertad absoluta, sino siempre ligada a unos condicionamientos que son, al mismo tiempo *limitadores* y *posibilitadores* de la misma.

#### 4. Dualismo de perspectivas

Habermas llama la atención sobre el hecho de que los seres humanos emplean dos modelos explicativos distintos.<sup>2</sup> Para explicar los fenómenos naturales utilizamos el *modelo de explicación causal*. Las explicaciones causales establecen condiciones causalmente suficientes para los fenómenos naturales del mundo, es decir, que presuponen que todo acontecimiento que ocurre en la naturaleza lo hace como resultado de unas condiciones suficientes que lo determinan forzosamente. Dadas unas condiciones iniciales determinadas, por tanto, deberá ocurrir necesariamente un suceso determinado. Cuando conocemos las leyes de la naturaleza podemos realizar un pronóstico a propósito del curso que seguirán los acontecimientos. En el caso de la conducta humana, sin embargo, nos encontramos con algo bien distinto. Como indica Habermas, no podemos deducir que cualesquiera personas, dadas unas mismas premisas, vayan a llegar a conclusiones o decisiones idénticas. La explicación por motivos racionales no puede utilizarse a modo de pronóstico (Habermas, 2006: 168). Para explicar las acciones humanas, entonces, recurrimos a las explicaciones *a base de motivos*, *a base de razones*.

El hecho de que puedan darse explicaciones causales para los fenómenos naturales y explicaciones a base de motivos para las acciones humanas, pone de relieve que existe un dualismo de perspectivas y juegos de lenguaje. Dicho dualismo tiene un carácter metodológico y epistémico, no ontológico, es decir, que responde a nuestra manera de conocer el mundo. Habermas afirma, además, que dicho dualismo ha surgido como consecuencia de nuestra necesidad de adaptarnos al medio, es decir, por motivos evolutivos.

El ser humano tiene que confrontarse con un mundo, con un entorno, que está lleno de riesgos. La capacidad para el pensamiento lógico posee una relevancia funcional para la supervivencia de la especie, porque es la que nos permite, llevar a cabo investigaciones, realizar explicaciones, elaborar teorías, prevenir sucesos, etc. (Habermas, 2006: 170). El pensamiento lógico nos sirve, en definitiva, para acumular experiencia y saber aplicarla después a la resolución de problemas. Por eso Habermas dice que el aprendizaje colectivo (investigación, explicaciones, teorías, etc.) tiene un valor biológico y adaptativo: estos dispositivos nos ayudan en nuestra lucha por la supervivencia y nos sirven para intervenir en la naturaleza.

##### 5. Socialización de la cognición y naturalismo blando

Habermas, por otra parte, llama la atención sobre el hecho de que el proceso de aprendizaje colectivo que hemos mencionado en el punto anterior se da de forma colectiva o intersubjetiva. Haciendo referencia a Michael Tomasello y George Herbert Mead, indica que la capacidad socialcognitiva específicamente humana, que nos permite ver a nuestros compañeros de especie como seres que obran intencionalmente, constituye un logro de la evolución que nos hace aptos para desarrollar una cultura (Habermas, 2006: 178). Según este punto de vista, algo que diferencia a los humanos de los animales es que los humanos reconocen en el otro un *alter ego*. Dice Habermas: “La confrontación cognitiva con el entorno físico se hace dependiente del trato cognitivo recíproco.” Cuando la perspectiva del observador (del mundo físico) se entrelaza con la del participante en interacciones con otras personas se “*socializa* la cognición del niño con sus compañeros de especie” (Habermas, 2006:179). De este modo, forman una perspectiva común (intersubjetiva) desde la que pueden imponer una mirada objetivante al mundo.

Por otra parte, nuestras aspiraciones a la verdad tienen que confrontarse no sólo con la experiencia (esto es, que la verdad epistemológica de los enunciados se corresponda con una realidad ontológica), sino también con la oposición que otros puedan presentar a la interpretación de dichas experiencias, y el desarrollo de esta actividad se lleva a cabo en el ámbito intersubjetivo de las razones o la argumentación.

De este modo, somos, al mismo tiempo, seres que observan el mundo (y lo objetivan) y seres partícipes de un proceso comunicativo. Es por ello que Habermas defiende la irrebasabilidad, la inevitabilidad, del dualismo epistémico: como observadores explicamos causalmente el mundo, pero nuestros argumentos los defendemos en base a razones.

Por eso Habermas rechaza el naturalismo duro que, para dar una imagen coherente y unitaria del universo, pretende mostrar que éste, y todo lo que en él acontece –también nuestra actividad mental y nuestras acciones- puede ser explicado en virtud de leyes deterministas. Habermas, por su parte, se inscribe en la línea de un naturalismo blando que trata de conciliar la causalidad natural con la capacidad para ser libres de los seres humanos.

Así, según lo expuesto, tenemos que, para que exista un saber objetivo, es preciso que exista un acto de entender que es intersubjetivo. Y el instrumento mediante el que se lleva a cabo la comunicación entre sujetos es el lenguaje. Cuando este lenguaje toma forma de símbolo, como ocurre, por ejemplo, en el caso de la escritura, el saber que surge como fruto del aprendizaje colectivo puede ser almacenado y transmitido. Habermas señala que gracias al “espíritu subjetivo” –que tiene por substrato natural al cerebro-, que es capaz de manejar, conectar y reorganizar el saber almacenado – o “espíritu objetivo”-, podemos tomar distancia respecto a la naturaleza y objetivarla. Y esto nos sirve, a su vez para poder modificar o incidir en el mundo natural.



## 6. Discusión con Wolf Singer

¿Qué tiene todo lo anterior que ver con la neurociencia? Como hemos señalado antes, Habermas polemiza con Wolf Singer en tres puntos:

1) Singer sostiene que el cerebro puede ser modificado a través de transmisiones culturales y prácticas sociales, pero únicamente a una edad temprana, existiendo de esta forma un influjo limitado entre cultura y cerebro. Habermas, por su parte, defiende que los sujetos poseen autoconciencia de ser participantes en el espacio público de la cultura y se saben autores (y por lo tanto agentes responsables) de sus propias decisiones y actos, puesto que se ven confrontados con exigencias de validez ante los demás. Dado que se encuentran en un espacio público, deben dar motivos de por qué escogen obrar de una manera o de otra distinta, deben, en consecuencia, dar cuenta de su libertad en un ámbito de razones compartido intersubjetivamente. Así, los actores toman conciencia de su libertad en este ámbito intersubjetivo de razones, puesto que tienen que apelar a motivos para justificar sus posiciones ante los demás. De ahí que Habermas defienda que el espíritu subjetivo se va conformando a través de este proceso de autoconciencia y que el soporte físico del espíritu subjetivo, el cerebro, se ve influido en alguna medida por la cultura.

2) En segundo lugar, Singer indica que los procesos que se nos hacen conscientes son dependientes de una vasta corriente de procesos que se nos escapan porque continúan siendo inconscientes. Cabe preguntarse, por tanto, si la voluntad consciente no está determinada por dichos procesos inconscientes. Habermas, desde la perspectiva opuesta, señala que cuando realizamos una acción de manera consciente, sabemos que para ello somos dependientes de nuestro cuerpo pero que, dado que nos identificamos con él, sabemos que “somos ese cuerpo” y “experimentamos el organismo como un conjunto de condiciones posibilitadoras”.

Aquí Habermas remite a una argumentación que hemos expuesto anteriormente: nosotros experimentamos el propio cuerpo como algo que nos capacita y nos habilita para actuar, y, en consecuencia, también como condición posibilitadora para la libertad (Habermas, 2006: 185). Así pues los procesos neuronales inconscientes de los que habla Singer también pueden ser vistos como condiciones que, por una parte, limitan nuestra libertad, pero que también la posibilitan. El autor delibera sobre la base de las posibilidades que le ofrece su organismo, y teniendo en cuenta factores externos tales como los posibles obstáculos que puede encontrar en el curso de la acción que se dispone a emprender. El autor, por tanto, hace suyos todos estos factores a través de la deliberación, y toma una decisión libre y responsable en función de los mismos.

3) Por último Singer afirma que el hecho de que en el cerebro no exista una central de mando en la que ubicar el “yo”, implica que ese “yo” libre y responsable subjetivamente experimentado es también una ilusión. De la ausencia de un correlato neuronal del “yo”, Singer extrae, por tanto, el epifenomenismo de la propia autoconciencia y de la libertad (Habermas, 2006: 185). Según Habermas, como consecuencia de la herencia que nos ha dejado la filosofía de la conciencia, con frecuencia seguimos pensando según este paradigma epistemológico que enfrenta al “yo”, al sujeto solitario, con un mundo externo. Habermas, oponiéndose a este punto de vista, hace referencia a Wittgenstein para explicar que detrás del cosificado decir-yo que constituye el uso del pronombre de la primera persona de singular no se encuentra, en modo alguno, ninguna entidad a la que se pueda hacer referencia como si de un objeto del mundo se tratara. El “yo”, por el contrario, es una parte integrante más y no un elemento privilegiado del sistema de pronombres personales. Dichos pronombres conforman una “red descentralizada de relaciones

reversibles entre la primera, la segunda, y la tercera persona” (Habermas, 2006: 187), es decir, una red en la que todo participante es capaz de asumir la perspectiva del otro. Por otra parte, el otro siempre constituye un elemento imprescindible para poder hacer referencia al propio *ego*. De este modo, existe una trama de dependencias dentro del sistema de comunicación. De aquí colige Habermas que el “yo” puede ser entendido como una construcción social, puesto que precisa de la presencia del otro para hacer referencia a sí mismo. Ello no implica, sin embargo, que quepa considerar al “yo” ni a la libertad como una ilusión.

## 7. Conclusión

A modo de conclusión, podemos decir que el concepto de libertad que presenta Habermas es un concepto de libertad fuerte, pero no idealista. Es un concepto de libertad fuerte porque considera que, en efecto, la voluntad desempeña un papel causal en la determinación de la acción. Ahora bien, como hemos visto, no defiende una noción de libertad idealista y absoluta, sino que, por el contrario, tiene en cuenta sus limitaciones: limitaciones que provienen del exterior, de nuestra constitución biológica o de nuestra propia racionalidad. Limitaciones, no obstante, que pueden convertirse en condiciones posibilitadoras cuando el agente las hace suyas a través de un proceso de deliberación consciente. La libertad, de este modo, queda ligada al ámbito de las razones, y separada del de la determinación causal.

Aquí se hace presente la necesidad de contar con un dualismo epistémico de perspectivas que limitan y estructuran nuestro acceso al mundo. La confrontación con un entorno físico -y las explicaciones causales que seamos capaces de dar para describirlo- ha llevado a la especie humana a un desarrollo de la cognición socializada,

es decir, a la cognición a partir de la imbricación de perspectivas que se da en el ámbito intersubjetivo de las razones, la argumentación y la comunicación.

Por último, cabe apuntar que es en este ámbito de razones el lugar privilegiado en el que se da la propia autoconciencia de libertad. En este ámbito de razones, los participantes son capaces de intercambiar los roles de primera, segunda y tercera persona, y se ven enfrentados a unas exigencias de validez ante los otros. En este proceso, se descubren a sí mismos como agentes responsables de sus acciones, puesto que deben dar cuenta de ellas a través de la justificación mediante motivos: el autor responsable se sabe libre, y por ello debe deliberar, ya sea en su fuero interno o con los demás, sobre cuál sea el curso de acción más apropiado. La voluntad, por su parte, se va configurando poco a poco en el curso de este encadenamiento de deliberaciones. Así pues, podemos concluir que para Habermas únicamente es libre la voluntad deliberada que se mueve en ese espacio intersubjetivo que es el ámbito de las razones.

---

#### NOTAS

<sup>1</sup> Daniel Dennett también desarrolla una extensa crítica al diseño de los experimentos de Libet en *La evolución de la libertad*, Paidós, Barcelona, 2004, p. 257-273.

<sup>2</sup> Sobre esta cuestión ver Searle, J. (2005). *Libertad y neurobiología: reflexiones sobre el libre albedrío, el lenguaje y el poder político*. Paidós: Barcelona, donde el autor sostiene que las tesis deterministas parecen resultarnos convincentes es por el hecho de que “un rasgo fundamental de nuestra relación con el mundo es que lo vemos sometido a un orden causal” (Searle, 2005: 35), pero que, no obstante, “cuando cito la razón como una explicación de mi acto, no estoy citando condiciones causalmente suficientes” (Searle, 2005: 28).

---

## BIBLIOGRAFÍA

Belmonte, C. (2001). “El desafío del cerebro”, en García Barreno, P. (director): *La ciencia en tus manos*. Espasa Calpe: Madrid, pp. 417-456.

Damasio, A. (2009). *El Error de Descartes*. Crítica: Barcelona.

Dennett, D. (2004). *La evolución de la libertad*. Paidós: Barcelona.

Habermas, J. (2006). *Entre Naturalismo y Religión*. Paidós: Barcelona.

Roskies, A. (2006). “Neuroscientific challenges to free will and responsibility”, *Trends in Cognitive Sciences* 10, pp. 419-423.

Searle, J. (2005). *Libertad y neurobiología: reflexiones sobre el libre albedrío, el lenguaje y el poder político*, Paidós, Barcelona.

# Necesidad de análisis éticos sobre plaguicidas organofosforados

Francisco Vicente

Universidad de Valencia

## Abstract

The aim of this work is to enouncing ethical problems about the use and application of organophosphorous pesticides in relation with the neurotoxicity of these compounds: investigation, commercial market, applications and controls. In particular, the work is focused to discuss the hypothesis that organophosphorous causes neurological diseases, i.e., the amyotrophic lateral sclerosis (ALS).

**Keywords:** organophosphorous, bioethical, neurotoxicity, amyotrophic lateral sclerosis

## Resumen

En este trabajo se plantean problemas éticos en distintos ámbitos sobre el uso y aplicación de los plaguicidas organofosforados, en relación con su carácter neurotóxico: investigación, comercialización, aplicación, asistencia sanitaria, y control. En particular se incide en la hipótesis de que estas sustancias son causantes de enfermedades neurológicas como puede ser la esclerosis lateral amiotrófica (ELA).

**Palabras clave:** organofosforados, bioética, neurotóxicos, esclerosis lateral amiotrófica.

## 1. Introducción

Los llamados *compuestos organofosforados* son sustancias de síntesis usadas frecuentemente como plaguicidas, que presentan fórmulas derivadas del grupo químico fosfato muy afines a la de sustancias constituyentes de algunos órganos de animales. Por su carácter *biocida*, con ellos se prepara gran diversidad de productos comerciales que abarcan también un gran número de aplicaciones diferentes, a pesar de que es bien conocido que estas sustancias son *neurotóxicas* (Carod, 2002; Glyn, 2000; Jokanovic, 2001; Preve, 2006; Soheir, 2002; Vasilesku, 1997). Su uso mayoritario es el agrícola, e implica generalmente la dilución en agua de un producto manufacturado comercial, el cual se presenta concentrado en un medio disolvente orgánico suficientemente miscible en agua, hasta la proporción recomendada por el fabricante. Posteriormente se aplica sobre las superficies de los sustratos a tratar, siguiendo protocolos que pretenden minimizar sus riesgos sobre la salud de las personas y de otros animales. No obstante, la falta de mecanismos de control o, simplemente, de la información necesaria, generan dudas éticas entorno a su fabricación, comercialización y aplicación diversificada en multitud de usos, ya bien sea como plaguicidas, medicinas en granjas, o como

insecticidas de hogar, por ejemplo. Estas dudas son fundamentalmente de naturaleza científica y, en particular, bioética, en tanto que su presencia contaminante en el medio ambiente pone en riesgo al ser humano, ya que el individuo puede ser sujeto pasivo e ignorante del nivel de contaminación en su entorno cotidiano. Pero también, estas sustancias, cuyo uso como insecticida es aparentemente de gran utilidad, están bajo la sospecha de ser causantes de algunas enfermedades crónicas, que actualmente están consideradas como *enfermedades raras del sistema nervioso*. Una de ellas es la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) o enfermedad de las neuronas motoras, y ésta no es la única correlación posible si comparamos los síntomas de las personas intoxicadas accidentalmente con las personas aquejadas por algunas enfermedades neuronales.

En síntesis, se puede afirmar que los principios activos de los plaguicidas organofosforados son sustancias neurotóxicas muy peligrosas para la salud humana. Esto plantea problemas éticos en diversos entornos:

- 1) Atención Sanitaria: Causan frecuentes intoxicaciones laborales en algunos determinados países, y son sustancias sospechosas de causar enfermedades neurológicas crónicas por contaminación incontrolada.
- 2) Investigación: Su uso en la preparación de armas biológicas pone en evidencia el conflicto que supone la divulgación de conocimientos sobre estas sustancias.
- 3) Fabricación y comercialización: El control de estas sustancias, desde su fabricación hasta sus diversas aplicaciones, queda dificultada por el hecho del gran número de marcas y nombres comerciales con los que se conoce en el mercado a cada uno de los compuestos organofosforados, lo que genera confusión para el usuario y descontrol sobre su presencia medioambiental.

4) Aplicación: Los criterios de posología y de publicidad de las normas de aplicación son discutibles ya que no pueden asegurar que se tenga en cuenta el fenómeno de la acumulación en sustratos.

5) Control legal: La elaboración de normas en torno a estas sustancias, y su propio seguimiento, se difuminan en sociedades desinformadas, desinteresadas o sin estructuras adecuadas.

En este trabajo se pretende llamar la atención sobre ejemplos concretos que requieren un análisis ético multidisciplinar.

## 2. Fútbol, césped y esclerosis lateral amiotrófica

Una enfermedad *neurodegenerativa* de las consideradas actualmente como incurables es la *Esclerosis Lateral Amiotrófica* (ELA). Es una enfermedad muy cruel porque no existe ningún fármaco para evitar la paulatina degeneración *neuromuscular* del paciente. El enfermo constata diariamente como evoluciona irreversiblemente su motricidad, pasando por la dependencia total hasta llegar a extremos de imposibilidad para comer, hablar o respirar, como etapas conducentes en pocos años a su muerte.

Recientemente, la particular incidencia de esta enfermedad entre futbolistas (Vanacore, 2006) ha llamado la atención entre los seguidores de este deporte. Algunos medios de comunicación han insinuado que está relacionada con el dopaje sin presentar ninguna prueba, pero resulta difícil creerlo ya que hay muchas personas, incluyendo futbolistas con ELA que en su vida se han dopado. Este tipo de sospecha lo único que hace probablemente es generar incertidumbre sobre el origen de la propia enfermedad. Sin embargo hay una posibilidad mucho más creíble, puesto que los futbolistas enfermos tienen un lugar en común: el césped y, por tanto, comparten las consecuencias de los tratamientos para su cuidado.



Cómo hipótesis más probable es que los plaguicidas son los causantes ¿y porqué el césped resulta tan peligroso si es tan ornamental? El césped natural sobre el que entrenan, sudan, respiran y pisan los futbolistas tiene unas características muy peligrosas desde una perspectiva químico-física: La superficie real, la que ocupan todas las plantitas y el sustrato de estas gramíneas es mucho más grande que la aparente. O sea, que la superficie total sobre la que se adsorbe, por tanto, sobre la que se acumula los compuestos químicos utilizados en su mantenimiento, puede llegar a ser centenares o miles de veces la propia superficie geométrica que observamos en un campo de fútbol. Eso quiere decir que la cantidad de sustancias que pueden acumularse en un terreno de juego es potencialmente mucho más grande que el aconsejado por el suministrador y, más, teniendo en cuenta que las sustancias orgánicas utilizadas son de solubilidad limitada en agua, por lo que tienen tendencia a ser retenidas en el césped. En esas circunstancias pocos bichos tales como gusanos, hormigas, o escarabajos, se verán estropeando el hermoso césped. Pero de esta forma, las sustancias tóxicas pueden pasar fácilmente al ser humano por el simple contacto o por inhalación.

De acuerdo con datos de la OMS, se estima que unas 700.000 personas al año adquieren enfermedades crónicas por efecto de sustancias químicas sintéticas usadas como plaguicidas, preferentemente en países con grandes explotaciones agrícolas en latifundios. Sin embargo, en los medios de comunicación no se publica la información de forma explicativa y, menos, en estos países. Probablemente, por razones de difícil justificación moral sustanciales al propio mercado, ya que en adición se da el hecho que también estas mismas sustancias son de utilidad en otros sectores económicos tales como fármacos, insecticidas del hogar, productos sanitarios de limpieza, o cualquier otra aplicación química en cualquier sector industrial o militar en el que sea rentable

económicamente, sin tener necesariamente en cuenta sus implicaciones bioéticas por su incidencia medioambiental y efectos sobre la salud humana.

Por tanto, el contacto de los futbolistas enfermos de E.L.A. con los *compuestos organofosforados* queda confirmado ya que estos plaguicidas son usados ampliamente en el cuidado de céspedes naturales. Es probable que ese tipo de sustancias sean las causantes de esta terrible enfermedad. Se trata de una hipótesis creíble, más que la del dopaje. Pero ¿cómo se explica que otras personas adquieran la enfermedad sin ser futbolistas, jardineros, tenistas, golfistas, ni retozar habitualmente sobre el hermoso césped?

La respuesta a esta pregunta la podemos encontrar viendo la composición de los productos *biocidas* que hay guardados en las casas, en las granjas o en los lugares de trabajo., y en particular en los ambientes próximos a los enfermos de ELA, o en los que han estado antes de contraer la enfermedad: *antipiojos, acaricidas, fungicidas, antitermitas, antihormigas, antigrillos, anticaracoles*, etc..., la mayor parte de estos productos contienen algún *organofosforado* .

Cierto es que, como ocurre con otras sustancias peligrosas, hay mucha literatura especializada y existen abundantes protocolos de uso que recomiendan los fabricantes y comerciantes de un determinado producto, pero todas esas informaciones son fácilmente ignoradas por el último usuario: el futbolista, el granjero que cuida sus animales, el ama de casa que cuida sus plantas, el jardinero que ignora la historia previa del jardín, el agricultor que necesita buen rendimiento de la tierra, el consumidor de un alimento contaminado, etc. o, lo que es peor, la persona que inocentemente tiene la mala suerte de acumular en su organismo por varias vías este tipo de sustancias *neurotóxicas*, envenenándose poco a poco sin tener constancia de ello, hasta que lentamente va apareciendo la ELA (u otra enfermedad del sistema nervioso), porque en alguna parte de

su sistema *nervioso* se han ido anclando químicamente y de forma sigilosa este tipo de sustancias.

Sí, de lo expuesto, resulta más creíble que la causa del ELA desarrollada por muchos futbolistas sea una intoxicación por numerosas pequeñas dosis de los compuestos *organofosforados* presentes en el césped que por el sospechoso dopaje. De hecho, las intoxicaciones severas y rápidas por causa de estos plaguicidas (Pose, 2000) causan síntomas clínicos similares al ELA, pero con una diferencia: existe constancia de la propia intoxicación del sujeto y a veces hay tiempo de suministrar antídotos, antes que la fijación en el sistema *neuromotor* y su efecto sea totalmente irreversible. De todas formas, un porcentaje significativo de los intoxicados por *organofosforados* en accidente laboral en las plantaciones agrícolas también mueren frecuentemente con cuadros clínicos similares al caso de los pacientes de ELA ¿Será casualidad?

### 3. Conclusiones

Obviamente, no hay una correspondencia biunívoca entre síntomas médicos y las causas de una enfermedad. Aunque el paciente con una intoxicación severa por organofosfatos presenta síntomas similares a los enfermos de ELA, actualmente no existen pruebas irrefutables sobre la hipótesis planteada, como tampoco se aceptaron en su día, de forma concluyente y generalizada, las relaciones causa-efecto entre los asbestos de la *uralita* o de la manipulación de laboral de materiales radiactivos con los respectivos trastornos de salud que hoy en día la experiencia práctica ha confirmado.

Una conclusión general, a la que se llega fácilmente, es que es necesaria una mayor inversión de recursos en investigaciones biomédicas sobre los efectos neurotóxicos que causan los compuestos organofosforados al ser humano. Si embargo, ésta es una conclusión que también plantea importantes problemas bioéticos y que

conlleva también innumerables decisiones que requerirán un difícil análisis interdisciplinar. Está claro que la investigación científica permite fundamentar las decisiones en ámbitos de la empresa, en el mercado, en la asistencia sanitaria, en las disposiciones legales, etc., pero dado que, por una parte, el consumo de los compuestos organofosforados también es con fines bélicos y que, por otra, la moral del mercado se basa en el beneficio económico, resulta impredecible analizar el uso o aplicación que se puede dar al conocimiento que se adquiriera con la investigación científica sobre organofosforados. Por ejemplo, investigando las diferencias moleculares entre compuestos organofosforados de distinto grado de peligrosidad para el ser humano, se llega también a la conclusión de qué nuevos compuestos deben ser sintetizados para la fabricación de armas químicas más eficaces.

Otra conclusión directa es que hace falta generar unas “reglas para el control del mercado” que modifiquen la actual “moral de mercado” de este sistema económico *globalizado*. Pero esto, aún pudiéndose desarrollar con grandes dificultades, es previsible que genere un sinnúmero de conflictos concretos en el espacio y el tiempo, cuyo análisis bioético quizás sea el inicio de su resolución. En todo caso, el riesgo que corre esta civilización frente a estos neurotóxicos es probablemente mayor al que el Imperio Romano tuvo con el uso de utensilios de cocina de materiales a base de plomo. Si no se controla bien el uso de estos neurotóxicos las consecuencias pueden ser impredecibles pues el desarrollo humano depende en gran medida del buen funcionamiento del sistema nervioso de las personas.

Quizás la vía de resolución de los problemas comentados requiera de un reconocimiento previo de las partes involucradas en el negocio y aplicación de los organofosforados, incluyendo a las personas que actualmente están en riesgo de ser afectadas y lo ignoran. La deliberación sobre cada conflicto particular sería el siguiente

paso ¿pero quién puede convencer a las grandes empresas y a sus dirigentes para ir por esa vía?

## BIBLIOGRAFÍA

Amer, S.M.; Fahmy, M.A.; Aly, F.A.E.; Farghaly, A.A. (2002). "Cytogenetic studies on the effect of feeding mice with stored wheat grains treated with malathion", *Mutation Research*, Vol. 513, pp. 1–10.

Carod Benedico, E. (2002). "Insecticidas organofosforados. De la guerra química al riesgo laboral y doméstico", *Medifam*, Vol.12, pp. 333-340.

Glynn, P. (2000), "Neural development and neurodegeneration: two faces of Neuropathy Target Esteras", *Progress in Neurobiology* Vol. 61, pp. 61-74.

Jokanovic, M. (2001). "Biotransformation of organophosphorus compounds", *Toxicology*, Vol. 166, pp. 139–160.

Pose, D.; De Ben, S.; Delfino, N.; Burger, M. (2000). "Intoxicación aguda por organofosforados. Factores de riesgo", *Rev. Med. Uruguay*, Vol. 16, pp.5-13.

Preve da Silva, A.; Meotti, F. C.; Santos, A.R.S.; Farina, M. (2006). "Lactational exposure to malathion inhibits brain acetylcholinesterase in mice", *NeuroToxicology*, Vol. 27, pp. 1101–1105.

Vanacore, N.; Binazzi, A.; Bottazzi, M.; Belli, S. (2006). "Amyotrophic lateral sclerosis in an Italian professional soccer player"; *Parkinsonism and Related Disorders*, Vol. 12, pp. 327–329.

Vasilescu, M. N.; Medvedovici, A. V. (2005). "Pesticides", en Worsfold, P.; Townshend, A.; Poole, C. (eds.) *Encyclopedia of Analytical Science*, Oxford: Elsevier, pp. 55-72.

# **Reconocimiento médico-enfermo:**

## **El gozne ético de la narrativa**

Joan-Bta. Campos Cruaños,

Médico del SAMU (Servei d'Ajuda Mèdica Urgent) de Castellón

### **Resumen**

La relación médico-enfermo constituye el acto central de la clínica y el escenario principal de la medicina. Dicha relación se basa en un convenio (o “contrato”) que obliga al médico a ser competente y a estar al servicio del bienestar del paciente. Diversos factores históricos han amenazado esa relación contribuyendo a crear una distorsión de la responsabilidad del médico como dispensador de cuidados, de ayuda y de apoyo frente al paciente.

Mi propuesta radica en revalorizar el papel del diálogo como agente mediador, ya que es el tipo de interacción comunicativa que permite convertir tal encuentro en verdadera amistad terapéutica.

Relación médico-enfermo, diálogo.

### **Abstract**

The physician-patient relationship forms the central act and the principal scenario of medicine. This relationship is based in a stipulation (or “contract”) which obliges the physician to be competent and at the service of the patient’s well-being. Various historical factors have threatened this relationship in creating a distortion of the medical responsibilities of dispensing care, help and assistance to the patient.

My proposition founds itself upon reevaluating the role of dialogue as a mediating agent since it is the type of interacting communication which permits to convert this encounter in a true therapeutic friendship.

Physician-patient relationship, dialogue.

## 1. La relación médico-enfermo: momentos para el reconocimiento.

En el lenguaje cotidiano, el término “reconocimiento” se usa para “identificar”, operación que se vincula a la identificación de un objeto o, en nuestra reflexión, de una o más personas (relación médico-enfermo). Para el mismo término, el diccionario también recoge la voz de “gratitud” (DRAEL, 2001).

En la primera parte seguiremos aspectos del itinerario propuesto por Paul Ricoeur en su libro Caminos del reconocimiento: tres estudios (RICOEUR, 2005). El propósito no es otro que el de intentar descubrir alguna coherencia conceptual que nos pueda servir como hilo conductor de nuestra reflexión.

Reconocer algo o a alguien equivale a identificarlo, es decir, a captar su identidad, mediante la operación de la identificación. Entre reconocer y conocer, no parece haber aquí una diferencia substancial, sino tan solo acaso de tiempo, o de grado.

En un segundo momento, toma protagonismo la voz activa del verbo, es decir aquella que sigue el camino desde el reconocer hacia el reconocerse a sí mismo, operación en la que el sujeto debe definirse como protagonista de la acción, como agente, al tiempo que debe ser susceptible de su responsabilidad. Reconocimiento de sí que se caracteriza por la capacidad de habla, la capacidad de actuar y la identidad narrativa.

La relación médico-enfermo es aquel acto comunicativo que se establece entre dos personas que se reconocen recíprocamente en sus atributos, sobre la base de la demanda de una (el paciente) que requiere de la otra (el médico) para que éste le devuelva (le restaure) la salud perdida, aliviando su padecimiento y previniendo la enfermedad. Dicha relación se fundamenta en las expectativas que el enfermo deposita en el médico, a través de un acuerdo tácito que vincula al prestador de servicios (el profesional médico o asistencial) y aquel que solicita asistencia (el paciente).

En un principio cabría pensar que en la relación asistencial se da un poder asimétrico entre el profesional y el paciente. Pero la asimetría trabaja en dos direcciones, pues si bien es cierto que el profesional sabe más acerca de algunas cosas, también es verdad que inicialmente ignora muchas otras cosas del paciente (sus creencias, valores, datos biográficos, etc.). Poder que queda supeditado al respeto a la intimidad y a la presunción de honestidad, de confianza y de confidencialidad mutuas.

Algunos valores hacen que esta relación adquiera una posición hegemónica en el ejercicio de la medicina. La defensa de la intimidad, por ejemplo, que es el valor sagrado en el que se sustenta la autonomía y la dignidad del ser humano. Defensa que

trasciende al prójimo, pues la intimidad del enfermo se salvaguarda frente al Estado, frente a la sociedad y las instituciones, con el único límite de la preservación de la Salud Pública.

En el marco de la ética asistencial, la experiencia de la vulnerabilidad y la dependencia que acarrea, es combatida a través del compromiso del médico con la profesión y la toma de decisiones bien fundadas y en beneficio del usuario, sin violar su autonomía.

Por otro lado, la confidencialidad obliga a la custodia y a la no-divulgación de los datos íntimos que se desprenden del acto médico. Sin embargo, no se trata de un valor absoluto, pues aunque dicha relación se fundamenta en la veracidad, la fidelidad y la lealtad, no es menos cierto que también se encuentra sujeta a Leyes-derechos de terceras personas.

A pesar de los avances de la ciencia médica y los logros en el mejor interés del paciente, en la reflexión ética de la praxis asistencial no dejan de surgir viejas preguntas ¿Por qué si la medicina ha alcanzado un desarrollo inusitado, es necesario volver a hablar del tema de la relación médico-enfermo?, ¿existe alguna afectación, positiva o negativa, entre el grado de desarrollo científico y la calidad en la atención integral del enfermo, o no?

No cabe duda que la relación médico-enfermo ha ido cambiando en función de la sociedad y las normas morales imperantes en cada época. Los siguientes factores se encuentran involucrados en ese cambio:

- Los avances tecnológicos de la medicina.
- La súper especialización profesional y la visión fragmentada del individuo que esta provoca.
- La necesidad de realizar un trabajo en equipo.



- La socialización de la medicina.
- Los riesgos de la masificación asistencial.
- Los grandes desequilibrios socioculturales y económicos en la población.
- Los flujos migratorios a grandes ciudades.
- La implementación de nuevos modelos de gestión (medicina gestionada) y el predominio de un modelo hospitalario de alta tecnología, que adolece, en general, de una aproximación a las necesidades socio-sanitarias del paciente.

### 1.1. De la crisis de la Modernidad a la crisis en la relación médico-enfermo.

Pese a que la relación médico-enfermo sigue siendo el escenario fundamental donde acontece el acto médico y, en definitiva, el sustento de la praxis médica, los cambios históricos han determinado que fuerzas económicas, sociales, políticas, tecnológicas y culturales diversas, hayan distorsionado ese fundamento esencial de la medicina.

La “crisis” de la Modernidad se dio en un periodo histórico que abarca desde los siglos XV al XIX (del Renacimiento al Positivismo), caracterizado por grandes transformaciones de la vida social. Dichas transformaciones tuvieron tres consecuencias fundamentales: la secularización de la vida civil, el poder del desarrollo científico-técnico y la transformación política de los Estados que desembocó en la revolución industrial.

A finales del XIX, Marx y Engels ya denunciaron abiertamente los efectos de la industrialización sobre las condiciones de vida en las grandes urbes. En esa época se practicaba una medicina para ricos y otra para pobres y la atención médica era del tipo de beneficencia, en la que el individuo, en no pocas ocasiones, era atendido a cambio de “prestar” su cuerpo (vivo o muerto) al servicio de la clínica (al servicio de la ciencia).

En la mente de los clínicos ilustrados franceses, la “comprensión” de la enfermedad derivaba de la anatomía patológica, a través de los estudios en cadáveres de los tejidos necróticos. La enfermedad era considerada como la consecuencia de los trastornos fisiológicos de los tejidos que alteraban los órganos. La base de la enfermedad no estaba en el ser humano sino en sus órganos y, por lo tanto, era a ellos donde se debía dirigir la actividad médica. Tanto es así que Michel Foucault al hablar de esta época llegará a decir que: “el individuo carecía de la condición de sujeto, porque se le convertía en objeto, a lo sumo en órgano” (FOUCAULT, 1989).

Por lo tanto, en el nuevo giro relacional se produce una actitud que minusvalora y degrada al paciente a la condición de objeto, generando un trato desigual que deshumaniza la interacción. Deshumanización que aquí hay que entenderla como sinónimo de despersonalización. Dicha despersonalización se ha venido explicando como el producto de las transformaciones políticas, económicas, culturales y tecnológicas que, fundamentándose en posturas racionalistas, estimulan actitudes utilitaristas y de eficiencia, las cuales reducen la relación a una mera interacción técnica instrumental que ha perturbado el lenguaje de la comunicación, generando cambios radicales en la interacción médico-paciente.

## 1.2. Cambios en la relación médico-paciente.

Las últimas décadas del siglo XX nos depararon el nacimiento de un nuevo modelo de paciente, con unas necesidades, unos derechos y unas obligaciones también nuevas. El usuario de la atención sanitaria del siglo XXI, sin dejar su condición de paciente, ha pasado a ser un “cliente” del sistema. Los profesionales de la salud trabajan para una “institución” y ahora son “prestadores de servicios”. Los cambios en la relación se regulan ahora por leyes y normas, derechos y deberes, que generan

“tensiones” iatrogénicas en sí mismas como la masificación, la exclusión, la limitación del gasto sanitario, la demora en la prestación de servicios, el burn out, la degradación del rol profesional, etc.

Ante este panorama convulso y incierto, ¿cuál sería el desafío pendiente de la ética asistencial?, ¿qué podría aportar la ética narrativa a la relación médico-paciente?

## 2. El diálogo como factor mediador en la relación médico-paciente.

La relación médico-enfermo constituye el acto central de la actividad clínica y el escenario principal de la medicina. El acto médico se basa en un convenio (o “contrato”) que obliga al médico a ser competente y a estar al servicio del bienestar del paciente. Este convenio se encuentra amenazado entre otros factores por la creciente legitimación de intereses particulares (lo que se ha venido en llamar la judicialización de la medicina), circunstancia que contribuye a crear una distorsión de la responsabilidad del médico como dispensador de cuidados, de ayuda y de apoyo frente al paciente.

### 2.1. El momento del encuentro.

El rasgo esencial de la relación es el encuentro (entre el que busca ayuda y el que puede proporcionarla). El encuentro médico-enfermo implica una interacción comunicativa que facilita el proceso diagnóstico y terapéutico, y promueve el enriquecimiento y desarrollo humano de los interlocutores. En dicha relación, no se da sólo una transferencia de información, sino que se produce una recíproca y fructífera interacción personal de la que surge una “amistad” en el sentido cristiano —proximidad: amor desinteresado por el otro; y confianza: infundir en el otro lo que es más íntimo, lo “propio”(LAÍN, 1983).

Mi propuesta radica en revalorizar el diálogo como agente mediador de la relación, ya que entiendo que el tipo de interacción comunicativa que permite convertir tal encuentro en una verdadera amistad terapéutica no es otro que el diálogo.

El diálogo es una interacción creativa que se da en el transcurso de la relación médico-enfermo, de la cual surgen emociones, pensamientos y se generan nuevas actitudes.

En la relación profesional con el enfermo, el diálogo no solo fomenta un ambiente de confianza, sino que facilita, como instrumento comunicativo esencial, la búsqueda diagnóstica y terapéutica, haciendo que la relación no se limite sólo a lo meramente técnico o instrumental, sino que a la vez le asigna su fundamental categoría humana.

## 2.2. Diálogo. Una definición.

Del latín *dialogus*, de *día*: por medio de, y *logos*: palabra, conocimiento. En nuestro caso, el diálogo es una conversación en la cual, en un ambiente amistoso, el profesional de la salud y el paciente construyen, a partir de sus propios pensamientos, nuevas ideas que les permiten llegar a acuerdos.

No se trata por tanto de discutir, ya que en la discusión se da un intercambio de ideas, y se debaten razones o argumentos; tareas estas que son propias del análisis y de la interpretación de resultados. Y, si es bien cierto que toda discusión se da idealmente mediante diálogos, no todo diálogo es una discusión.

En el diálogo se da un encuentro comunicativo significativo, profundo, íntimo, ecuánime, revelador, espontáneo y dotado de sentido. Surge un aprendizaje que se basa en la alteridad y la reciprocidad, hecho que podríamos asimilarlo a la comunión. “En el diálogo surge una estimulación recíproca de la producción de ideas, y una construcción

artística de la comunicación” (GADAMER, 1984). Y es precisamente en esa libertad de preguntar y de responder donde se fragua una relación de comprensión que, a mi entender, lleva a la fusión de horizontes morales.

### 2.3. Dialogo y narratividad: el gozne ético.

En el diálogo médico-enfermo se da una conversación auténtica. Entramos y nos enredamos en ella. Interpretamos historias, biografías. Llegamos a acuerdos, porque se atiende al otro con esa voluntad premeditada. Celebramos un acto de sintonía (de comunión, si se me permite), en el que nos aceptamos como interlocutores válidos y estamos dispuestos a hacer valer en si mismo lo extraño y lo diverso recíprocamente. No se trata aquí de imponerse o de vencer al otro. Nada más lejos del horizonte moral de la relación. Se trata de buscar, a través del diálogo enriquecedor, un sentido ético, la construcción en compañía de un camino que esclarezca el conocimiento.

Se busca que el otro encuentre sus propias respuestas (a su demanda de ayuda). No se trata de responder al otro, sino de iluminar el camino hacia las propias verdades, de “ayudar a dar a luz” en ese “caos”, en esa ausencia de luz que es la enfermedad.

En el escenario de la clínica asistencial, el diálogo permite el abordaje y la búsqueda de soluciones al problema de salud planteado, el paciente analiza aspectos de su vida (sus hábitos, sus costumbres) los hechos biográficos que influyen en su salud, y el médico aprende de las diversas facetas de la condición humana, fortalece su tolerancia, su comprensión y su asertividad.

El diálogo es un encuentro entre dos personas que se perciben, aceptan y confirman; en el que se produce una mutua inclusión del otro; es un proceso generador de ideas y de afectos, de nuevas búsquedas que dan sentido a la vida.

La interpretación del sufrimiento del enfermo, por ejemplo, pone de manifiesto la importancia en la actuación médica de los aspectos narrativos además de los técnicos.

La narración nos permite intentar representar o reconstruir el relato de una vida argumentalmente dotándola de sentido (CRUZ, 2000). Las historias que surgen del diálogo no sólo proporcionan instrucción y consuelo; también otorgan sentido al pasado y ofrecen modelos a seguir en el futuro.

Sin embargo, ese camino no está exento de obstáculos. En el dialogo hay que aprender a buscar preguntando. Y eso requiere un esfuerzo, una praxis. Aquí preguntar se vislumbra una tarea más difícil que responder, porque la pregunta genera un conflicto ya que opone el sí al no. La pregunta es más un “padecer” que un hacer, por eso, quizás hay médicos que nunca suelen hacer preguntas.

#### 2.4. El hecho biográfico de la dependencia: redes solidarias y gratitud recíproca.

El ser humano no es sólo un animal que cuenta historias. La relación médico-enfermo se encuentra ligada al reconocimiento de la dependencia y aunque la filosofía moral apenas ha tratado la enfermedad como característica esencial del ser humano, (MACINTYRE, 1999), no es menos cierto que nuestros cuerpos crean redes de dependencia, solidarias, frente a la enfermedad y el sufrimiento, frente a la experiencia del dolor. Se trata de generar una “red de relaciones de reciprocidad” en la que, generalmente, lo que cada uno puede dar depende en parte lo que ha recibido. Y ahora se comprende el verdadero sentido del intercambio de dones que se da en la relación entre el médico y el enfermo. Pues, quien ha recibido un don, desea mostrar su “gratitud” al otro, voz que, por otro lado, es una de las acepciones que registra el diccionario del término “reconocimiento”.

En ese humus narrativo, universal, que se da en el diálogo médico-enfermo radica precisamente esa tradición filosófica iniciada por Zubiri y proseguida por José Luis Aranguren que entiende que es imposible dar razón del fenómeno moral sin preguntarse por el modo de estar del ser en el mundo, que, moralmente, se traduce “en el modo en que el ser humano “se hace cargo” de la realidad, “carga” con ella y “se encarga” de ella para que sea como debe ser” (CORTINA, 1966: 79-93). Y, es en ese escenario donde la relación dialógica no solo detecta y alivia el dolor presente, sino que debe abordar el “sufrimiento” biográfico del paciente y sus cuidados futuros, para hacerse cargo del hoy, cargar con el ayer y encargarse del mañana.

## BIBLIOGRAFÍA

- Cortina, Adela (1966). *El quehacer ético*. Madrid: Santillana, pp.79-93.
- Cruz, Manuel. (2000): «Tiempo de narratividad (el sujeto, entre la memoria y el proyecto)», en *Anàlisi* 25, pp. 23-40.
- DRAEL (2001). Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua. Madrid: Espasa. Tomo II, p. 1916.
- Foucault, Michel (1989). *El nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI editores, 1989. p. 270.
- Gadamer, Hans-Georg (1984). *Verdad y Método*. Salamanca: Sígueme. pp. 242
- Laín Entralgo, Pedro (1983). *La relación-médico-enfermo, historia y teoría*. Madrid: Alianza editorial, pp. 104-119.
- MacIntyre, Alasdair (2001). *Animales racionales y dependientes. Por qué los seres humanos necesitamos las virtudes*. Barcelona: Paidós, pp. 10-20.
- Ricouer, Paul (2005). *Caminos del reconocimiento: tres estudios*, Madrid: Trotta.

# LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO EN EL CUADRO DE LAS RELACIONES INTERHUMANAS SEGÚN P. LAÍN ENTRALGO

Francisco Roger Garzón

Universidad de Valencia

**Resumen:** El encuentro entre un médico y un enfermo y la consiguiente relación que se establece entre ellos es de sumo interés para ambos, para la sociedad y para la organización sanitaria a que pertenecen. Las relaciones que pueden establecerse entre los dos son variadísimas. Pedro Laín Entralgo historiador de la medicina y filósofo en su libro *La relación médico-enfermo. Historia y teoría* (1964), estudia en profundidad esta relación que puede adoptar infinitas formas pero destacando dos: La relación objetivante y la relación interpersonal.

El análisis de estas relaciones se hace necesario, destacando los conceptos de persona, la objetivación o cosificación de la persona, la historia de esta relación, la estructura interna de esta relación.

Bioética, La relación médico-enfermo, Pedro Laín Entralgo.

**Abstract:** Relationships between patient and doctor as a part of inter-human relationships. Between a doctor and a patient there is always established a particular relationship. It's important not only for the subjects, but for Wellness System and Society in general. When a doctor and a patient recognize themselves as two persons, then it's possible speak of inter-human relationships. The famous Philosopher and Teacher of History of Medicine, Pedro Laín Entralgo, used all these theories and condensed them in his book, *La relación médico-enfermo. Historia y teoría* (1964).

Here, I'm going to analyze these concepts, based on the main concept of "person" (which never can be considered as a thing, despite it has happened), the history of this relationship and its internal structure. Next to these distinction, we make a study of its applications in Sanitary Technics. Also will be necessary a clarification of the authentic essence of these relations to make a difference among it and other "false friends".

Bioethics, Relationships between patient and doctor, Pedro Laín Entralgo.

## 1. Introducción.

La relación que establecen un médico y un enfermo ha sido estudiada en profundidad por Pedro Laín Entralgo en su libro *La relación médico-enfermo. Historia y teoría* (1964), publicado en la Editorial Revista de Occidente.

Esta relación es de extrema importancia, ésta es la razón por la cual Pedro Laín le dedica un profundo y minucioso estudio.

Constituyen los libros de Pedro Laín Entralgo *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico* (1950), *La espera y la esperanza. Historia y teoría del esperar humano* (1956), *Teoría y realidad del otro* (1961), *La relación médico-enfermo*.



*Historia y teoría* (1964), *Sobre la amistad* (1972), *El diagnóstico médico. Historia y teoría* (1982), *Antropología médica para clínicos* (1986) sus libros mayores. En ellos el método empleado por el autor es hacer primero la historia del tema en cuestión y después realizar la teoría sobre el mismo.

En este libro de *La relación médico-enfermo* analiza nuestro autor los siguientes aspectos: La relación médica en la Grecia clásica; El cristianismo y la relación médica; La relación médica en la sociedad moderna secularizada; Teoría de la relación entre el médico y el enfermo; La relación médica en el cuadro de las relaciones interhumanas; Los motivos determinantes de la relación médica; La comunicación entre el médico y el enfermo; El momento afectivo de la relación médica; El momento cognoscitivo de la relación médica; El momento operativo de la relación médica; El momento ético-religioso de la relación médica; Consistencia social de la relación médica.

Había publicado anteriormente *La amistad entre el médico y el enfermo en la medicina hipocrática* (1962). Pero es también en el año 1964 cuando nuestro autor hace su discurso de ingreso en la Real Academia de la Historia con *La amistad entre el médico y el enfermo en la Edad Media*.

El fundamento antropológico sobre el que descansa el encuentro terapéutico lo hace Pedro Laín en su libro *Teoría y realidad del otro* (1961). En esta obra estudia el encuentro interpersonal en profundidad.

## 2. La relación médica en el cuadro de las relaciones interhumanas.

La relación entre un médico y un enfermo, señala rotundamente Pedro Laín, es la relación que vincula mutuamente a dos hombres.

Esta relación está por encima del hecho que uno sea médico y el otro enfermo, y afirmará nuestro historiador de la medicina que: “El más grave error de quien aspire a describir recta e integralmente la consistencia de la relación médico-enfermo sería el de olvidar o desconocer lo que en páginas anteriores llamé su “fundamento genérico”; a saber, el hecho de que en ella se articulan más o menos eficaz y armoniosamente el menester de un hombre y la capacidad de otro hombre para remediar ese menester. Antes que tal estado de enfermedad, el estado de enfermedad es una forma particular y accidental de la indigencia del ser humano; antes que técnica diagnóstica y terapéutica, la medicina — quiero decir, la condición de médico — es un modo peculiar y adquirido de la humana posibilidad de ayudar al semejante menesteroso. Genéricamente considerada, la relación médica es una relación interhumana y una relación de ayuda”.

### 3. Formas de relación médico-enfermo.

Las formas de poder relacionarse los dos hombres que la integran son muchas, pudiendo oscilar entre la amistad a la agresión y pasar por diferentes grados intermedios como son la indiferencia, el desdén, el menosprecio,...

Esta relación podría clasificarse por la intención, la forma y el contenido. Pedro Laín considera que todas las posibilidades de relación médica podrían encuadrarse en dos: la relación objetivante y la relación interpersonal.

### 4. La relación objetivante.

Define Pedro Laín la relación objetivante como: “aquella en que uno de los dos hombres que la integran intenta convertir al otro en puro objeto; y a mayor abundamiento, cuando son los dos quienes mutuamente se tratan con tal intención.

Intencional e hipotéticamente, el otro queda entonces reducido a ser cosa, realidad exterior carente de libertad personal y de fines propios”.

Ejemplos importantes de relación objetivante son los señalados por Hegel con la relación siervo-señor y el de Jean Paul Sartre con el encuentro a través de la mirada objetivante.

El encuentro o la relación objetivante busca convertir al otro en objeto de contemplación o espectáculo o en un objeto de manejo o instrumento.

El otro como objeto de contemplación ofrece a mis fines fruición estética, curiosidad científica, interés profesional, menosprecio...

El otro como instrumento se da cuando le modifico artificialmente al servicio de mis propios fines.

Al otro le puedo contemplar con amor o con odio y puede ser instrumentalizado también con amor o con odio.

En la clasificación de formas de amor, según Laín, estas formas de relación objetivante serían de amor distante y odio distante.

## 5. La relación interpersonal.

La relación interpersonal es aquella que se establece entre dos hombres cuando se tratan mutuamente como personas.

Laín afirma tajante que: “El hombre es por esencia persona. Ser persona existente es la esencia del hombre”.

Señala nuestro autor las definiciones de persona que le agradan como son las de Boecio, Kant, Zubiri. Para Boecio la persona es una sustancia individual de naturaleza racional; Kant defiende que la persona es un sujeto dotado de fines propios;

Zubiri define a la persona como un ser vivo e inteligente con sustantividad de propiedad.

Añade Laín que: “Uno es persona en cuanto ejecuta actos inteligentes, libres y propios. Lo cual equivale a decir que la actividad constitutiva y definidora de la relación interpersonal será la coejecución de los actos en que y con que el que el otro ejecuta”. Por tanto la relación interpersonal se dará cuando: “Él y yo nos consideremos y tratemos como seres a cuya realidad individual pertenecen la vida, la intimidad, la inteligencia, la libertad y la capacidad de apropiación”. Será ésta una relación de convivencia entre las dos personas que se realizará mediante una coejecución de actos, hacer algo en común. También podrá ser una convivencia amorosa o una convivencia odiosa.

#### 6. La relación médico-enfermo.

La relación médico-enfermo ha sido a todo lo largo de la historia una relación objetivante. El médico ha considerado al enfermo un objeto, una cosa de estudio. Pedro Laín escribe al respecto que: “Así ha venido concibiéndola la patología de Occidente, desde Alcmeón de Crotona hasta nuestro siglo. Según ella, el enfermo ha de ser para el médico puro objeto de contemplación cognoscitiva (a la postre, espectáculo, en el sentido más amplio y noble de esta palabra) y puro objeto de manipulación terapéutica (en definitiva, instrumento de la acción sanadora que el terapeuta ejecuta). El paciente debe ser, en principio, lo que la planta individual es para el botánico que la identifica y lo que es el motor averiado para el ingeniero que lo repara, objeto contemplable en un caso y objeto manejable en el otro; y cuanto en la práctica del diagnóstico y del tratamiento haya de apartarse de estos esquemas será, a lo sumo, concesión táctica y

resignada --- no científica y no técnica --- a la nunca bien dominable realidad del mundo exterior”. (LAÍN, 1964, 238-239).

El enfermo es una persona por tanto su relación con el médico debería ser interpersonal. Debe ser interpersonal esta relación pero no total y exclusivamente interpersonal. El médico para ser buen médico tiene que necesariamente que “convertir en objeto contemplable el cuerpo del enfermo”.

Señala Pedro Laín que la relación interpersonal perfecta es la díada que es: “el “nosotros” de un yo y un tú amorosamente fundidos entre sí sin mutua confusión física”. Y ante los dos extremos de la relación objetivante y de la relación interpersonal apunta que existen dos relaciones o realidades intermedias: el dúo y la cuasi-díada.

El dúo es el conjunto de dos personas unidas entre sí para lograr una meta exterior a ellos, ejemplos serían el contrato mercantil o la camaradería.

La cuasi-díada es una relación de ayuda con tres tipos: el consejo, la educación y la asistencia médica.

La relación de consejo es la que una persona ayuda a otra para que tome una decisión, mostrándole un camino hacia el futuro y dejándole en libertad para que lo siga o no.

La educación es la actividad en la que el maestro ayuda al discípulo para que aprenda y adquiera un hábito mental. No puede realizarse la educación sin cierta “amistad pedagógica”.

La asistencia médica se da cuando un médico ayuda a un enfermo, y “trata de que éste adquiera un hábito psicosomático; no otra cosa es la salud”. La amistad del médico hacia el enfermo se halla a distancia de la amistad interpersonal.

Hay que distinguir la relación diádica de la pura amistad interpersonal de la relación cuasi-diádica de ayuda.

La relación diádica de pura amistad interpersonal es la que se da entre verdaderos amigos y entre amantes. Aquí la objetivación del otro es necesaria como medio pero lo más decisivo e importante es la coejecución unitiva, es un “nosotros” fundidos entre sí.

La relación cuasi-diádica de ayuda entre un médico y un enfermo, la coejecución es necesaria como medio y la objetivación del otro como contemplación o manejo instrumental es el fin de la relación.

Las actividades de aconsejar, enseñar y curar han de ser eficaces aplicando técnicas rigurosas.

Una conclusión para Pedro Laín es que dentro del cuadro de las relaciones interhumanas: “la relación médica es una cooperación cuasi-diádica de ayuda enderezada hacia el logro del hábito psicossomático que solemos llamar salud”.

## BIBLIOGRAFÍA

Laín Entralgo, Pedro. (1964). *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*. Madrid: Editorial Revista de Occidente.

# Reconocimiento y relaciones médico-paciente

## Necesidad de compatibilizar el reconocimiento de la persona con el reconocimiento de la ciencia

María Tardón Vigil

Universidad de Salamanca

**Resumen:** La comunicación analiza la importancia del reconocimiento de las personas en el marco de la salud. La tecnología avanza cada día más y esto hace que algunos agentes se sientan desprotegidos a la hora de tomar ciertas decisiones. En esta desprotección influyen los aspectos históricos referidos a los crímenes camuflados que violaron la integridad de las personas. Pero con el paso del tiempo y en paralelo a los derechos civiles han ido reconociéndose poco a poco los derechos de los pacientes. De ahí la importancia de los comités de ética que velan por su cumplimiento. Ya que no sólo se trata de tratamientos e investigaciones, sino también de normas y valores que eviten la instrumentalización y la discriminación de los pacientes y de los sujetos de investigación.

Reconocimiento, ética del discurso, derechos del paciente

**Abstract:** The communication analyzes the importance of people's recognition in the frame of the health. Technology advances every day and this makes agents feel unprotected when having to take certain decisions. Historical aspects referred to camouflaged crimes that violated the integrity of people influence this vulnerability. But patients' rights have been gradually recognized over time in parallel to civil laws. Therefore the importance of ethics committees which ensure its compliance. Furthermore, it's not only a question of treatment and research, but also about procedure rules and values in order to avoid the discrimination and instrumentalization of patients and subjects of an investigation.

El avance de las tecnologías genera nuevos cambios en la vida humana, y a la vez un sentimiento de desprotección. Cada vez cobra más importancia el diálogo entre médico y paciente con el fin de que ninguno se vea perjudicado, haciendo prevalecer para ello los valores personales. Una de las funciones de la UNESCO es la de proteger principios y procedimientos que sirvan de guía a los estados. Y el papel de la filosofía en lo que a derechos humanos se refiere, es el planteamiento y la clarificación de conceptos, de ahí la intención por destacar la importancia del concepto de reconocimiento y la presencia de un experto en filosofía moral capaz de colaborar dentro de la disciplinaria en la búsqueda de posibles soluciones a los problemas de los pacientes.

El principio de salud y el valor de autonomía se encuentran en continua relación. Existe el deber de proteger ambos, pero en ciertas ocasiones no resulta fácil compatibilizarlos; dependerá en parte de quién o qué domine la relación entre el médico y el paciente. Puesto que el médico cree poseer la técnica y los conocimientos que más convienen a su paciente, pudiendo caer en un modelo paternalista donde el profesional de la salud termina por convertirse, literalmente, en el tutor de su paciente. Ahora bien, tampoco pueden supeditarse las decisiones médicas a la pura autonomía del paciente ya que tanto las consultas como el debate entre los propios profesionales suponen un pilar fundamental en la búsqueda del bienestar del enfermo. Para ello, la mejor opción es guiarse por el modelo deliberativo, generando un diálogo en el que cada cual, también el paciente, exprese sus objetivos, determinando los valores y los tratamientos prioritarios que puedan llevar esos valores a cabo, analizándolos y juzgando detenidamente su utilidad. Lo ideal sería que se generara un reconocimiento entre uno y otro, de manera desinteresada en una relación recíproca. Reconocer al otro y dialogar con él es reflexionar sobre las creencias, tradiciones, religiones, costumbres, modos de vida, etc. que constituyen la vida del agente en su conjunto. Los descuidos del médico hacia las costumbres culturales del paciente podrían suponer un alejamiento entre ambos que no va a beneficiar su salud de ningún modo, ya que solamente se conseguiría un encerramiento del mismo en su propia enfermedad. No es necesario que cada médico se especialice en el conocimiento acerca de múltiples culturas, pero sí dotar al paciente de un reconocimiento en un respeto hacia su persona, y respetar a una persona implica también tolerar sus creencias, porque no se trata de la enfermedad, sino del enfermo que la somatiza. Cada paciente es único, y como tal exclusividad que posee, tiene derecho a ser reconocido en todos los aspectos. Me he referido al reconocimiento en lugar de al conocimiento porque se hace clara la presencia de alguien, es algo más que conocer, es



romper el silencio, el vacío que antes llenaba una simple concepción carente de algo que sólo se conocía por alguna indicación, y que ahora hace notar su presencia. Ya no es un nombre escrito sobre papel con una patología asociada, es una persona única y autónoma, con sus características que la diferencian de los otros. Cada una de esas personas, además, toma sus propias decisiones, eligiendo aquella práctica que más le convenga.

Sin embargo, cada sujeto o grupos de sujetos plantean una perspectiva sobre esas decisiones. Y surge la pregunta: ¿podría prescindirse de la subjetividad en el contexto de una filosofía de la comunicación? Tanto el paradigma de la subjetividad como el de la comunicación resultan estrictamente necesarios en lo que a problemas prácticos se refiere. No obstante, si un argumento planteado por un sujeto posee el suficiente reconocimiento es porque el propio sujeto lo toma como el mejor reconociéndose a sí mismo con la fuerza suficiente para legitimarlo. Ciertamente, sin diálogo no se plantean diferentes argumentos, pero no deja de ser el yo el que constituye la fuente de aceptación. Y es precisamente ese yo decisorio el que rompe con la imposición al no venir las interpretaciones del exterior, sino de la reflexión conmigo mismo. El profesor Renault, miembro de la UFR de Filosofía y Sociología de la Universidad París IV, planteaba a Habermas la importancia del reconocimiento hacia el sí mismo (HABERMAS, 2003, p.20) (1). Pero para Habermas, en el obrar de uno mismo, no basta con el concepto de autocomprensión, sino que hay que dar un giro a la teoría práctica. Por tanto, todos los componentes de la sociedad habrán de participar en el debate asumiendo una perspectiva pragmática de la fundamentación, que es el único procedimiento para justificar las pretensiones de validez en un ámbito público. La bioética posee un fuerte sesgo pragmático que en algunos casos se va a encontrar enfrentado al componente teórico-filosófico, pero es una disciplina con autonomía

propia, su finalidad es llegar a los casos. Pero los casos difíciles no se pueden subsumir claramente bajo una norma. Al existir más de una respuesta correcta, las soluciones han de ser renegociadas constantemente en el sentido de que hay que potenciar el razonamiento en el análisis bioético.

“El imperativo categórico se dirige de modo no casual a una segunda persona del singular, y da la impresión de que cualquiera podría emprender por sí mismo, en su foro interno, el exigible examen de las normas” (HABERMAS, 1999, p.64). (2)

La ley, en muchos casos, no es suficiente para la resolución de conflictos. De ahí la recurrencia a una ética del discurso en la cual no se busca la afirmación de un sujeto concreto, sino el consenso de los intereses colectivos para lo cual resultan fundamentales la capacidad reflexiva y la autoconciencia en cada agente que toma parte en el discurso. Tales agentes habrán de poseer, además, la predisposición a aceptar las razones de los otros y el grado de influencia que puedan ejercer sobre las opiniones propias. De ahí también la presencia de un experto en filosofía moral capaz de utilizar la ética aplicada como herramienta a la hora de discernir entre el reconocimiento de los sujetos (tanto pacientes como profesionales de la medicina), y el interés de la ciencia. La ética del discurso será por tanto esa herramienta que presente un equilibrio en el conflicto técnico y axiológico. No se pretende hallar el bien (obviamente tampoco el mal), ni la verdad. No se trata de alcanzar un concepto universal exterior al hombre, sino de ayudar a un sujeto de manera racional, teniendo presente conjuntamente el reconocimiento que lo caracteriza como persona al tomarlo como un otro intrínseco, pero asimismo sin descuidar las posibles consecuencias y obrando siempre de acuerdo a lo moralmente correcto, sin tener en cuenta las intenciones de quien realiza la consulta y evitando caer en una discusión puramente teórica que sólo lograría una demagogia y el distanciamiento del problema real. Para evitar el encerramiento del problema y

encontrar soluciones reales a los conflictos, es necesario que junto al personal sanitario, tanto facultativo como no facultativo, y el experto en filosofía moral, participen también un jurista (el hecho de buscar una solución ética y no una norma no implica que se pueda obrar contra derecho), y una persona no implicada en el caso. Ya que “la multidisciplinariedad aumenta el número de perspectivas en el curso de la discusión”, afirma Agustín del Cañizo (DEL CAÑIZO, 2005) (3). En el discurso se pretende una desvinculación de cualquier postura personal que pueda condicionar el debate, evitando también así, según Charlesworth, la paradoja que se da en muchos casos, como por ejemplo en la concordancia de opiniones entre colectivos feministas y grupos religiosos respecto a la reproducción asistida (CHARLESWORTH, 1996) (4). Al igual que las problemáticas ante las que se enfrenta el comité son diversas y plurales, del mismo modo la institución ha de constituir un ejemplo de pluralidad, conformando también un reflejo de la sociedad en que nos encontramos y aplicando el reconocimiento como equilibrio entre la diversidad y el consenso.

No obstante, existen otros problemas respecto a los sujetos humanos, quienes muchas veces se ven despersonalizados por el uso de las tecnologías. En algunos casos, esta despersonalización es algo que se ve claramente, pero no siempre es así. Sea el caso de la fase embrionaria, ¿se está restando importancia al ser que está por formarse o por el contrario las células sirven para la investigación al margen de cualquier problema moral ya que el embrión aún no se ha formado como persona? El interés de la ciencia se contrapone a vidas potenciales. El concepto de reconocimiento resulta fundamental en tales casos, tanto el de la persona como el de la ciencia, “la investigación da a los científicos la posibilidad de avanzar en el tratamiento de enfermedades devastadoras y degenerativas” (LÓPEZ BARNEO, 2008, p.31) (5) en una sociedad en la cual se clama por una regeneración en la ética no sólo de lo cultural, sino también de lo genético,

como afirma Edgar Morin (MORIN, 1999) (6), ya que incluso el altruismo o la comprensión han llegado a poder ser dominados por la manipulación genética o los métodos hormonales. Es difícil establecer una frontera que refleje hasta qué punto la ciencia y la investigación pueden avanzar sin quitar terreno a la integridad y la dignidad de la persona, pero lo que sí está claro es que los casos individuales existen, y hay que tomar decisiones. Hoy día la bioética ha de enfrentarse a los problemas junto con la alteración tecnológica. Por eso hay que intentar poner límites pero sin caer tampoco en una postura tecnófoba, en vista de los muchos avances de los cuales hemos sido partícipes. Sin embargo, los precedentes históricos tampoco son fáciles de olvidar; pero no se puede mirar a la ciencia en una constante comparación con el pasado, ya que las malas prácticas cometidas cegarían la vista en el recuerdo de una sociedad que mataba para curar, peligrando constantemente la autonomía y la identidad de las personas. Tanto una como otra quedan implícitas en el concepto de reconocimiento, el cual no se puso de manifiesto en medicina hasta que no empezaron a cobrar importancia los derechos de los pacientes y se da cuenta del consentimiento informado y los propósitos humanitarios que protegen la dignidad de la persona. Pudiendo así evitar los crímenes camuflados como experimentos científicos, estableciendo además ciertas obligaciones morales para los médicos que salvaguardan la salud y los intereses del paciente en la Declaración de Helsinki. No obstante, cuando parecía que ésta y el Código de Nüremberg aseguraban la autonomía y el consentimiento informado, volvieron a cometerse errores, esta vez, con gases radiactivos y con la Guerra Fría como espacio contextual. Aún quedaba mucho por hacer con los derechos de los pacientes. En el Informe Belmont (1979), pese a que investigación y práctica médica aún estaban separadas, se recogían ya los principios de respeto por la autonomía del enfermo, beneficencia y justicia (fundamentales para la Ética aplicada). A estos principios se

añadiría más tarde el de “no maleficencia”, configurándose de esta forma el conjunto de principios de la Bioética y desarrollando sobre todo la técnica de cómo aplicarlos a la resolución de los problemas éticos de la Medicina. En paralelo a los derechos civiles surgió, por tanto, un reconocimiento de los derechos de los pacientes.

Empero siempre hay que anteponer la salud del enfermo a cualquier otra conveniencia, y con conveniencia no me refiero sólo a los intereses de la ciencia, sino también a la manipulación sanitaria. Hay que velar por la atención de la salud, y por el cumplimiento de los requisitos de calidad, suficiencia asistencial y, sobre todo, mantenimiento de los principios éticos. El papel del reconocimiento es amplio en este sentido. Y así como los pacientes merecen un reconocimiento totalmente desinteresado, desde mi punto de vista, el reconocimiento habría de ser núcleo también de nuevos retos, como la determinación de la enfermedad. El Dr. D. Manuel Triana, por ejemplo, hacía referencia en una de sus conferencias a la disfunción eréctil en los varones, a la cual valoraba como una secuela o un síntoma, pero no son siempre los mismos motivos o causas los que la provocan (7) (LÓPEZ DE LA VIEJA, 2009), ¿puede hablarse por tanto de enfermedad? Lo que sí está claro es que la solución adoptada ha sido la recurrencia a los medicamentos. ¿Hasta qué punto conviene a la persona la medicación por la medicación? Quizá si existiera una conciencia sobre qué se toma y qué no se toma como enfermedad seríamos más capaces de discernir.

Por otra parte, y siguiendo en la línea de los nuevos retos para el reconocimiento, no parece que se establezca una valoración objetiva sobre la investigación en medicina. Es cierto que ha ido creciendo paulatinamente desde los años 70 el peso a favor de los deseos de los sujetos sobre las necesidades de investigación hasta llegar a una prohibición absoluta sobre cualquier avance científico al margen de los derechos humanos. De hecho, los avances de los derechos permiten avances en el plano

biomédico. No obstante, aún quedan algunas lagunas. En Europa, existe una política global para la igualdad entre ambos sexos; y sin embargo, esta igualdad está aún por verse en la investigación médica, donde muchas veces la mujer parece carecer de ese reconocimiento común a todos los sujetos humanos independientemente del género. El estudio longitudinal del envejecimiento de Baltimore, por ejemplo, excluyó a las mujeres, estudiando los cambios fisiológicos cerebrales y los síntomas psiquiátricos únicamente en los varones de más de 65 años. No obstante, aún se puede apreciar un caso más sonado que la Dra. M<sup>a</sup> Fernanda Henriques destaca al referirse a la investigación sobre el cáncer de mama también sólo sobre sujetos de sexo masculino (8) (LÓPEZ DE LA VIEJA, 2009). La discriminación del sexo femenino en los ensayos clínicos es por tanto otra de las competencias que incumbe al concepto de reconocimiento en el marco sanitario.

Al inicio del trabajo se exponía la importancia de las relaciones entre sanitario y paciente para más adelante extrapolarla al diálogo interdisciplinar. El avance de las tecnologías exige una reflexión cada vez mayor sobre la protección de los valores. Y el concepto de reconocimiento es uno de los más necesarios en el cuidado de las relaciones no sólo ante los nuevos retos de la ciencia, sino también en la protección de los agentes a no verse discriminados ante ninguna investigación.

## NOTAS

(1) “En tanto no se tomen en consideración las dimensiones de la aceptación y el reconocimiento (que no se refieren a mi relación con otros, sino a la relación reflexiva conmigo mismo como parte en la discusión) estaré en una situación de heteronomía en relación con estos principios” Habermas, Jürgen (2003). *La ética del discurso y la cuestión de la verdad* (traducción de Ramón Vila Bernis). Barcelona. Paidós, p.20

- (2) Habermas, Jürgen (1999). La inclusión del otro: estudios de teoría política. Barcelona. Paidós. p.64.
- (3) Del Cañizo, Agustín. “Comités institucionales de Bioética” del libro de López de la Vieja, M<sup>a</sup> Teresa (2005). Bioética. Entre la medicina y la ética. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca. Pp. 133-145.
- (4) Charlesworth, M (1996): La bioética en una sociedad liberal. Cambridge: Cambridge University Press.
- (5) López Barneo: “El Reino Unido da luz verde a la creación de embriones híbridos de animales y humanos”, El Mundo, 20 de mayo de 2008, p. 31
- (6) Conferencia recogida en capítulo “Las mujeres y la investigación biomédica” del libro de López de la Vieja, M<sup>a</sup> Teresa (2009). Ensayos sobre bioética. Salamanca. Ediciones Universidad de Salamanca. pp. 143-151
- (7) Conferencia recogida en el capítulo “Cultura de la salud y bioética” del libro de López de la Vieja, M<sup>a</sup> Teresa (2009). Op. cit., pp. 17-35.
- (8) Conferencia recogida en el capítulo “Las mujeres y la investigación biomédica” Op. Cit. p. 143-151.

## BIBLIOGRAFÍA

- González Hidalgo, Jorge G (2001). El envejecimiento. Aspectos sociales. Editorial Universidad de Costa Rica.
- Habermas, Jürgen: “Acerca del uso ético, pragmático y moral de la razón práctica”, conferencia leída durante el simposium sobre Habermas realizado en México durante su visita en septiembre de 1989.
- Habermas, Jürgen (2003). La ética del discurso y la cuestión de la verdad (traducción de Ramón Vila Bernis). Barcelona: Paidós.

Habermas, Jürgen (1999). La inclusión del otro: estudios de teoría política. Barcelona: Paidós.

López de la Vieja, M<sup>a</sup> Teresa (2005). Bioética. Entre la medicina y la ética. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.

López de la Vieja, M<sup>a</sup> Teresa (2009). Ensayos sobre bioética. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.

López de la Vieja, M<sup>a</sup> Teresa (2006). “Posguerra y contracultura. Identidades en la ética aplicada”, Arbor, CLXXXII noviembre-diciembre.

Morin, Edgar (1999). Los siete saberes necesarios para la educación del futuro (trad. Mercedes Vallejo-Gómez). Francia. Organización de las Naciones Unidas para la Educación.



# LA EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES SANITARIAS: UN RETO EN ÉTICA ASISTENCIAL

Autores: T. Ventura, M. Navio, B. Baón, E. Verdura, H. Andrés

Hospital Universitario Miguel Servet

Master Psiquiatría Legal y Bioética (UCM)

**Resumen:** En la asistencia sanitaria actual estamos obligados por la ley y por la ética a obtener el “consentimiento informado” de los pacientes antes de iniciar un tratamiento realizar una prueba diagnóstica invasiva o un trabajo de investigación.

Se expondrán los principales criterios e instrumentos utilizados para la evaluación de la capacidad para tomar decisiones sanitarias, y se destacará que en la práctica clínica diaria se debería utilizar el método de deliberación para facilitar una decisión prudente, que permita respetar la libertad del paciente autónomo y la protección del paciente incapacitado.

Bioética, capacidad, consentimiento informado, psiquiatría legal.

**Abstract:** In current health care systems, we are required by law and ethics to obtain informed consent from patients before performing a treatment or diagnostic invasive procedure or participating in clinical research.

We will describe the main arguments and instruments used to assess the capacity or competence in patient’s decision making. We will also highlight the use of deliberative method in the routine clinical practice to take prudent decisions to guarantee the freedom of autonomous patient and protection of incapable patient.

Bioethics, Capacity, Informed Consent; Legal Psychiatry.

## 1. Introducción.

En la historia del paso del paternalismo hipocrático a la autonomía del paciente merece la pena recordar la sentencia dictada en el año 1914 por el juez de origen sefardí Benjamín N. Cardozo en el caso *Schloendorff contra la Sociedad del Hospital de Nueva York*, donde dice así: “todo ser humano de edad adulta y mente sana tiene derecho a determinar qué debe hacerse con su propio cuerpo”. Posteriormente el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki, el Informe Belmont, el Convenio de Oviedo y en nuestro país la Ley 41/2002, también llamada “Ley de Autonomía del Paciente”, han

contribuido a destacar que en la asistencia sanitaria actual estamos obligados por la Ley y por la Ética médica a obtener el “consentimiento informado” de los pacientes antes de iniciar un tratamiento, realizar una prueba diagnóstica invasiva o un trabajo de investigación.

El concepto de autonomía del paciente en el Informe Belmont (1978) se expone así: “Respeto por las personas. Este respeto incorpora al menos dos convicciones éticas:

1ª: que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos;

2ª: que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a protección.

El principio del respeto por las personas se divide entonces en dos requerimientos morales separados: el de reconocer la autonomía y el de proteger a quienes la tienen disminuida”.

El consentimiento informado es la aplicación práctica de un modelo de relación clínica donde se tiene en cuenta la autonomía del paciente para decidir lo que debe hacerse con su cuerpo, con su salud y con su vida. La autonomía supone que el paciente participa en la toma de decisiones sobre su salud previa información facilitada por el médico y que el facultativo debe respetar la opción elegida, incluso aunque no le parezca la más adecuada. La “Ley de Autonomía del Paciente” configura la información como un deber del médico cuyo fin es ayudar al paciente en la toma de decisiones sanitarias.

El Consentimiento Informado debe ser un proceso de información y comunicación en la relación médico-paciente y no es un simple escrito informativo que se entrega para que se firme rápidamente. Es por esto que en los últimos años se habla del “consentimiento informado válido”, que debería tener estos requisitos:

- Debe ser dado voluntariamente y no coaccionado o inducido por fraude o engaño.

- Debe referirse a un procedimiento concreto.
- Debe darse por una persona con capacidad legal.
- El paciente debe tener un conocimiento y comprensión del procedimiento o tratamiento propuesto y sus riesgos previsibles y frecuentes conocidos.

La evaluación de la capacidad para tomar decisiones sanitarias es una de las cuestiones clave todavía no resueltas por la teoría general del consentimiento informado (SIMÓN-LORDA, 2008). Con el objetivo de aportar luz en este tema nos hemos propuesto, y estamos realizando con el asesoramiento de Paul Appelbaum, la validación en español las dos entrevistas más utilizadas a nivel internacional: la MacCAT-T (MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment), para evaluación de la capacidad para aceptar tratamiento, y la MacCAT-CR (MacArthur Competence Assessment Tool for Clinical Research) para evaluación de la capacidad para la investigación clínica.

## 2. ¿Qué es la capacidad?

Los términos "capacidad" y "competencia" se utilizan con frecuencia indistintamente en la bibliografía médica, pero aquí no aludiremos a la determinación legal de incapacidad (Artículo 199 del Código Civil: "Nadie puede ser declarado incapaz sino por sentencia judicial en virtud de las causas establecidas en la Ley"), sino que nos referiremos a la evaluación clínica de la capacidad que realizan profesionales médicos.

Definimos capacidad como "la aptitud o habilidad de comprender la información relevante a una decisión específica y de apreciar las consecuencias razonablemente previsibles que se derivan de la expresión de la decisión libremente tomada". La capacidad de toma de decisiones se refiere a la habilidad habitual que los individuos

poseen para tomar decisiones o emprender acciones que influyen en su vida, desde las decisiones sencillas sobre qué tomar para el desayuno hasta decisiones más complejas sobre aceptar un tratamiento médico, la realización de una prueba diagnóstica o la participación en una investigación.

Para que un paciente esté capacitado para tomar decisiones autónomas necesita cumplir tres requisitos:

1. Información. Tener la información relevante, suficiente, comprensible y adecuada al nivel cultural del paciente, sobre la decisión que va a tomar, es decir, sobre el objetivo de la decisión, sus riesgos, beneficios y alternativas posibles

2. Voluntariedad. Decidir libremente, en ausencia de cualquier tipo de presión o coacción. Actuar conforme con su sentido de lo que está bien de acuerdo a su situación personal, valores y biografía.

3. Capacidad. Poseer una serie de aptitudes mentales –cognitivas, volitivas y afectivas- que le permiten conocer, valorar y gestionar adecuadamente la información anterior, para tomar una decisión y expresarla.

Appelbaum y Grisso refieren que en la capacidad de decisión están involucrados al menos cuatro componentes:

1. Comprensión de la información pertinente a la decisión.

2. Apreciación de la información a la propia situación del paciente y las consecuencias de la decisión.

3. Razonamiento. Utilizar la información relevante de forma razonada, comparando las diferentes alternativas y sus consecuencias.

4. Expresión de una elección. Indicar la opción elegida.

Estas habilidades pueden estar alteradas en pacientes con deterioro cognitivo, trastornos psiquiátricos, síndromes mentales orgánicos, algunas enfermedades médicas,

o en algunas situaciones y factores como la complejidad y la forma de divulgar la información. Los pacientes cuya capacidad se altera son frecuentes en las unidades de hospitalización médica y quirúrgica, y con menor frecuencia en los centros ambulatorios. Cada vez son más numerosas las solicitudes de consulta psiquiátrica en el hospital general que se relacionan con cuestiones sobre la capacidad de los pacientes para tomar decisiones relacionadas con el tratamiento (APPELBAUM, 2007).

### 3. Principios básicos en la evaluación de la capacidad.

Existe consenso en considerar dos principios generales:

3.1. La presunción de capacidad de tomar decisiones en toda persona, mientras no se demuestre lo contrario. La responsabilidad de demostrar que un adulto no tiene la capacidad recae sobre la persona que la pone en entredicho.

3.2. La capacidad se relaciona con una tarea específica para un paciente concreto, es decir, se es o no capaz para una tarea específica, no globalmente. Ej. Capacidad para rechazar un tratamiento que requiere un ingreso involuntario.

En la “Ley de Capacidad Mental” del Reino Unido (2005) se establecen, además, otros principios básicos que deben regir en la toma de decisiones, y refiere que las acciones o decisiones que estén claramente en conflicto con ellos es poco probable que sean legales, aunque puede haber ocasiones en las que exista un conflicto y se precise algún equilibrio.

-Maximizar la capacidad de toma de decisiones

Estrechamente vinculada a la presunción de capacidad, este afirma que se debe hacer todo lo posible para apoyar a las personas a tomar sus propias decisiones, antes de decidir la falta de capacidad.

-La libertad de tomar decisiones imprudentes

El hecho de que una persona tome una decisión precipitada, imprudente o irracional, o que comience a actuar fuera de lugar, no es en sí prueba de incapacidad. Tales acciones pueden plantear preguntas acerca de la capacidad - por ejemplo, cuando se siga a un período de enfermedad o accidente - pero de ninguna manera es determinante. No es la decisión tomada, sino el proceso por el cual se llegó a tomar esa decisión lo que determina la ausencia de la capacidad.

-El mejor interés

En el corazón de la ley se encuentra el principio de que cuando se determine que una persona carece de capacidad, cualquier decisión o acción tomada en su nombre debe estar en su mejor interés. En términos prácticos, lo que constituye el interés de un individuo dependerá de las circunstancias de cada caso individual.

-La alternativa menos restrictiva

Cuando una persona está tomando una decisión en nombre de un adulto que no tiene la capacidad, debe asegurarse de que la decisión es la menos restrictiva de los derechos fundamentales y libertades del individuo.

#### 4. ¿Quién y cómo se debe evaluar la capacidad?

La responsabilidad de la evaluación de la capacidad de un paciente del que sospecha pueda tener alterada su capacidad es del “médico responsable” que le atiende. Las razones que ponen en duda la capacidad deben ser registradas en la historia clínica, al igual que los detalles del proceso de evaluación y sus conclusiones. Cuanto más grave sea la decisión sanitaria a tomar, la evaluación de la capacidad debe ser lo más estructurada posible, y en su caso puede ser aconsejable consultar a un psiquiatra para una segunda opinión.

De inicio debemos de tener en cuenta la presunción de capacidad en todo paciente (como la presunción de inocencia en toda persona), y también que ante un paciente con diagnóstico psiquiátrico (ejemplo: esquizofrenia o demencia), no se debe de presuponer automáticamente la decisión de incapacidad hasta demostrar mediante una evaluación clínica adecuada el déficit o deterioro de esta capacidad, para consecuentemente proteger a este paciente de las decisiones que puedan perjudicarlo a él o a otros. Muchos pacientes con trastorno mental grave no reconocen que padecen una enfermedad mental y la necesidad de tratamiento. Por la experiencia del psiquiatra en el trato con estos pacientes debe estar especialmente preparado para la evaluación de la capacidad.

Debido a que juicio sobre la capacidad de un paciente es un juicio clínico prudencial, difícil y complejo a veces, en los últimos años ha surgido un creciente interés por desarrollar instrumentos fiables y válidos para la evaluación de la capacidad para tomar decisiones sanitarias. A pesar de que algunos instrumentos se han adoptado más ampliamente que otros, el “gold estándar” sigue siendo la valoración clínica del caso concreto por un psiquiatra experimentado (DUNN, 2006).

Puede ser de gran ayuda emplear entrevistas semiestructuradas que evalúan de forma sistemática los componentes involucrados en la capacidad. En este sentido las más utilizadas a nivel internacional y con mayor apoyo de datos psicométricos son la MacCAT-T (para evaluación de la capacidad para aceptar tratamiento), y la MacCAT-CR (para evaluación de la capacidad para la investigación clínica).

Estas entrevistas no incluyen “puntos de corte” que representen la “capacidad” o “incapacidad” sobre las cuatro habilidades evaluadas. Esto es así porque fueron diseñadas para ser consistentes con dos máximas básicas en la definición de capacidad: “Ningún nivel de habilidad es capaz de determinar siempre la capacidad o incapacidad

de un sujeto para todos los contextos clínicos o investigadores” (La capacidad se relaciona con una tarea específica para un paciente concreto). Y también está relacionado con otro concepto básico de la capacidad: “En algunos casos, un déficit severo en una de las áreas evaluadas puede traducirse en una opinión clínica de incapacidad, incluso si las habilidades de las otras tres áreas son adecuadas” (APPELBAUM, 2001)

Se pueden requerir diferentes niveles de capacidad dependiendo de la valoración del riesgo-beneficio de la decisión que a tomar o de la situación del paciente. Así en lugar de usar un nivel fijo de capacidad se puede aplicar una escala móvil. En situaciones de riesgo mínimo, puede ser razonable permitir a las personas tomar sus propias decisiones, incluso en caso de un deterioro importante de la capacidad, sabiendo que las consecuencias adversas son poco probables. Sin embargo cuando los riesgos aumentan, se debe requerir más exigencia en los niveles de capacidad.

##### 5. Protocolo para la evaluación de la capacidad para tomar decisiones sanitarias.

A continuación proponemos un protocolo para la evaluación de la capacidad de un paciente que debería de incluir como mínimo estos puntos (VENTURA, 2010):

1) Conocer la finalidad y las circunstancias de la valoración. Definir a qué tarea específica va dirigida: aceptación de tratamiento, realización de una prueba diagnóstica, participación en una investigación.

2) Evaluación del estado somático para descartar o tratar cualquier patología orgánica que pudiera alterar el estado mental del paciente.

3) Preparar la información que se va a divulgar, de manera que sea relevante y adecuada a las necesidades del paciente, para conseguir una mejor comprensión.



4) Examen Mental, con una exploración psicopatológica que incluya como mínimo: atención, lenguaje, memoria, estado de ánimo y ansiedad, sueño, apetito, alteraciones de la senso-percepción, ideas delirantes, conciencia de enfermedad y capacidad de razonamiento. Puede ser útil el empleo del Mini-Examen Cognoscitivo.

5) Evaluar de manera sistemática las habilidades implicadas en la capacidad para tomar decisiones: Comprensión, Apreciación, Razonamiento y Expresión de una Elección.

6) Valorar el riesgo/beneficio de las consecuencias de la decisión a tomar, en el contexto y circunstancias concretas del paciente, para emplear si procede la escala móvil de capacidad.

7) Intentar determinar los valores y creencias del paciente, su congruencia con su biografía, y su influencia en la toma de decisiones.

8) Recoger información del entorno del paciente, solicitando la colaboración de la familia para confirmar los valores y creencias del enfermo y para evitar que el desconocimiento de algunos síntomas (por ejemplo: ideas delirantes, deterioro cognitivo previo) pueda hacer que la evaluación sea errónea.

9) Registrar detalladamente en la historia clínica el proceso de evaluación, los datos clínicos, las razones y las conclusiones.

10) Tomar una decisión sobre la capacidad del paciente en relación a la tarea específica y, si la valoración es de incapacidad, instaurar el tratamiento adecuado en bien del paciente. Determinar un tiempo prudente en que se revisará esta decisión.

En relación con la gravedad o riesgo de la decisión a tomar y el estado del paciente, la evaluación puede resultar compleja y difícil, por lo que debemos resaltar que la evaluación de la capacidad debe ser prudencial y razonada, donde se valoren: el contexto y las circunstancias del caso concreto, la historia clínica anterior, la evaluación

psicopatológica actual, el apoyo familiar y social, y las consecuencias previsibles de la decisión a tomar. Por todo ello, en la práctica clínica diaria resulta de gran ayuda utilizar el método de la Deliberación, que es el método de la Ética Clínica (GRACIA, 2005), para facilitar una decisión prudente que permita respetar la libertad del paciente que está capacitado para tomar decisiones sanitarias y la de proteger y cuidar al paciente con deterioro en esta capacidad.

## 6. Conclusión.

La evaluación de la capacidad de los pacientes para aceptar un tratamiento o participar en una investigación es fundamental para lograr un equilibrio adecuado entre el respeto de la autonomía de los pacientes que son capaces de tomar decisiones informadas, y la protección de las personas con deterioro en la capacidad para evitar consecuencias negativas de una mala decisión.

Sigue siendo un reto pendiente en Ética Asistencial encontrar instrumentos fiables y válidos de evaluación, así como establecer principios básicos que faciliten la evaluación de la capacidad para tomar decisiones sanitarias. En esta tarea el empleo en la práctica clínica del método de la deliberación puede resultar de gran utilidad.

## BIBLIOGRAFÍA

Informe Belmont. Principios éticos y orientaciones para la protección de sujetos humanos en la experimentación (1978).

En [http://www.asociacionbioetica.com/documentos/Informe\\_Belmont.pdf](http://www.asociacionbioetica.com/documentos/Informe_Belmont.pdf)

Simón-Lorda P. (2008). “La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente”. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., vol. XXVIII, n.º 102, 325-348.

Appelbaum PS. (2007). "Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment". *New England Journal Medicine*, 357:1834-40.

British Medical Association (2009). *The Mental Capacity Act 2005: Guidance for health professionals*.

En: [http://www.bma.org.uk/images/mentalcapacityactguidanceaug2009\\_tcm41-190120.pdf](http://www.bma.org.uk/images/mentalcapacityactguidanceaug2009_tcm41-190120.pdf)

Dunn LB, Nowrangi MA, Palmer BW, Jeste DV, Saks ER. (2006). "Assessing decisional capacity for clinical research or treatment: a review of instruments". *Am J Psychiatry*, 163:1323-1334.

Gracia Guillen D. (2001). "La deliberación moral: el método de la ética clínica". *Medicina Clínica*, 117: 18-23.

Appelbaum PS, Grisso T. (2001). *MacCAT-CR: MacArthur Competence Assessment Tool for Clinical Research*. Sarasota, Fla, Professional Resource Press.

Ventura T. (2010). "Bioética en Psiquiatría", Navio M. (ed) *Docencia en Psiquiatría y Salud Mental. Anatomía de una especialidad*. Granada:Grupo Editorial Universitario, pp.175-186.

# Hacia una atención sanitaria más respetuosa con el parto y el nacimiento en España

Beatriz Gisbert Morant

Marta Aguilar Rodríguez

Departamento de Fisioterapia de la Universidad de Valencia

**Resumen:** La seguridad y eficacia que ha caracterizado la atención hospitalaria del parto en las últimas décadas, ha supuesto por contrapartida una tendencia creciente en la utilización de tecnologías e intervenciones innecesarias y desaconsejadas que atentan contra la intimidad, autonomía y dignidad de las mujeres. Una sensibilización creciente ante este estrés bioético, está favoreciendo un proceso de cambio que ya se ha iniciado hacia una asistencia al parto más humanizada. El plan de parto es un documento que favorece la comunicación y reivindica la importancia de la autonomía y la participación de las mujeres en el proceso del nacimiento.

Atención al parto, parto humanizado, plan de parto.

**Abstract:** The safety and effectiveness that has characterized the birth's hospital care delivery in recent decades, however has led to consideration a growing trend in the use of technology and discouraged unnecessary interventions that undermine privacy, autonomy and dignity of women. A growing awareness to this bioethics distress is promoting a process of change that has already started towards a more humanized care delivery during birth assistance. The birth plan is a document that encourages communication and vindicates the importance of empowerment and participation of women in birth's process.

Birth care, respected birth, birth plan.

## 1. Introducción.

El nacimiento de un nuevo ser humano es un acontecimiento singular y de gran trascendencia en la vida de una familia y se lleva a cabo en un momento, lugar y entorno muy diferente según el contexto cultural en el que nos encontremos. El parto es un proceso natural que, como cualquier otra función corporal de nuestro organismo, está finamente regulada por las hormonas. Nuestro neocortex, extremadamente desarrollado y encargado de regir el pensamiento racional, perturba e incluso llega a inhibir la actividad del cerebro primitivo o instintivo encargado de las funciones sexuales, instintivas y emocionales, entre ellas el parto; por ello se afirma que son

imprescindibles la intimidad y el respeto al proceso fisiológico del parto para que éste evolucione adecuadamente (M. ODENT, 2007).

Por otro lado, el desarrollo del conocimiento y de los medios tecnológicos en medicina también ha afectado directamente la forma de seguir y asistir el parto en el mundo desarrollado. Son procedimientos relativamente frecuentes en nuestro contexto la monitorización fetal, la aplicación de hormonas exógenas como la oxitocina o fármacos analgésicos como la analgesia epidural, el uso de instrumental específico como ventosas de extracción, fórceps o espátulas, incluso el uso de cirugía en determinados casos como es la cesárea. La aplicación de algunas de estas intervenciones como la epidural, la oxitocina exógena o la cesárea pueden suponer por sí solas algún riesgo y por ello requieren mayores medidas de supervisión y control de la salud materno-fetal (OMS 1996; SEGO 2007; SEGO 2008). Desgraciadamente, en el entorno hospitalario la mujer sufre algunas de estas intervenciones como protocolarias e innecesarias, incluso actuaciones que atentan contra su dignidad: tactos vaginales reiterados pedagógicos o faltos de intimidad, episiotomía sin consentimiento informado, limitación de su libertad de expresión o postura, coacción para aceptación de ciertas intervenciones, falta de respeto a sus preferencias, ideas o cultura respecto a su parto ... No debemos olvidar que la asistencia sanitaria tiene como objetivo fundamental asegurar el bienestar materno y del recién nacido (SEGO 2007). La alteración innecesaria del proceso del parto supone un perjuicio e incluso ciertos riesgos extraordinarios para el bienestar y la salud de la madre o el bebé. Cualquier intervención debe ser informada y consentida en cualquier caso por la mujer, sin coacciones. De aquí la importancia de la bioética y del principio de autonomía en la asistencia al parto, que también en este entorno sanitario rompe con el tradicional paternalismo médico (VELASCO GEMIO, 2008).

Puesto que la mayoría de las mujeres están sanas y tienen un desarrollo normal del parto (NICE 2007), sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad (OMS, 1996; NICE, 2007; SEGO 2007).

Reaccionando ante la creciente medicalización de la asistencia al parto en el mundo desarrollado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) redactó en 1985 la Declaración de Fortaleza sobre la adecuada tecnología para la asistencia al parto. Esta declaración ha sido el punto de partida y desde entonces se habla de “parto seguro” o “parto respetado y humanizado”, pues se ha supeditado el proceso natural al contexto hospitalario; a veces injustificadamente intervencionista de los países desarrollados.

Paradójicamente, mientras en el mundo desarrollado se han extendido prácticas artificiales que inician, aceleran, controlan y regulan los procesos fisiológicos del parto, en los países subdesarrollados se lucha por el acceso a todas las mujeres a un “parto seguro”; pues no todas las mujeres cuentan con los mínimos medios de control ni tecnología adecuada para la vigilancia y atención del proceso (OMS, 1996).

Todo ello nos invita a la reflexión sobre la necesidad de supervisión pero sin perturbación del parto y nacimiento normales.

## 2. Evidencia científica respecto al parto humanizado y documentos marco.

La evidencia científica se ha pronunciado de forma clara: un parto intervenido no es necesariamente sinónimo de un parto seguro. En este aspecto es unánime y señala la inoportunidad y del perjuicio que suponen las prácticas intervencionistas cuando se aplican en un parto normal, pues son innecesarias o injustificadas.

Llegados a este punto se hace necesario concretar lo que se considera un parto normal. La OMS define parto normal como un parto “de comienzo espontáneo, de bajo riesgo al comienzo... y manteniéndose como tal hasta el alumbramiento... y después de

dar a luz tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones de salud” (OMS, 1996).

La OMS afirma que “debe existir una razón válida para intervenir en el proceso natural del parto” y para ello es fundamental el control y vigilancia del estado de salud materno-fetal favoreciendo que el parto sea seguro para ambos. Así mismo, recomienda la participación de la mujer y su familia en el proceso del nacimiento, más aún teniendo en cuenta su derecho a la información, a la participación en la toma de las decisiones y al ejercicio de su consentimiento informado, fundamentales tanto desde una perspectiva ética como jurídica (OMS 1996; OMS, 1985; CHAMERS B., 2001).

Tres factores son fundamentales para determinar el tipo de parto y su asistencia. Los dos primeros los define la OMS: el estado de riesgo del embarazo y el propio desarrollo del parto y nacimiento. Estos factores no tienen relación directa. Es decir, que cualquier gestante de bajo riesgo gestacional puede tener un parto complicado y por el contrario, muchas gestantes catalogadas como de riesgo durante la gestación, pueden tener un parto y alumbramiento normales (OMS, 1996). En último lugar, incluimos como factor determinante: la voluntad de la mujer, haciendo uso de su derecho de autonomía y del consentimiento informado. Ella también puede condicionar en último término, un tipo u otro de asistencia. La parturienta tiene derecho a ser informada adecuadamente, y poder elegir entre las alternativas terapéuticas posibles, manifestando su “consentimiento o “rechazo informado” a determinados tratamientos y actuaciones (Ley 41/2002 de 14 de diciembre, Ley de autonomía del paciente).

Gracias al establecimiento de recomendaciones y guías de actuación de la OMS (OMS, 1985; OMS,1996; Chalmers B, 2001) y del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2007) se ha replanteado la asistencia del parto normal en

muchos países. Las reacciones institucionales se han sucedido en cascada, primero en el marco internacional y posteriormente en nuestro ámbito nacional y autonómico.

En todos estos documentos existe acuerdo en los puntos esenciales para asistencia al parto normal en cualquier contexto o país, que son:

El parto normal debería ser mínimamente intervenido y no medicalizado, basado en la evidencia científica. Basado en la aplicación de la mínima tecnología apropiada y tratado por un equipo multidisciplinar.

Procedimientos que no han demostrado sus beneficios en la evidencia científica no deberían aplicarse de forma rutinaria como el rasurado o el enema.

El apoyo continuo a la mujer es fundamental para su satisfacción y manejo del dolor. Debe ser favorecido. Por eso se permite un acompañante durante todo el proceso del parto y se debería favorecer la presencia continuada de una matrona que controle cada parto.

Durante el todos los periodos del parto se debe favorecer la libertad de movimientos, de postura. Se debe ofrecer la posibilidad de ingerir líquidos.

Es fundamental facilitar la analgesia y medios para el alivio del dolor durante el parto. Se recomienda ofrecer alternativas a la analgesia epidural.

La episiotomía y la ruptura artificial de la membrana amniótica no deben ser rutinarias. Se realizará a criterio del profesional sanitario.

El alumbramiento (última fase del parto donde sale la placenta al exterior) debe ser espontáneo, la placenta debe salir de forma pasiva.

El contacto y vínculo precoz madre - recién nacido es fundamental y debe realizarse piel con piel y desde los primeros momentos de vida.



La lactancia materna debe ser favorecida como método natural y más adecuado para alimentación del recién nacido. Si se optara por la lactancia artificial la mujer será igualmente aconsejada para llevarla adecuadamente a cabo.

La atención estará integral, teniendo en cuenta necesidades físicas, intelectuales, emocionales, culturales. Centrada en las mujeres y sus familias. Se otorgará a la mujer y su familia el protagonismo que merecen.

Consentimiento informado y participación de la mujer en la toma de las decisiones respecto al parto y nacimiento de su hijo o hija. Hablamos de corresponsabilidad en la toma de las decisiones previa y adecuadamente informadas. Y el respeto a las decisiones libre y voluntariamente tomadas por la paciente. Destacable es la importancia de las relaciones interpersonales entre el personal sanitario y la mujer y su familia, teniendo mucha importancia la comunicación y participación durante el proceso de parto y nacimiento.

La asistencia será siempre respetuosa con la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres y sus familias.

El objetivo de todas estas iniciativas es favorecer los cambios hacia una humanización de la atención al parto, empezando por el parto normal y ampliando estas prácticas respetuosas a partos de riesgo y cesáreas.

### 3. Situación actual en España.

En otros países europeos como Alemania y Reino Unido la atención al parto es institucionalizada (hospitalaria) y humanizada mientras que Holanda es un referente de modelo desinstitucionalizado (domiciliario). Nuestro modelo actual de atención al parto es fundamentalmente institucionalizado e intervencionista. Sólo algunos centros puntuales han actualizado sus vías clínicas hacia una atención humanizada y respetuosa,

pero la mayoría de las maternidades todavía mantiene sus protocolos anclados en la medicalización excesiva (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

Pero la asistencia al parto en España no siempre ha sido así. Hace 70 años, nuestras abuelas daban a luz en sus domicilios y con el desarrollo de la sanidad pública en los años 60, progresivamente el parto fue mayoritariamente hospitalario y más seguro. En la actualidad, prácticamente la totalidad de los nacimientos tienen lugar en un hospital. Las maternidades españolas cuentan con equipos multidisciplinares sanitarios especializados y medios técnicos para la adecuada supervisión, control e intervención en el parto (ALER GAY, 2002).

La misma existencia y posibilidad de tecnología ha generado su uso indiscriminado, dirigiendo e interviniendo incluso los partos que evolucionan adecuadamente. En líneas generales, podríamos decir que la maternidad en España ha evolucionado hacia tener “menos hijos y con mayor tecnología” (ALER GAY, 2002). La edad de la media de las madres españolas en 2007 se retrasó hasta los 30,8 años y el número medio de hijos por mujer en 2008 fue de 1,45 (Generalitat Valenciana, 2009).

Sin embargo ciertamente, en nuestro país contamos con una de las más bajas tasas de mortalidad perinatal y materna del mundo. En 2005 una tasa de mortalidad infantil y materna fue del 4 por mil, una cifra de entre las más bajas del mundo (ONU, 2005). La tasa de mortalidad perinatal en 2005 fue de un 5,46 (INE b).

Los últimos datos indican que la mortalidad infantil en niños menores de un año en España se ha reducido hasta alcanzar el 3,54 por mil en 2008 (INE a). Son datos muy alentadores, mientras que si consideramos algunos indicadores de calidad de la atención al parto no encontramos cifras tan optimistas. Por ejemplo: la media nacional de cesáreas por partos asistidos fue del 33,66% en 2005 (INE c); cifra muy superior a la recomendada por la OMS de un 10-15% del total de los partos (OMS, 1985).

Con esta situación, al igual que en otros países europeos, la sociedad española hace eco de esta necesidad actualizar la asistencia al parto ya anunciada por organismos internacionales. Las mujeres, a través de planes de parto y de su diálogo con los profesionales reclaman una atención más respetuosa, y están siendo un factor importantísimo para el cambio de las prácticas hospitalarias. Iniciativas como “El parto es nuestro”, “Que no nos separen” o “Amamanta” que tienen 10 años de historia o plataformas como “Por un parto respetado” o “Plataforma pro-derechos del nacimiento”, son buenos ejemplos de esta sensibilización de las mujeres.

El gobierno español también se implica directamente publicando sus recomendaciones (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; Ministerio de Sanidad y Política social, 2009). Y puesto que las competencias de sanidad están descentralizadas en nuestro país, algunas autonomías pioneras también perciben la necesidad de tomar iniciativas para apoyar la maternidad y el nacimiento participativos. Algunas de ellas son Cataluña, Andalucía, Cantabria y la Comunidad Valenciana (Generalitat de Catalunya 2003, Generalitat de Catalunya 2007; Gobierno de Cantabria 2007; Junta de Andalucía 2005; Generalitat Valenciana, 2009). Todas ellas legislan y establecen sus líneas estratégicas fundamentadas en las recomendaciones nacionales e internacionales.

También son muy importantes las reacciones de los colectivos de profesionales sanitarios como la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia que actualizaron sus protocolos y recomendaciones (SEGO, 2007 y 2008) y la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME 2007). Ambos favorecen directamente a través de la práctica profesional de sus miembros la educación, sensibilización y atención respetuosa al parto.

Gracias a la implicación institucional, de los profesionales, y de la sociedad en general, progresivamente más maternidades hospitalarias se unen a las recomendaciones internacionales.

#### 4. El plan de parto: documento para el diálogo.

Podemos definir el plan de parto y nacimiento como un documento que expresa por escrito, las preferencias de la mujer para el manejo de su parto y el nacimiento de su bebé (CROOKE SMMITH, 1988).

Los primeros planes de partos aparecen a finales de los 70 como reacción al incremento de la medicalización del parto en Estados Unidos (INCH, 1998), en mujeres que deseaban que el parto y el nacimiento de su hijo se desarrollaran de una forma más natural. Ya desde el principio fue previsto como vehículo de comunicación, primero entre la propia y después entre la pareja y el personal sanitario (SIMKIN Y REINKE, 1980).

Su objetivo, a pesar de su denominación, no es el de planificar el desarrollo del parto y el nacimiento, el cual es impredecible y depende de muchas variables, si no, que trata de reflejar las preferencias respecto a aquellos aspectos de la asistencia sobre los que hay alternativas eficaces y seguras como al acompañante, tipo de parto, analgesia - anestesia, posición, primeros contactos con el bebé, etc. (PÉREZ RAMOS).

Contradictoriamente, en sus inicios, con frecuencia provocaban situaciones de tensión e incompreensión por parte de los profesionales. Por desinformación, desinterés o por una mala interpretación del documento, eran tomados como un intento de usurpación de su criterio y libertad en su ejercicio profesional. Este estigma todavía persiste en la actualidad en algunos equipos sanitarios. En estos casos, en lugar de mejorar las relaciones, la comunicación entre la mujer y sus cuidadores, el plan de parto

la entorpece y dificulta. Sus detractores lo critican afirmando que es un documento reivindicativo y que ilustra la falta de confianza entre las madres y sus cuidadores (RICHARDS, 1982).

Otras veces, el hecho de tener un documento que informa sobre las inquietudes de la mujer, hace que en ocasiones, el personal asistencial limite su contacto interpersonal y no favorezca el apoyo psico-afectivo, tan importante en el momento del parto (HODNETT *et al*, 2007). Incluso hay estudios que afirman que el plan de parto, mal entendido por la mujer, puede favorecer su frustración al no ver cumplidos sus deseos o generar falsas expectativas (LOTHIAN, 2006). Por ello es fundamental que la mujer esté bien informada y asesorada por su matrona al realizar su plan de parto (FAME, 2007). Todas estas consecuencias nefastas en profesionales y usuarias son debidas a la mala interpretación del documento.

Por el contrario, otros estudios afirman que fomentan la toma de decisiones informadas por parte de las mujeres y que favorecen la comunicación y la cooperación entre los profesionales y las usuarias. Ayudan a las madres y sus familias a clarificar sus deseos y expectativas y a tomar decisiones informadas (KITZINGER, 1992). También repercuten sobre la satisfacción y la vivencia positiva del parto al favorecer la implicación y participación de la mujer en el proceso. Eso sí, no repercute en el grado de cumplimiento de esas expectativas o en la mejora de las experiencias de parto (KUO S-CH *et al*, 2009; LUNDGREN, 2003)

Bien entendido, puede ser un buen medio de comunicación en dos niveles: primero entre los futuros padres, invitándoles a la reflexión y a la participación y después, entre los padres y el personal que atiende el parto. Aunque no debería ser el único ni el más importante. También se pueden comunicar verbalmente y negociar las

preferencias. Y las relaciones interpersonales cuidadores-usuarios, son fundamentales (PEART, 2004).

El plan de parto reivindica el papel autónomo de la mujer en el entorno del nacimiento, siendo imprescindible el diálogo y la decisión informada de la mujer. Tiene derecho a que se respeten sus decisiones y su dignidad, y en ejercicio de su autonomía, ella consiente o rechaza a través de su consentimiento informado (VELASCO GEMIO, 2008).

Es un documento que podría asemejarse a las voluntades anticipadas o al testamento vital, pues implica una disposición anticipada de unas preferencias, aunque no con el misma vinculación. Más bien debe ser un documento orientativo, flexible, sujeto a situación clínica que servirá de guía para los profesionales, en caso de que el parto evolucione de forma normal. Es aconsejable que la mujer lo elabore alrededor de la semana 28-32 de gestación, y podrá presentarlo previamente o en el momento de dar a luz en el hospital. En España el plan de parto es de reciente aparición. Las matronas recomiendan su realización a las parejas que tengan inquietudes para que manifiesten su deseo de tener un parto normal (FAME, 2007).

El plan de parto no tiene una estructura definida o cerrada, podría ser una carta manuscrita. Existen muchos tipos y formatos. Algunas autonomías han editado modelos de plan de parto haciéndolos accesibles a todas las mujeres de sus áreas de salud. Por ejemplo en nuestra comunidad, se acaba de incluir un modelo dentro de la cartilla de seguimiento del embarazo.

## 5. Conclusión.

En la actualidad, estamos viviendo una situación esperanzadora hacia la generalización de la asistencia al nacimiento basada en la evidencia, más respetuosa y

más ética en España. El plan de parto será un documento que facilite las relaciones interpersonales y la comunicación en el entorno del nacimiento. A través del diálogo, de una mayor participación de las familias y del respeto a la autonomía de las mujeres por parte del personal sanitario, será una realidad en un futuro próximo.

## BIBLIOGRAFÍA

Aler Gay I,( 2002). *Transformación de la maternidad en la sociedad española 1975-2005. Otra visión sociológica*. Centro de Estudios Andaluces. Concejalía de Andalucía.

Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. ( 2001). "WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal and postpartum care course", *Birth*, vol. 28, pp. 202-207.

Crooke IL, Smith VA. (1988). "Births plans", *Maternal and Child Health*, vol. 13(5), pp. 116-121.

FAME (2007). Federación de Asociaciones de Matronas de España. "Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso". Barcelona.

Gasull M, et al. (2001). "Autonomía y consentimiento informado: cuestiones éticas de los cuidados maternos en España", *Enfermería Clínica*, vol. 11, núm. 5

Generalitat de Catalunya (2003). Protocol d'assistència al part i al puerperi. Barcelona: Departament de Salut.

Generalitat de Catalunya (2007). Protocol per l'assistència natural al part normal. Barcelona: Departament de Salut.

Generalitat Valenciana (2009). Estrategia para la atención al parto normal en la Comunidad Valenciana, Consellería de Sanitat.

Gobierno de Cantabria (2007). Decreto 23/2007, de 1 de marzo, sobre los derechos de la madre, el padre y el recién nacido en relación con el nacimiento en el ámbito sanitario. BOC. 2007; num. 54.

Gobierno de España. Ley 41/2002 de 14 de diciembre, Ley de autonomía del paciente.

Hodnett ED et al. (2007). "Apoyo continuo para las mujeres durante el parto". Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2007, Número 4. Art. N° CD003766.DOI: 10.1002/14651858.CD003733.pub.2.

Inch S. (1998). "Birth plans and protocols: Report of meeting of Forum on Maternity and the newborn", *The Royal Society of Medicine*, vol.81, pp. 120-21.

INE a. Instituto Nacional de Estadística. Tasa bruta de natalidad. Disponible en <http://www.ine.es>. (Consultado el 28/01/2010).

INE b. Instituto Nacional de Estadística. Tasa de mortalidad perinatal. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?type=pcaxis&path=/t15/p415/a2005/10/&file=10004.px> (consultado el 17/10/2010).

INE c. Instituto Nacional de Estadística. Tasa de partos por cesárea. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?type=pcaxis&path=/t15/p415/a2005/10/&file=10004.px> (consultado el 17/10/2010).

Junta de Andalucía (2005). Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado. 2ª edición. Sevilla: Consejería de Salud.

Kuo S-C, et al. (2009). "Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: A randomised controlled trial". *Int. J. Nurs. Stud.*

Lothian J. (2006). "Birth Plans: The good, the bad and the future", *Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, vol. 35(2), pp 295-303.

Lundgren I. & Lindmark G. (2003) "Is the childbirth experience improved by a Birth Plan?" *J. Midwifery Womens' Health*, vol. 48, pp. 322-328.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Gobierno de España.



Ministerio de Sanidad y Política social. (2009). Atención Hospitalaria al parto. Estándares y recomendaciones para Maternidades Hospitalarias. Gobierno de España.

NICE (2007) National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE clinical guideline. Intrapartum Care. Care of healthy women and her babies during childbirth.

Odent Michael (2007). *El bebé es un mamífero. OB Stare*, pp.74-75.

OMS (1985). Organización Mundial de la Salud." Joint International Conference on Appropiete technology of Birth". Fortaleza-Brazil. 22-24 April 1985.

OMS (1996). Organización Mundial de la Salud. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. "Cuidados en el parto normal: una guía práctica". Informe presentado por el grupo técnico de trabajo. Ginebra.

ONU (2005). Portal oficial de la ONU para los Indicadores de Desarrollo del Milenio. Consultado el 17/10/2010. Disponible en: <http://millenniumindicators.un.org/unsd/mdg/SeriesDetail.aspx?srid=553&crd=>

Peart Kerry (2004). "Birth planning- is it beneficial to pregnant women? *Austr J Midwifery*, vol. 17, pp. 27-29.

Pérez Ramos, Francisco José. *Plan de parto y nacimiento. Líneas estratégicas, objetivos y recomendaciones. Revisión de la literatura científica. Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía*. Secretaría General de Salud Pública y Participación. Concejalía de Salud. Junta de Andalucía.

SEGO (2008) Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. "Guía práctica y signos de alarma en la asistencia al parto".

SEGO. (2007) Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. "Recomendaciones sobre la asistencia al parto".

Simkin P y Reinke C. (1980). *Planning your babies' birth*. Minneapolis, MN: International Childbirth Education Association.

Velasco Gemio, Valentín (2008) *Estudios iberoamericanos de género en ciencia, tecnología y salud: Ecomaternidad: una perspectiva ética del parto*. Genciber, pp. 711-715.

# II RECONOCIMIENTO RECÍPROCO

# Migración Eugenésica: Crónica de una nueva realidad.

Cristina Benlloch Doménech

Universidad de Valencia

**Resumen:** En el mundo permiten el suicidio asistido Suiza, Bélgica, Holanda y Oregón. Parece que la reciente aprobación de la eugenesia en países como Suiza, está produciendo una “última” migración”, un fenómeno que lleva a las personas a desplazarse para acabar con su vida. El debate está abierto, sobre todo, porque se están consintiendo asistencias a personas que no padecen ninguna enfermedad. Lo que veremos serán qué diferencia este fenómeno con el de la migración más “normalizada” y también con el fenómeno del suicidio, para tratar de comprender un poco mejor lo que hemos denominado migración eugenésica, pero que otros conocen como el Turismo de la Muerte. El siguiente trabajo describe la realidad del suicidio en España.

**Palabras clave:** Suicidio, migración eugenésica, revisión estado de la cuestión.

**Abstract :** In the world allow assisted suicide in Switzerland, Belgium, Netherlands and Oregon. It seems that the recent approval of eugenics in countries like Switzerland, is producing a "final" migration, a phenomenon that causes people to move to end his life. The debate is open, especially because they are consenting assistance to people without any disease. What you will see what difference this phenomenon with that of migration more "normalized" and also with the phenomenon of suicide to try to understand better what we have called eugenic migration, but other known as the Death Tourism. The following paper describes the reality of suicide in Spain.

## 1. Introducción

El debate sobre la eutanasia lleva abierto en nuestro país muchos años. En las siguientes páginas nos gustaría hablar sobre la situación del suicidio en España, para comprender en cierto modo la realidad de este, y compararlo con un fenómeno que está ocurriendo en Suiza. En este país, la eutanasia está penalizada, pero es legal el suicidio asistido. Es decir, que una persona puede ir a la clínica a que le ayuden a suicidarse. Según los datos recogidos en prensa, muchas personas hacen así sus vacaciones finales, o su migración definitiva. Sería el viaje final. Muchas de las personas que sucumben a este final viaje son sanas, y quieren que les ayuden a morir, firmando un documento de autorización. Por ello, queremos mostrar brevemente el estado de la cuestión del suicidio en España.

La tasa de mortalidad por suicidio en España era para el año 2007 de 7.31 casos por cada 100.000 habitantes. El SIDA mataba a 2.83 por cada 100.000 habitantes. Si

nos referimos a las muertes por accidente de tráfico, éstas se situaban en 8.25 casos por cada 100.000 habitantes.

Con estos datos se justifica la necesidad de un estudio sobre el suicidio, sabiendo además, que como señalan algunos autores (Arán et al, 2006), es un fenómeno poco investigado en los últimos años en España. Y más cuando se encuentra el debate sobre la eugenesia y salen caso como en Suizo.

Por otra parte, igual que en el resto de causas de muerte, el suicidio afecta de forma diferente a los varones y las mujeres, por ello también, se hace necesaria una investigación desde la perspectiva de género de este fenómeno.

En el caso de los suicidios, la tasa para los hombres es de 11.17 casos de muerte por cada 100.000 habitantes, mientras que en el caso de las mujeres, la tasa es de 3.51 muertes por cada 100.000 mujeres. En el caso de los otros tipos de muerte citadas, también los hombres tienen tasas más elevadas. Por ejemplo, en el caso del SIDA los hombres tienen una cifra de 4.63 frente al 1.06 de las mujeres; O si hablamos de los accidentes de tráfico, la cifra es todavía más llamativa, de 13.15 casos para los varones y el 3.45 para las mujeres por cada 100.000 habitantes

<sup>1</sup>. Por ello se hace imprescindible el estudio diferencial entre hombres y mujeres cuando se hacen estudios de epidemiología, para no generalizar en unas estadísticas que son tan dispares en cuanto al factor sexo se refiere, la mayor tasa de muertes de hombres por causa violenta se debe a la socialización masculina, como dicen algunos autores la *masculinidad como factor de riesgo* (Rivas, 2005).

Este es una primera aproximación, pero sería necesario investigar sobre el tema y las posibles consecuencias sobre la aprobación de una normativa similar a la de Siuza en nuestro país.

## 2. Una aproximación al suicidio

Desde que la sociología iniciara sus caminos, el suicidio ha sido uno de los temas que más ha llamado a atención sobre los teóricos. Y si hay una obra que ha marcado el curso de la sociología, esta es el *Suicidio de Emile Durkheim*<sup>2</sup>. A finales del siglo XIX, Durkheim uno de los padres fundadores de la sociología escribió *El Suicidio*, que es considerada como un ejemplo de análisis de la realidad social. En este Libro, Durkheim analiza los datos del suicidio tomando en consideración un número elevado de variables como: la edad, la salud mental, el lugar de residencia, la adscripción religiosa, así como el sexo o el país de residencia, y el mes de realización.

Por esta razón, el libro de Durkheim, a pesar de llevar más de 100 años escrito, se convierte en el referente teórico para la realización de este escrito. Cuando se escribió *El suicidio*, uno de los problemas apuntados por Durkheim, era la falta de armonización de los datos para este fenómeno. Él constataba la dificultad de analizar las variables relacionadas con este hecho social, a causa de la disparidad en el registro de los casos. En el caso del trabajo que sigue, tendremos un problema parecido, porque los años señalados no son coincidentes en los países y las series temporales están rotas. Pero el problema de Durkheim era peor, porque en los registros de suicidio no se clasificaba de la misma forma las muertes autoinflingidas, es más, al suicidio en ocasiones se le trataba de enfermedad mental, y en esa categoría entraban todas aquellas defunciones a las que las autoridades médicas no sabían donde clasificar (Durkheim, 2006)

Esta falta de claridad en los datos, hizo que Durkheim se preocupara desde el comienzo del libro de dar una definición concisa del concepto de suicidio, él lo definió como

“todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado” (Durkheim, 2006:5).

Nuestro segundo eje teórico en la investigación ha sido el de la Salud de hombres y mujeres desde una perspectiva de género. En consecuencia, es el análisis de los datos sabiendo que la variable sexo es un condicionante en los resultados. Sabiendo que además influyen otra serie de variables; pues si el sexo fuera la única variable determinante, no habría sido necesario el análisis de ningún factor social suplementario. Puesto que en la salud, como constata Castaño, son las relaciones de género las que condicionan (Castaño et al; 2006), y estas condiciones se producen en un contexto social. De otra forma no se explicaría que las mujeres tuvieran la tasa de suicidio más baja en todos los países salvo China. Sin embargo, en la salud diferencial no sólo interviene lo social, si no que las relaciones son mucho más complicadas, según González Sanjuán “(...) la distinta morbilidad y calidad de vida resulta de la combinación de los factores biológicos ligados al sexo y de los factores socioculturales que inciden en la posición social de los varones y las mujeres y en los modelos de masculinidad y feminidad” (González Sanjuán, 2008:63)

Sin embargo, es difícil encontrar un marco teórico adecuado al análisis de las estadísticas de suicidio, porque una de las limitaciones con las que nos hemos encontrado, es la escasez de monografías y publicaciones sobre el tema desde los años 80, tiempo en el que hubo una proliferación de tesis, libros y artículos sobre la cuestión. Los estudios que han proliferado han tenido como marco América Latina o han sido estudios de caso (Ara et al, 2006; Casado, 2002; Ruiz-Pérez, 2006); y las investigaciones antes de los años 80 carecían de la perspectiva de género.

El tercero de los ejes teórico es el suicidio como un problema de la salud mundial. Desde esta perspectiva se sitúa la Organización Mundial de la Salud, que entiende que el suicidio es uno de sus principales temas. Sin embargo, la OMS, en la mayoría de sus publicaciones se centra en el tratamiento de los supervivientes y de las supervivientes, y no tanto en el análisis de las variables determinantes. Según la OMS, no obstante, existen algunos factores de riesgo como: los problemas de integración social; no tener un respaldo emocional consistente (OMS; 2006). La mayor preocupación de la OMS, según autores como Méndez (2003), es el hecho que el suicidio ha pasado a ser superior en las edades intermedias de la vida. Para paliar este problema, la OMS desarrolló un programa denominado SUPRE-MISS, que pretendía realizar estudios de caso para reducir las tasas de suicido más elevadas entre las edades intermedias.

### 3. A modo de conclusión

A la luz de los comentarios que hemos hecho sobre los diversos países del mundo, se pueden extraer diferentes conclusiones, pero la primera de ellas es que en la mayoría de países las mujeres se suicidan mucho menos que los hombres, y que sus tasas de suicidio son mucho más estables que las masculinas. Así pues, cuando se haga el estudio en profundidad sobre la migración eugenésica, será pertinente atender a la variable sexo como condicionadora.

Cuando se examinaron los datos de suicidio para los diferentes países del mundo, se comprobó que la tasa de suicidio masculina se dispara para las edades más avanzadas. Lo cual significa que deberemos tener en cuenta también el factor de la edad cuando se lleven a cabo las investigaciones.



El problema de las explicaciones sobre los suicidios es que no han tenido a las mujeres en cuenta para realizar teorías. Estas sirven para explicar el suicidio masculino, pero no el femenino. Pero cuando se las somete a la prueba del género, demuestran no ser válidas. Las tasas de suicidio femeninas no muestran pocas oscilaciones. Puede que las adscripciones subjetivas, y las descripciones personales en base a la vida laboral no sean las más indicadas, porque la vida laboral tiene un fin, la jubilación. Sabemos que las mujeres que tienen ahora más de 75 años fueron las mujeres que nacieron en los 20, son las mujeres que salieron al mercado de trabajo durante la II Guerra Mundial y que han tenido una permanencia inestable en el mercado de trabajo.

Son embargo, no se han realizado muchas investigaciones sobre este fenómeno que aclararían la situación sobre el suicidio, y la posible implantación de políticas, más allá del turismo mortal que parece estar llevándose a cabo en Suiza. A pesar de que todavía no existan investigaciones, la aparición de fenómeno, nos lleva a plantearnos cuál es la visión de la muerte que prevalece en nuestras sociedades.

Después de revisar los datos empíricos y las teorías sobre el suicidio, nos hemos dado cuenta de que hay más preguntas que respuestas. Una de las razones de esta falta de respuestas es que los datos sobre el suicidio han ido perdiendo riqueza, al menos en el caso Español, en cuanto a las variables de estudio. Sin embargo este problema no es únicamente del Estado Español, para el resto de Europa el problema es el mismo. En ocasiones como la del suicidio vemos que la armonización de las estadísticas en lugar de conllevar una ganancia en riqueza, trae lo contrario.

Otro de los problemas es que muchas veces la familia no dice que se trata de suicidio, por eso no podemos confiar al 100% en las estadísticas, es el médico quien dictamina la causa de la muerte.

Lo único que deseábamos con este escrito era suscitar cuestiones acerca de la idea de la muerte y el suicidio. Y su relación con el caso Suizo, en el que a pesar de estar prohibida la eutanasia encontramos clínicas en las que se asiste el suicidio, eso sí, con la autorización previa de la persona interesada.

---

<sup>1</sup> Según las Estadística de Salud del INE para 2006.

<sup>2</sup> Para muchos, esta es una de las obras clave de la sociología; también es para ellos una de las primeras investigaciones sistemáticas en materia social; y un ejemplo para el análisis de la realidad social (Overigton,1998).

## BIBLIOGRAFÍA

Abellán, A. (2005). “El suicidio entre las personas de edad” en *Rev Mult Gerontol* 2005; 15(1): 65-67.

Ará, M; Gisper, R; Puig, X; Freitas, A; Ribas, G; Puigdefàbregas, A. (2006). “Evolución temporal y distribución geográfica de la mortalidad por suicidio en Cataluña y España (1986-2002)” en *Gaceta Sanitaria*. 20(6):473-80.

Ares, J. (2009). “Despoblación y envejecimiento, los grandes problemas actuales del medio rural” en *Laboreo*. N. 472.

Bosch Fiol, E; Ferrer, A y Gili, M (1996). “Aspectos diferenciales en el uso del tiempo entre las mujeres que trabajan fuera del hogar y las amas de casa” en *Psicothema*. Vol. 8. N.3 527-531.

Blumenthal, S.J.; Kupfer D.J (1986). "Generalizable treatment strategies for suicidal behavior". *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1986, 487, 327-340.

Casado, M. (2002). “Suicidios en mayores de 65 años en la provincia de Badajoz: análisis médico legal” en *Cuadernos de Medicina Forense* N° 28.

Castaño-López. E. (2006). “Publicaciones sobre mujeres, salud y género en España” (1990-2005). En *Revista Española de Salud Pública*. N. 80.

---

Carbonell, E. (2007). "Tiempo y suicidio. Contribución antropológica a una discusión transdisciplinar" en *Gazeta de antropología*, N. 23.

Departament de Santé mentale et Toxicomanies (2006). *Le prévention du suicide. Indications pur le personnel enseignant et le milieu scolaire*. OMS. Ginebra.

Ferrer, V; Bosch Fiol, E; Gil. M. (1998). "Aspectos diferenciales en salud entre las mujeres que trabajan fuera del hogar y las amas de casa" en *Psicothema*.. Vol. 10, nº 1, pp. 53-63.

Gonzalez Sanjuan (2008). "Distintos sexos, distinta salud" en *Arxius de ciències socials*. Num. 19, Desembre.

Jelin (1984). *Familia y unidad doméstica: mundo público y vida privada*. México: cedes.

Jiménez, I. (2003). "Ser madre sin pareja: circunstancias y vivencias de la maternidad en solitarios" en *PORTULARIA* 3, 161-178.

Keijzer, B "Hasta donde el Cuerpo Aguante: Género, Cuerpo y Salud Masculina" en <http://www.estudiosmasculinidades.buap.mx/paginas/reporteBenodekeijzer.htm> consultado el 11 de Abril de 2009.

Lazarsfeld, P. et all (1996). *Los parados de Mariental*. Madrid: La piqueta.

Manier, B. (2007). *Cuando las mujeres hayan desaparecido: la eliminación de las niñas en Asia y China*. Madrid: Cátedra.

Mauss, M. (1979). "Ensayo sobre las variaciones estacionales en las sociedades esquimales", en *Sociología y Antropología*. Madrid: Tecnos.

---

Mayán, J.; Araña M. (2006). “Muertes por violencia de género, versus suicidio gerontológico” en *VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores. Discriminación por edad*. Madrid, 23, 24 y 25 de octubre.

Morey, P. (2007). “Violencia de género hacia una comprensión global” en *Revista Alfilo*. Junio-Julio. Año. 3 n.18. Versión electrónica <http://www.ffyh.unc.edu.ar/alfilo/alfilo-18/index.htm> consultada el 2 de Mayo de 2009.

O'Neil, J. (1986). "Colonial Stress in the Canadian Arctic: An Ethnography of Young Adults Changing", en C. James (ed), *Anthropology and Epidemiology*. Dordrecht, D. Reidel Pub.

Ouchi. W. (1984). *Teoría Z: cómo pueden hacer frente las empresas al desafío japonés*. Barcelona: Orbis.

Overington, M. (1998). “Una apreciación retórica de un clásico sociológico: El suicidio, de Durkheim en *Reis*. N.81., pp. 99-116.

Poleman, S et all (2008). *Criterios de decisión en los procesos de selección en España: ¿se discrimina a la mujer?* Madrid: Fundación ADECCO.

Rivas, H. (2005). “El varón como factor de riesgo? Masculinidad y mortalidad por accidentes y otras causas violentas en la sierra de Sonora” en *Estudios sociales. Revista de investigación científica*. V. 13 N. 26. 27-65.

Rojo, F et al (2007). “Entorno residencial de los mayores en España. Hacia una clasificación municipal” en *Boletín de la A.G.E. N.º 43*. pp. 51-72.

Ros, F; Arranz, C. (2002). “La conducta suicida” en Vallejo, J., *Introducción a la psicopatología y la Psiquiatría*. Madrid: Masson.

---

Ruiz-Pérez, I; Olry, A. (2006). "El suicidio en la España de Hoy" en *Gac Sanit*; 20(Supl 1): 25-31.

Sainsbury, P. (1971). "Suicide in London", en A. Giddens (ed.). *The Sociology of Suicide*. London: Frank Coss.

Santos, IM (1996). "Envejecimiento demográfico: diferencias por género" en *Reis*. N. 73. pp. 177-190

Villalba., C. (2002). *Abuelas cuidadoras: una aportación para el trabajo social*. Valencia: Tirant lo Blanch.

Venceslà, JF; Moriana, JA (2002). "Conducta autolítica y parasuicida. Catacterísticas sociodemográficas en población infanto juvenil en el ámbito rural. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. n.84 Madrid oct.-dic.

VV. AA (1998). *El libro negro del comunismo*. Madrid: Planeta.

Zacharakis, C Madianos, M, Papadimitriou C; Stefanis. C (1997): Suicide in Greece 1980-1995: patterns and social factors en *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. N. 33: 471-476.

# La noción deliberativa de la reciprocidad aplicada a la relación médico-paciente en el caso del colectivo de mujeres musulmanas

1

Daniela Gallego Salazar

Fundación Étnor

**Resumen:** El objetivo de la comunicación es en primer lugar, definir los rasgos centrales de la democracia deliberativa y sus posibilidades de aplicación en el ámbito sanitario. En segundo lugar, describir cuatro nociones de reciprocidad que se pueden distinguir en este enfoque: la de Rawls, la de Habermas, la de Cortina y la de Gutmann y Thompson y definir, a partir de ellas un concepto de reciprocidad que pueda aplicarse a la relación médico paciente en el ámbito sanitario. Finalmente y en tercer lugar, describir algunos problemas que se pueden presentar en la atención sanitaria a mujeres musulmanas y en qué medida la práctica de la reciprocidad puede servir para resolverlos.

**Palabras clave:** Democracia deliberativa, reciprocidad, relación médico-paciente, inmigración, mujeres musulmanas.

**Abstract:** The aim of this paper is first of all, to define the central features of deliberative democracy and its application possibilities to the health services. Second, to describe four concepts of reciprocity that can be distinguish in this approach, and that have been proposed by Rawls, Habermas, Cortina, Gutmann and Thompson, in order to define an idea of reciprocity that could be applied into the relationship between doctor and patient in the health service context. Third and finally, to describe some problems that could arise in the public health service with Muslim women and determine how could the practice of reciprocity help to resolve them.

**Key words:** deliberative democracy, reciprocity, doctor and patient relationship, immigration, Muslim women.

## 1. Introducción

El informe anual de la Federación de Asociaciones de S.O.S. Racismo del Estado Español, refleja, al igual que otros estudios realizados a lo largo de 2009, un aumento de las percepciones sociales negativas de la población en general hacia el colectivo inmigrante y discute con especial atención, algunas políticas de instituciones y administraciones públicas que son discriminatorias hacia la población inmigrante y que desde la perspectiva del informe no hacen sino incubar actitudes de rechazo, que luego se reflejan en las encuestas que se realizan a la sociedad. (S.O.S, 2010). Algunas de las políticas a las que hace referencia el informe son:

1. La existencia de Centros de Internamiento CIES, autorizada por la Ley de Extranjería.

2. La existencia durante 2009 de normas que ordenaban a la policía a cumplir con una cantidad de cupos diarios de detención de inmigrantes, una situación desmentida por el ministerio del interior pero de la que se encontraron evidencias en Cataluña y otras Comunidades Autónomas.

3. La previsión de la nueva Ley de Extranjería de sancionar a quien empadrona a una persona inmigrante sin ser su domicilio habitual (S.O.S., 2010, p. 7).

4. El aumento de jóvenes afines a partidos racistas y de agresiones de este tipo en el seno de la población.

5. Las directivas europeas orientadas a controlar el flujo de la población inmigrante, que se caracterizan por recoger “a la baja” las garantías y derechos de la población mientras refuerzan “al alza” las sanciones y limitaciones en el derecho de entrada y desplazamiento en la Unión.

Estos son algunos de los hechos sobre los que alerta S.O.S. Racismo y que entre otros muchos datos e investigaciones les permiten afirmar, que la mirada que la población española tiene de la inmigración tiene dos rasgos: Es por una parte bastante utilitarista, pues ve al inmigrante exclusivamente como fuerza de trabajo, y en segundo lugar, es una visión unidireccional del fenómeno migratorio, pues considera que corresponde al inmigrante adaptarse al país de acogida, aún cuando tal proceso de adaptación debe realizarse sin ofrecerle a cambio herramientas –derechos-, para su adaptación.

Este contexto llama la atención sobre la urgente necesidad de abordar el fenómeno migratorio en todas las esferas de la sociedad y desde una perspectiva

intercultural, que refuerce los valores democráticos de la sociedad española y que a la vez permita un intercambio fructífero entre culturas, haciendo de la diversidad una fuente de riqueza no sólo económica, sino cultural y humana (Gallegos, 2009). Justamente el modelo de la democracia deliberativa representa un punto de partida esencial en la construcción de este camino, gracias a sus amplias posibilidades de aplicación en cada una de las esferas de la sociedad.

## 2. Rasgos centrales de la democracia deliberativa

En *Ética y democracia Radical*, Cortina planteaba con bastante claridad que *democratizar* algunas esferas de la sociedad no quiere decir que haya que *politizar* las actividades profesionales y dividir a las personas entre partidarias de un grupo político u otro. (Cortina, 1993). La democracia radical que la autora propone y que en su formulación más actual denomina democracia comunicativa (Cortina, 2010) está vinculada a una profundización del *carácter democrático* de la sociedad, que puede lograrse con la implementación del modelo de democracia deliberativa.

Esto quiere decir que la democracia no empieza ni termina con el voto y las elecciones, sino que va mucho más allá y que tiene que ver con la capacidad que tienen los ciudadanos para *construir una voluntad común*, a través de procesos de diálogo en el que se escuchen argumentos de todos los actores involucrados en la decisión y donde gracias al poder transformador del diálogo, sean capaces de ponerse de acuerdo sobre los asuntos que les afectan directamente y de tomar decisiones justas.

La democracia deliberativa consta de tres elementos básicos: el democrático, que se refiere a la inclusión de los afectados, el deliberativo, que exige que las personas razonen sus exigencias y propuestas desde un compromiso con la imparcialidad (Elster 2001), y el relativo al proceso de formación continua de una



voluntad común (Cortina, 2010). Todos ellos son indispensables para lograr la finalidad del modelo que es estimular el uso público de la razón y garantizar que las decisiones tomadas a través de este proceso sean justas.

Gracias a que no hay excluidos, a que todas las exigencias se razonan y a que las personas son capaces de transformar sus demandas y optar por el mejor argumento planteado, la democracia deliberativa se presenta como una práctica que permite abordar con éxito los problemas de desacuerdo moral que surgen en las sociedades plurales (Gutmann y Thompson, 2000).

Tales problemas varían en intensidad y pueden ir desde la incompreensión mutua hasta la asunción de posturas irreconciliables. Según Gutmann y Thompson las causas de éstos desacuerdos pueden ser: la escasez de recursos, el egoísmo exacerbado, la incompatibilidad de valores y los límites del entendimiento. La deliberación se presenta como un procedimiento con capacidad para superar estos desacuerdos en la medida en que intenta procesarlos a través de la práctica del entendimiento mutuo.

1. En relación a la escasez, la deliberación impone como requisito que se incorpore la voz de los afectados y se escuche sus necesidades con el fin de que los conflictos de distribución dejen de ser decisiones basadas en la impostura del poder y se conviertan en decisiones resultantes del acuerdo de todos.

2. En cuanto al egoísmo, el carácter público de la deliberación implica varias cosas: a) que las personas escuchen otras formas y argumentos para abordar los mismos problemas y en consecuencia terminen ampliando su horizonte de comprensión sobre los temas que se debaten. b) que, como señala Elster (2001b) alguien a quien sólo le importe defender su propio interés, se vea obligado porque argumenta en público, a disimular su postura bajo la forma de un interés general, puesto que una coincidencia perfecta entre su interés y el

argumento imparcial será sospechosa, con lo cual se verá obligado a defender una postura que difiere en algo de la suya inicial. Además, una vez que un orador ha adoptado un argumento imparcial, será mirado como oportunista si se desvía de él para atender a sus necesidades. Esto es lo que Elster llama “la fuerza civilizadora de la hipocresía” que termina por mover al egoísta de su postura inicial, dado que ésta es indefendible en público.

3. El desacuerdo moral implica el enfrentamiento entre valores que se consideran incompatibles; en el caso de la práctica médica tenemos por ejemplo, las posturas a favor y en contra del aborto, de la eutanasia, o las creencias en torno la salud y la relación médico paciente, entre otras. A este respecto, los defensores de la deliberación consideran que el razonamiento colectivo es ventajoso porque permite que los ciudadanos pongan en orden los enfrentamientos y distingan entre lo moral, lo inmoral y lo amoral, entre las exigencias fundadas en la búsqueda del interés común y aquellas que sólo expresan intereses individuales. Según Gutmann y Thompson, en una deliberación bien llevada permite *economizar en nuestros desacuerdos morales*. Es decir, permite que las personas aíslen e identifiquen aquellos valores en los que hay una oposición radical y aquellas situaciones en las que pueden converger.

4. Los límites del entendimiento son una fuente de conflicto y hacen referencia al hecho de que la capacidad de comprensión de los seres humanos es limitada y por lo tanto es difícil que podamos entender por nosotros mismos todas las dimensiones de un problema o que podamos acceder a la verdad de las cosas<sup>2</sup>. Por el contrario, necesitamos acceder a una comunidad de diálogo en la que podamos poner a prueba nuestros pareceres y reflexionar sobre su validez.

Ahora bien, para que la deliberación pueda superar en una medida importante estas fuentes de conflictividad moral, es necesario que se realice cumpliendo con algunas condiciones que son garantía de que el proceso se realice correctamente. Dialogar para llegar a resultados correctos no es fácil pues requiere de la disposición de los participantes a *argumentar en serio* y de un compromiso con la justicia. Por esa razón, todos los autores que se dedican al estudio del modelo deliberativo reflexionan sobre las condiciones con las que debería cumplir la deliberación para que sea posible realizar una construcción discursiva de la voluntad común. Entre ellas destacan:

1. La inclusión: todos los afectados o sus representantes pueden participar
2. La simetría: todos pueden manifestar sus posiciones, deseos, necesidades y preferencias. Y todos pueden influir efectivamente en las decisiones que se están tomando.
3. La reciprocidad, se refiere a la disposición sincera de intercambiar argumentos con el resto de interlocutores para llegar a un acuerdo en el que probablemente se produzca una transformación de nuestras opiniones iniciales. Ésta sólo puede practicarse si prevalece el respeto por las posiciones y opiniones de cada cual aún cuando no estemos de acuerdo con ellas.
4. Las exigencias que se planteen deben ser inteligibles y veraces.
5. Todos deben reconocer que el consenso es la mejor vía para solucionar desacuerdos. Deben estar dispuestos a dar argumentos imparciales o universalizables y a reconocer que debe prevalecer aquél que tenga más fortaleza.
6. Es importante que los participantes tengan competencia comunicativa, es decir, las capacidades, habilidades, información y motivación necesarias para poder articular públicamente sus preferencias y demandas y para respaldarlas con los argumentos necesarios para defenderlas.

Estas condiciones previas a la deliberación no se dan siempre en la práctica pero constituyen una referencia importante de cómo deberían darse los procesos

argumentativos para acercarse el máximo posible a la justicia y sirven también para valorar la calidad de las deliberaciones que vamos realizando.

### 3. Nociones de reciprocidad que se pueden distinguir en el enfoque deliberativo.

De todos los requisitos anteriormente mencionados prestaremos especial atención a la reciprocidad porque como señala Crivelli se trata de una norma social que condiciona sistemáticamente el compromiso de muchas personas y es una regla capaz de promover relaciones de colaboración, con un consecuente aumento del bienestar colectivo, sobre todo en situaciones en las que es impensable o imposible el recurso a un vínculo contractual (2009, p. 33).

Los defensores de la democracia deliberativa entienden que la reciprocidad es una dimensión esencial para que sea posible el reconocimiento y la deliberación. Rawls la presenta como uno de los rasgos de la dimensión moral de las personas, de donde surge la motivación a comprometerse con otros en la búsqueda de términos justos de cooperación social. La idea de intercambio implícita en el concepto de reciprocidad constituye la garantía de que todos querrán colaborar socialmente con el propósito de que todo el mundo se beneficie (Rawls, 1995, p.68). La reciprocidad es definida como un punto intermedio entre la imparcialidad, que es altruista y sólo actúa en función del bien general, y la idea de la ventaja mutua, que supone que cada cual tendrá ventajas respecto a su presente o esperada situación futura. (1995, pp. 40, 41). Con esta definición Rawls rompe con el dualismo entre actitudes movidas exclusivamente por el altruismo o por el puro interés personal, haciendo de la reciprocidad una regla que condiciona las acciones y elecciones humanas de las personas relativas a su compromiso con la cooperación social.

En la teoría de Habermas sobre la democracia deliberativa, la reciprocidad aparece como un intercambio donde lo importante es la racionalidad, la coherencia argumentativa de las exigencias que se presentan al interlocutor. Las demandas deben ser inteligibles, deben estar fundadas en la veracidad y se deben exponer en situaciones de simetría (Habermas, 1998).

Para Cortina, la deliberación requiere de reciprocidad en el reconocimiento de todos los participantes en la deliberación como *personas con derechos y obligaciones*. Derecho a justificar sus exigencias y participar en la discusión, derecho a que sus intereses sean tomados en cuenta, sin necesidad de tener el mismo bagaje cultural y la obligación de colaborar en la comprobación de su validez (Cortina, 2007, pp. 181, 182). Ahora bien, el vínculo entre los interlocutores que forman parte del diálogo no sólo surge de la racionalidad, como en el caso de Habermas, sino que también debe brotar del corazón. Es necesario que los participantes tengan la sensibilidad moral como para empatizar y compadecerse de la situación del otro, sin reciprocidad en este tipo de reconocimiento es difícil que las personas se sientan motivadas para tomar decisiones justas o para subsanar injusticias.

Gutmann y Thompson (2000, 2004), consideran que la reciprocidad también es condición de posibilidad del respeto, la cooperación social y muy importante, de la deliberación, pues para que ésta se produzca es necesario que haya un intercambio efectivo entre los participantes. La definen como: la capacidad de devolver de manera proporcional un bien recibido. Esto significa según ellos lo siguiente: “El <<bien recibido>> es que tú haces tus exigencias en términos que yo pueda aceptar en principio. La <<devolución proporcional>> es que yo haga mis exigencias en términos que tú puedas aceptar en principio” (Gutmann y Thompson, 2000, p. 55).

Esta definición entiende a la reciprocidad como un *compromiso condicionado hacia los otros*. Sin embargo, es distinta de la acepción tradicional que la entiende como “...responder con un favor a un favor recibido y con un desaire a un desaire recibido” y que recuerda un poco a la ley del Tali3n. La definici3n de Gutmann y Thompson se aproxima un poco m3s a la de Lawrence Becker, quien la define en t3rminos deontol3gicos como una virtud que consiste en que debemos devolver el bien con bien en la misma proporci3n en que lo recibimos y que debemos resistir el mal, y no devolver el mal a nadie, que debemos reparar el da1o que hacemos y estar dispuestos a hacer cosas porque son una obligaci3n moral (Beckeer, 1990).

Cada una de las nociones de reciprocidad que brevemente hemos presentado nos permite definirla entonces como una dimensi3n moral de los seres humanos, como una regla de colaboraci3n que hace posible: 1. que se comprometan con otros en la definici3n de los t3rminos justos de cooperaci3n social (Rawls), 2. que asuman el compromiso de *dialogar en serio* e intercambiar argumentos para resolver desacuerdos (Habermas) 3. Supone tambi3n que las personas est3n dispuestas a reconocerse r3c3procamente como interlocutores v3lidos (Cortina) y a dialogar asegur3ndose de que la parte que dan llegar3 a su destinatario no por imposici3n sino porque 3ste puede recibir efectivamente lo que se le est3 ofreciendo (Gutmann y Thompson). En este sentido, la reciprocidad encierra la exigencia moral de que las personas apelen a razones o principios que sean accesibles a sus interlocutores y que puedan incluso ser compartidos en el futuro. Por todas estas razones podemos afirmar que la reciprocidad es una regla positiva de relaci3n entre las personas y constituye un punto de partida potente para que los ciudadanos solucionen sus desacuerdos morales en el marco de la deliberaci3n.

#### 4. El ejercicio de la reciprocidad en la atención sanitaria con el colectivo de las mujeres musulmanas

He querido hacer referencia a este colectivo debido al recrudecimiento de las polémicas públicas que durante el año 2010 han tenido lugar en relación al uso del velo islámico. Según el estudio de la Agencia de Derechos Fundamentales de la Unión Europea sobre discriminación, publicado en mayo de 2009, una de cada tres personas musulmanas encuestadas había sido víctima de discriminación y el 11% había sido objeto de delitos racistas. SOS Racismo advierte sobre un aumento de la llamada islamofobia en Europa y para certificarlo cita por ejemplo, la celebración de un referéndum en Suiza en diciembre de 2009 sobre la prohibición de los minaretes en las mezquitas, o el aumento de la representación de partidos xenófobos de 12 países en el Parlamento Europeo (SOS, 2010, pp. 15,16). En España han sido varias las polémicas que han saltado a la arena pública en relación al tema del uso del velo islámico, que es considerado por una parte de la población como símbolo de opresión de las mujeres.

Esta situación social adversa que se acentúa en el momento de crisis económica que vive el país, dificulta el ejercicio de la interculturalidad. Debemos tener en cuenta además, que la propia crisis acentúa los problemas propios de la sanidad española, como por ejemplo los relativos a los tiempos en los que se deben realizar los trabajos, las listas de espera desiguales, la saturación de servicios, etcétera. Y disminuye los medios y la capacidad de hacer frente a la diversidad de demandas no sólo sanitarias sino también socioculturales, como las que surgen de las diferencias culturales en la concepción de la salud, y que impactan directamente en la relación médico paciente. Pensemos por ejemplo, en el hecho de que algunas mujeres musulmanas acuden a la consulta acompañadas de su marido y en algunos casos es éste el encargado de explicar el problema de salud de la chica, o que puede darse el caso de que la mujer no hable

español, o que exija ser atendida por mujeres y no hombres, o entre otras muchas situaciones, que se encuentre en una especial situación de vulnerabilidad y padezca duelos, quebrantos, infortunios que condicionen su comportamiento en la consulta médica.

Los profesionales de la salud que confrontan este tipo de situaciones se ven exigidos a realizar una intervención que va más allá de la reparación tecnológica del dolor y que tiene que ver con la escucha, la ayuda, el consejo, etcétera. Y es que como afirma Uribe, la práctica médica incluye funciones como el “decir” preventivo y educador, además del “hacer” reparador y el cuidado (Uribe, 2007). Pues bien, las migraciones refuerzan la exigencia de que se ejercite esta dimensión de la atención sanitaria, pues las diferencias culturales implican que para que la atención pueda realizarse con éxito hay que hacer un esfuerzo de mediación, traducción e interpretación de los diversos discursos sobre la salud y la enfermedad.

La comunicación intercultural es un objetivo a lograr que implica recorrer un largo camino cuyo primer momento requiere que las acciones estén orientadas al entendimiento y es aquí justamente donde la reciprocidad es esencial. Por lo tanto es aconsejable que los profesionales de la salud intenten crear las condiciones para mantener relaciones de reciprocidad con sus pacientes que garanticen una comunicación efectiva, un entendimiento real entre ambas partes, no sólo lingüísticamente, sino desde el punto de vista conceptual y humano. Recordemos que la reciprocidad implica reconocimiento y también un intercambio real entre ambas partes. Quizás en el caso de una mujer que no está acostumbrada a ir sola al médico, lo importante primero es permitir que se familiarice con la nueva institución y crear las condiciones para que en un futuro se sienta animada a hacerlo por sí misma.



La reciprocidad también implica que se de voz y oportunidad al paciente para que plantee sus dudas o de a conocer la interpretación que desde su tradición cultural se hace del síntoma que padece y de la enfermedad. Recordemos que la dimensión importante de la reciprocidad se refiere a que tenga lugar ese punto de contacto entre el médico y su paciente que permitirá construir una relación de respeto, confianza y colaboración con el paso del tiempo y que permitirá que ambos deliberen sobre los temas de salud y enfermedad que motivan sus encuentros.

Esta recomendación sobre el ejercicio de la reciprocidad en la relación médico paciente se hace desde la conciencia de que se trata de una relación desigual, en el sentido de que el profesional de la salud presta un servicio que el paciente demanda y que no puede proporcionarse él mismo, por falta de medios y de conocimiento para hacerlo. Sin embargo, tal y como señalan los principios de ética médica, el hecho de que el profesional maneje este conocimiento no impide en ningún modo que el usuario actúe de manera autónoma. Por el contrario, ésta reconoce como uno de los deberes del médico el promover la autonomía del paciente, y la reciprocidad es una importante norma de relación social que puede servir para la realización de éste propósito y que en el futuro posibilitará el aumento de las prácticas deliberativas que constituyen el eje sobre el cual se teje una sociedad intercultural capaz de convivir democráticamente (Gallegos, 2009).

---

<sup>1</sup> Esta comunicación se inscribe en el proyecto de investigación titulado: “El reconocimiento recíproco como base de una bioética intercultural”, Dirigido por el Dr. Juan Carlos Siurana y financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación del Gobierno de España, referencia: FFI2008-06133/FISO, 2008-2011.

<sup>2</sup> La filosofía del lenguaje ha jugado un papel central en la redefinición de los límites de la razón. El conocido giro pragmático del lenguaje ha transformado la discusión sobre las pretensiones de verdad y validez a las que puede aspirar la filosofía. Esta es una discusión amplia y profunda que en España ha sido desarrollada por autores como: A. Cortina, *Ética mínima*, Op. cit., 2001, *Razón comunicativa y responsabilidad solidaria*, Sígueme, Salamanca, 1985. J. Conill, *El crepúsculo de la metafísica*, Anthropos, Barcelona, 1988; *Ética hermenéutica: crítica desde la facticidad*, Tecnos, Madrid, 2006, J. Muguerza, *Desde la perplejidad*, F.C.E., México, 1995, V. Camps, *Pragmática del lenguaje y filosofía analítica*, Península, Barcelona, 1976, entre otros.

---

## BIBLIOGRAFÍA

- Becker, L. (1990). *Reciprocity*, Chicago: University of Chicago Press.
- Cortina, A. (1993). *Ética y democracia radical* Madrid: Tecnos.
- Cortina, A. (2007). *Ética de la razón cordial. Educar ciudadanos en el siglo XXI*. Oviedo: Ediciones Nobel.
- Cortina, A. (2010). *Communicative Democracy: A Version of Deliberative Democracy*, en *Archiv für Rechts- und Socialphilosophie*, Franz Steiner, Vol. 96.
- Crivelli, L., (2009), “Cuando el homo oeconomicus se convierte en reciprocans”, en Bruni, L., y Zamagni, S., *Persona y comunión*. Argentina: Ciudad Nueva.
- Elster, (2001b). “La deliberación y los procesos de creación constitucional”, en Elster, J. (Comp.). *La democracia deliberativa*. Barcelona: Gedisa.
- Elster, J. (2001). “Introducción”, en Elster, J.,(Comp.), *La democracia deliberativa*, Barcelona: Gedisa.
- Federación de Asociaciones de SOS Racismo del Estado Español (2010). *Informe Anual 2010 sobre el racismo en el Estado español*, País Vasco: Gakoa.
- Gallegos, D., (2009), “Educar en la deliberación” en Arenas, F. y Gallegos, D., (Eds.), *El ciudadano democrático. Reflexiones éticas para una sociedad intercultural*. Madrid: Plaza y Valdés. pp. 75-96.
- Gutmann, A. y Thompson, D. (2000). *Democracy and Disagreement*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gutmann, A. y Thompson, D., (2004). *Why Deliberative Democracy*. Princeton: Princeton University Press.
- Habermas, J. (1998). *Facticidad y Validez. Sobre el derecho y el Estado democrático de derecho en términos de teoría del discurso*. Madrid: Trotta.

---

Rawls, J., (1995), *Liberalismo político*, México D. F., F.C.E.

Uribe, J. M, (2007): “Servicios sanitarios y demandas culturales: Diálogos interculturales”, en Actas del V Congreso sobre Inmigración en España: Migración y Desarrollo Humano. Valencia: CeiMigra.

## La hospitalidad en clave médica.

Lorena Cebolla Sanahuja.

Universidad de Valencia<sup>1</sup>.

**Resumen:** en este escrito se plantea la asistencia sanitaria general al extranjero ilegal como un ejercicio de hospitalidad que, en calidad de acción ética, actúa a modo de revulsivo político contribuyendo a una reformulación del concepto de ciudadanía a través de procedimientos no-normativizados, así como dando efectividad al concepto de deber para con un derecho humano.

**Palabras clave:** hospitalidad, ciudadanía, legalidad, derechos humanos.

**Abstract:** this paper considers the sanitary assistance to illegal immigrants as a hospitable action that, understood as an ethical action, is able to produce a political change and contribute to the reformulation of the concept of citizen from non-normative processes, as well as contribute to present as effective the concept of duty towards a human right.

**Keywords:** hospitality, citizenship, legality, human rights.

Cuando Kant escribió su opúsculo sobre *La paz perpétua* recogía, entre las condiciones para alcanzarla, la necesidad de establecer un derecho cosmopolita que regularía las relaciones de los sujetos del globo entre si y la de los Estados con aquellos sujetos que no son ciudadanos de ningún país con el que se mantengan vínculos legales. Este derecho debía limitarse a las condiciones universales de una hospitalidad que consistiría simple y literalmente en el deber de no mostrar hostilidad hacia nadie simplemente por personarse en un territorio del que no es ciudadano.

Este derecho de hospitalidad que no es, por tanto, un derecho de asilo, o derecho a ser acogido en un territorio extranjero, parece simplemente lo que podríamos denominar un “derecho de movilidad”; derecho basado en la necesidad y naturaleza de los intercambios comerciales entre los diferentes puntos del planeta. Sin embargo, una investigación más profunda del concepto en el cuerpo de la filosofía de la historia y del derecho kantianas muestra que esta acción hospitalaria implica algo más que un deber negativo de no dañar al extranjero o un derecho de movilidad comercial. Implica un

acto de reconocimiento de una de las condiciones básicas requeridas para la participación política: la posesión de propiedad, o la capacidad de ser autosuficiente y participar en el mantenimiento del Estado.

Así pues, la hospitalidad kantiana supone el reconocimiento de la condición de una ciudadanía universal y la fuente del deber de establecer las condiciones legales para que esa ciudadanía sea operativa, así como, en segunda instancia, el deber de conseguir que todo sujeto sea un sujeto apto para legislar, es decir, un propietario. La relación vinculante entre la propiedad y la ciudadanía y el deber de establecer una ciudadanía universal son pues la base para la instauración de un derecho cosmopolita en el que cada uno de sus ciudadanos es considerado un “poseedor común de la tierra”.

La hospitalidad, que es una acción que reconoce un derecho pero que se sitúa al margen del mismo, puede considerarse una acción moral creadora de legalidad, un deber moral que en nuestra época puede resultar controvertido debido a la diferencia radical que hoy en día establecemos entre la moralidad y la legalidad de las acciones, en parte también, a causa del mismo pensamiento kantiano.

#### 1. La política. Entre la moralidad y la legalidad.

En términos generales asociamos la palabra deber con un enunciado jurídico. Decimos que tenemos un deber cuando nos referimos a un enunciado normativo que se presenta a modo de una obligación o prohibición recogida en los códigos jurídicos. Estos deberes jurídicos suponen la contrapartida de un derecho, a su vez jurídico, que el mismo código reconoce a individuos o entidades, y que obtienen su fundamento normativo de dos fuentes diversas: por una parte, un derecho es otorgado en virtud de la relación de dependencia que se establece entre el sujeto del derecho y el agente del deber, de modo que este par derecho-deber se entiende según una unidad funcional que

sólo es viable en tanto la relación es normativizada; por otra parte, hay una fuente de derechos que no surgen de relación alguna sino que, según la “normal” comprensión, se entienden como resultado del reconocimiento de un valor intrínseco del sujeto de derecho.

Entendemos que un Estado tiene el deber de procurar la seguridad de sus miembros, no sólo porque éstos contribuyen a su mantenimiento, sino porque pensamos que la autoridad reconoce el valor intrínseco de todo sujeto que está en su territorio. Desde esta perspectiva se justifican los deberes que el Estado tiene para con los desempleados, los discapacitados... La realidad de estos derechos no puede ser explicada desde la relación de dependencia mutua entre el sujeto y el Estado. Sólo se entiende si hay un reconocimiento de un valor que trasciende esta relación.

Con relación a estos últimos derechos surgen deberes que no necesariamente han de estar institucionalizados a modo de mandato o prohibición legal, sino que puede darse el caso de que el reconocimiento de estos derechos implique lo que podríamos llamar un “deber de agente abstracto”, es decir, un deber que ha de ser ejercido por un sujeto no determinado y de un modo no determinado.

Estos derechos a los que se les reconoce una validez jurídica para la que no se encuentra un depositario efectivo del deber —entendiéndose que su efectividad depende tanto del Estado como de los sujetos y que su validez trasciende las fronteras de todo código positivo— podemos decir que constituyen la fuente de legitimidad de todos los derechos que se reconocen efectivamente y la de obligatoriedad, por tanto, de los deberes asociados; son los llamados derechos humanos.

La abstracción que acompaña a los deberes asociados a este tipo de derechos, considerada en su unión contradictoria con el reconocimiento universal de su validez y su papel en la legitimación de los cuerpos constitucionales, podría considerarse un

síntoma del sistema político occidental. La crítica marxista realizada por Althusser (Althusser, 1972) al neoconservadurismo de John Lewis, que manifestaba una burguesización de la filosofía marxista al situar al sujeto en el centro de la transformación de la historia ignorando de este modo el concepto de masa y de lucha de clases como conceptos fundamentales del marxismo, podría aplicarse a la inversa al análisis del concepto de derecho humano, en tanto su formulación como derecho universal pero de reclamo abstracto puede ser entendido el resultado de una ideología política que es operativa de acuerdo a un concepto de sujeto que no puede de por sí exigir el cumplimiento de estos derechos universales tal y como el concepto “derecho humano” presupone. La pregunta es ¿cuál es el verdadero “sujeto” de derecho y deber de las sociedades democrático-constitucionales?, o, dicho de otro modo ¿qué supone hacerse cargo realmente del cumplimiento de los derechos humanos?

Defenderemos que el contenido de estos “derechos” podría obtener satisfacción desde el ejercicio de lo que se conoce clásicamente con el nombre de deberes de virtud, centrándonos, de entre ellos, en el deber de hospitalidad. En este artículo vamos a intentar responder a la siguiente pregunta: ¿cómo se entiende desde la acción hospitalaria el concepto de sujeto de un derecho humano y a la vez se determina quién debe dar cuenta del mismo? Si el agente de estos deberes no es, obviamente, un sujeto abstracto, la propuesta de la hospitalidad como mecanismo de cambio político no puede considerarse como inscrita en el marco de una política liberal/liberalista, ni a la hospitalidad misma, por tanto, como una acción legal normativizada tal y como se entiende que se da cuenta de un deber o de un derecho en el seno de estas filosofías.

Los deberes de virtud, para los que no hay una coacción que asegure su cumplimiento —no son deberes jurídicos— se definen aún hoy desde la concepción amplia que da Kant de los mismos como deberes que el hombre tiene para consigo

mismo o para con los otros en virtud, no de su condición de ciudadano, o, diríamos en general, en virtud de una asociación que le defina, sino en virtud de su condición de hombre. Pero el concepto de hombre no es no de tipo abstracto, sino que el concepto de humanidad — y a pesar de las críticas marxistas al humanismo kantiano— refiere inmediatamente a la realidad de la relación entre el sujeto y su capacidad para ser reconocido dentro del estado social: la propiedad. Es la capacidad de ser un sujeto productivo y en tanto productivo capacitado para decidir en relación a los fines que el todo social adopta, lo que define a todo sujeto como ciudadano. Si los deberes de virtud no se ejercen en función de la ciudadanía, en su ejercicio se tiene en cuenta, podríamos decir, el modo de optar a la misma, entendiendo que el hombre es tal en sociedad y que su perfección y desarrollo dependen de su capacidad de elegir y decidir, y ésta, a su vez, de su estatuto productivo. Pero, en esta definición de hombre hay algo más, hay un reconocimiento de que quien no es ciudadano no lo es precisamente a causa de su falta de participación en el sistema de producción, y, lo que es más, es una falta que le marca como un efecto del sistema de producción mismo, que se muestra de este modo como sistema de clases, y en la filosofía kantiana, además, como un sistema indeseable —y no por la existencia de clases, sino por los concretos efectos de exclusión que acarrea.

Aún hay más: en Kant, el deber de dar cuenta de esa humanidad no es necesariamente un deber individual, sino que el sistema jurídico y su cambio requieren a su base de prácticas sociales que se consideran prácticas virtuosas, que ejercen, como decimos, una acción que puede ser, a la vez que mantenedora o reproductiva, transformadora del mismo sistema en el que ellas se dan, lo que hace que el deber de virtud sea un deber no necesariamente del sujeto, sino sólo un deber ejercido por sujetos.



El deber hospitalidad tiene una especial relevancia entre los deberes de virtud porque es el deber que, teniendo como base de su justificación una propiedad común de la tierra, sirve como fundamentador de todo derecho de virtud o toda práctica no legal destinada a un reconocimiento del hombre entendido como agente productivo, con derecho a la decisión e inmerso en un sistema productivo de clases. Es, podríamos decir, el deber que fundamenta toda acción política destinada a un cambio en el sistema de clases y conducente a la transformación del sistema jurídico en la línea de esta “común propiedad de la tierra”. El derecho a la propiedad reconocido jurídicamente en los textos constitucionales obtiene su legitimidad, desde la perspectiva que arroja este deber o derecho a la hospitalidad, en función del estatuto que tiene todo hombre en tanto común propietario del globo. La hospitalidad implica el deber fundamental que puede dar cuenta de nuestros “derechos humanos” en tanto supone el reconocimiento de todos sujeto como potencial ciudadano del mundo, y, por tanto, como sujeto de una clase en el sistema global de producción.

El hecho de que la práctica hospitalaria, como indica el mismo Kant (Kant, 2002), haya de convertirse en normatividad jurídica, no indica más que el origen de toda legislación positiva se encuentra en la insistencia en acciones “virtuosas” que pueden tener una repercusión política. De este modo, no sólo se concentra el significado de ese sujeto de “derechos humanos” sino que también se define las condiciones para su satisfacción: la existencia de movimientos ilegales o virtuosos<sup>2</sup> que a través de prácticas de reconocimiento impulsan un cambio político, y, con él, jurídico.

Así que si Kant puede considerarse el padre de la fundamentación de los derechos humanos y del concepto de dignidad del sujeto, no podemos menos que destacar que el filósofo prusiano consideraba que la capacidad de ejercer esta dignidad

depende de condiciones sociales que no son el fruto de la acción individual, sino que dependen de un sistema de producción que es definido por la división de clases.

## 2. La asistencia sanitaria al inmigrante como práctica hospitalaria.

Uno de los tipos de las prácticas no codificadas en los textos jurídicos, y que han recibido últimamente nombre de prácticas de una “política agonística”<sup>3</sup>, capaces de crear legislación desde procedimientos no –normativizados, es la de la atención sanitaria de alcance amplio al inmigrante ilegal.

Son muchos los tipos de reconocimiento asociados a la práctica médica de los que surgen cuestiones que dan fruto a nueva legislación. La relación estrecha entre médico y un paciente, al que no puede considerarse simplemente como sujeto de una enfermedad, sino al que le asociamos características como la independencia, autonomía... y, entre otras, su estatuto y condición civil, son la razón de que la práctica médica se convierta en el foco de numerosas reflexiones relacionadas con la adecuación de lo legal a lo “válido” en las sociedades occidentales. Uno de los modos de relación entre médico y paciente que puede considerarse como una práctica hospitalaria con repercusiones en la transformación y creación de una política global o cosmopolita es, como decimos, la de la atención médica prestada a inmigrante ilegal.

En general, en la Unión Europea la atención sanitaria al extranjero, o al inmigrante, depende en grado y tipo de su estatuto legal. Bien sea un ciudadano de la Unión Europea, bien sea un inmigrante con papeles, la atención sanitaria ordinaria al sujeto no-nacional depende de un criterio que implica que éste es sujeto de derechos en tanto contribuye indirecta o directamente al mantenimiento y desarrollo del Estado. La legislación con respecto a la atención sanitaria se basa en una concepción amplia de la

ciudadanía según la cual un ciudadano es aquél que contribuye al bienestar o desarrollo de un Estado, mostrándose de manera evidente que en las sociedades capitalistas contemporáneas el criterio para asignar derechos a un sujeto, no es, en el fondo, otro que la relación de mutua dependencia entre el sujeto y el Estado —y no una concepción ideal de un sujeto de derechos que sirve, sin embargo, como fundamento del texto constitucional.

El inmigrante ilegal no es ni un conciudadano transnacional, ni un “ciudadano temporal”. Su actividad cotidiana no contribuye “legalmente” al establecimiento o mantenimiento del Estado en el que habita y, de acuerdo a la lógica antes establecida, no tiene derechos sociales, derivados de su actividad fiscal o su condición nacional.

La clave de la atención sanitaria a estos sujetos es que la condición de un sujeto de no poseer nada, o de no aportar nada, puede considerarse la causa de un reconocimiento como poseedor común de la tierra, como ciudadano cosmopolita, y, de este modo, como sujeto de derechos. El no tener nada es la razón para ver de un modo originario el derecho de una persona a disfrutar de unos derechos que se hacen operativos al margen de la legalidad vigente. En este caso, desde la acción hospitalaria o deber de hospitalidad ejercido por los profesionales de la medicina.

La atención sanitaria ordinaria y extraordinaria, y no sólo de emergencia, al inmigrante ilegal supone un ejercicio de virtud en sentido kantiano, supone un ejercicio de hospitalidad o de reconocimiento del otro como un poseedor común de la tierra, y, de este modo, como ciudadano cosmopolita. Por tanto, el derecho humano no se hace efectivo de acuerdo a su condición de sujeto o persona, sino de ciudadano del mundo. El otro es un ciudadano; es precisamente su estatuto de ilegalidad lo que hace esta condición evidente.

No se trata pues de reconocer al otro como a un igual en el sentido en el que ambos son personas o seres humanos. La atención sanitaria, como práctica hospitalaria, reconoce al otro, también y sobre todo, en su condición de ciudadano del mundo. De este modo, supone el reconocimiento del otro como productor o sujeto de una clase en un sistema universal de producción de clases (Žižek, 1997).

De entre todas las regulaciones jurídicas con respecto a la asistencia al inmigrante ilegal de la Unión Europea la española es, podríamos decir, de las más “humanas”. El empadronamiento es el único requisito necesario para obtener la asistencia sanitaria regular. Sin embargo, las incongruencias entre la ley sanitaria y la ley de extranjería, el estado de desinformación y el miedo de la mayoría de inmigrantes ilegales, muestran un escenario en ocasiones desalentador y nos impulsan a la necesidad de pensar posibles modos de gestionar esta atención y que a su vez podrían considerarse acciones hospitalarias. Una de las posibles opciones sería la consolidación y extensión a toda España, y también al resto de Europa, del uso de la “tarjeta solidaria”, que concede el derecho a la sanidad sin necesidad de pasar por el requisito del empadronamiento. El reclamo, por parte del personal médico, de la universalización de este tipo de tarjetas como medio de acceso a la atención sanitaria constituye uno de los medios de visualización de las personas excluidas, no por ser personas, sino por su característica de “expropiado”, y supondría un modo de obligar a las administraciones a reconocer a los extranjeros como ciudadanos y no según la definición ideal de persona que reside en sus textos constitucionales.

Este tipo de prácticas contribuye, por tanto, a cambiar el concepto y la comprensión del término ciudadanía y, con ella, pone en evidencia el estatuto del ilegal como sujeto de una clase expropiada, y sitúa, además, al agente de deber en concreto: las administraciones nacionales e internacionales que directa o indirectamente han

conducido a la situación de expropiación en la que se encuentra. Por último, localiza también al intermediario que permite identificar y obligar a actuar al agente de deber: los profesionales de aquellas prácticas que se dirigen a este “otro” desde la perspectiva de su igualdad como ciudadano.

El reclamo por parte del personal sanitario de la creación de este tipo de tarjetas y medios para ofrecer una asistencia que podríamos considerar es *a priori* “ilegal” es uno de los medios para propiciar un cambio jurídico que podría impulsar, como lo hizo hasta ahora el requisito del empadronamiento, canales para la legalización y con ella la completa participación y, a partir de ella, del cambio de las políticas y economías que situaron a ese “ciudadano” en las actuales condiciones de expropiación.

---

<sup>1</sup> Este artículo se inscribe en el marco del proyecto de investigación titulado “*El reconocimiento recíproco como base de una bioética intercultural*”, de referencia FFI2008-06133/FISO adscrito al Departamento de Filosofía del Derecho, Moral y Política, de la Universitat de València.

<sup>2</sup> Hemos de recordar que Kant (Kant, 2005) considera también que la libertad dentro del estado civil puede definirse en Kant, en tanto acción virtuosa, como acción ilegal, pues la ley de la moralidad y la de la legalidad positiva no necesariamente coinciden.

<sup>3</sup> Bonnie Honnig (Honnig, 2006) define las prácticas ilegales creadoras o transformadoras de legalidad prácticas de una política agonística.

## BIBLIOGRAFÍA

Althusser, Louis (1974). *Para una crítica de la práctica teórica. Respuesta a John Lewis*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.

Honnig, Bonnie (2006). “Law and Politics in the New Europe”, en Sheila Benhabib (), *Another cosmopolitanism*, Oxford-Newyork: Oxford University Press, pp.102-127.

Juan Carlos Siurana y Elena Hortelano (dirs.), Isabel Tamarit, Daniela Gallegos, Rafael Amela y Iulian Radu Girtone (investigadores), (2009). *Problemas éticos en la comunicación con los pacientes inmigrantes infecciosos de larga duración y con tratamientos paliativos*, Fundació Víctor Grífols i

Lucas, Accesible en la página Web

---

<http://www.fundaciogrifols.org/collage/images/potter/tempFiles/potterTmp>, Barcelona,  
España, pp.1-174

Kant, Immanuel (2002). *Sobre la paz perpetua*. Madrid: Tecnos..

Kant, Immanuel (2005). *La metafísica de las costumbres*. Madrid: Tecnos.

Žižek, Slavoj (1997). “Multiculturalism, Or, the Cultural Logic of Multinational  
Capitalism”, *New Left Review*, 225, pp.28-51.

# Inmigración, Literatura y Reconocimiento.

Ignacio Pérez Pérez

Universidad de Murcia

**Resumen:** En muchas ocasiones, Literatura y Filosofía tienen puntos comunes; comprobar su mutua interacción resulta enriquecedor. El presente texto pretenderá abordar el tema de la inmigración, tan tratado en los foros de Bioética, desde la óptica literaria.

**Palabras clave:** Literatura, Filosofía, Bioética, Poesía, Inmigración.

**Abstract:** In many occasions, Literature and Philosophy have many points whose answer could be similar: studying them-their interaction-is very interesting. This text tries to explain immigration's phenomenon, highly important in Bioethical forums, based on literary texts.

**Keywords:** Literature, Philosophy, Bioethical Studies, Poetry, Immigration.

La Literatura como vehículo transmisor de lenguajes y culturas desempeña un importante papel en la sociedad actual. El impacto causado por los estudios de Bioética ha sido también notable en este campo: tanto así, que la presente comunicación se propone modestamente analizar hasta qué punto las cuestiones de inmigración se han reflejado en la Literatura de las últimas décadas y cómo tratan los autores el tema del "reconocimiento".

Es indudable que todo proceso migratorio puede estar más o menos "adornado" o provisto de unas galas retóricas en tanto pertenece a un estilo literario o a una corriente artística. El autor está detrás de unas personas y muestra generalmente un compromiso con la realidad que construye. Aquí debiéramos ubicar la clave del "reconocimiento". Hablaremos básicamente sobre novela y poesía y sobre el enfoque que los personajes, emigrantes y receptores de los países que lo acogen, conceden a esta categoría bioética. El siglo XIX, XX y especialmente el XXI presentan ricos testimonios en torno a la cuestión.

Elegiremos obras de sólido argumento y selecto trazo en los personajes para recrear los ejes principales del reconocimiento bajo el prisma de la Bioética y presentado desde la Literatura. Ésta disciplina, íntimamente hermanada con la Filosofía, nos arrojará bastante luz y servirá, como en otras múltiples ocasiones, de puente para acercarnos mejor a determinadas circunstancias y hechos que configuran el rico pensamiento humanístico contemporáneo.

“Reconocimiento” en nuestro lenguaje es un vocablo cuyo eco no deja de invitarnos a visitar diversos lugares donde la palabra desempeña un papel primordial. ¿Qué es conocer? ¿Y qué es “re-conocer”? ¿Implica literal y únicamente “volver a conocer”? Consultado el DRAE, reconocer contiene como primera acepción “examinar con cuidado a una persona o cosa para enterarse de su identidad, naturaleza y circunstancias”; mas también, reconocer es “considerar, advertir o contemplar”. Podríamos desde aquí pedir una actitud más contemplativa hacia todo lo que nos rodea y, concretamente, hacia el fenómeno de la inmigración. Imaginamos al hombre contemplativo como encerrado en el cenobio o internándose en el yermo, sin percatarnos que ser contemplativo es una actitud del corazón. Retomaremos más adelante este concepto del “reconocimiento cordial”.

La poesía nos facilita el adentramiento hacia el inmigrante o hacia el fenómeno migratorio. Quiero llamar la atención, primeramente, sobre la poetisa chilena Gabriela Mistral. Vivió años de exilio, fundamentalmente por causas políticas, aunque no fue explícitamente perseguida. Su misión diplomática la mantuvo alejada del país de sus amores. Ello le ensanchó el amor, pero también le dejó un poso de nostalgia. La nostalgia es el primer factor con que el fenómeno migratorio puede, de algún modo, “enmascararse”, para adquirir entidad propia en el mundo literario. Como fenómeno retórica, la nostalgia debió nacer en la mente de Homero, cuando Ulises sentía aquella



apremiante llamada de vuelta a la patria. No en vano, la palabra nostalgia proviene del griego “nóstos”, que significa “regreso” y “algia”, dolor. Una y otra vez, Odiseo vive esa deliciosa serie de aventuras increíbles que nos proporciona tanto placer al leerlas, pero él tiene como único objetivo ese regreso a la Ítaca que lo había visto nacer. Muchos años más tarde, Kavafis le recordará a Homero que Ítaca está dentro de cada uno, y que cada inmigrante emprende un viaje interior antes del viaje geográfico y físico en sí. Quizá suponga una versión demasiado sensual-decadentista y pesimista de lo que venimos tratando, pero, aunque no la compartamos, resulta oportuno traerla a colación y ver materializado en creaciones literarias concretas los puntos que venimos tocando.

Cuando te encuentres de camino a Ítaca,  
desea que sea largo el camino,  
lleno de aventuras, lleno de conocimientos.  
A los Lestrigones y a los Cíclopes,  
al enojado Poseidón no temas,  
tales en tu camino nunca encontrarás,  
si mantienes tu pensamiento elevado, y selecta  
emoción tu espíritu y tu cuerpo tiente.  
A los Lestrigones y a los Cíclopes,  
al fiero Poseidón no encontrarás,  
si no los llevas dentro de tu alma,  
si tu alma no los coloca ante ti.

Desea que sea largo el camino.  
Que sean muchas las mañanas estivales

en que con qué alegría, con qué gozo  
arribes a puertos nunca antes vistos,  
deténte en los emporios fenicios,  
y adquiere mercancías preciosas,  
nácares y corales, ámbar y ébano,  
y perfumes sensuales de todo tipo,  
cuántos más perfumes sensuales puedas,  
ve a ciudades de Egipto, a muchas,  
aprende y aprende de los instruidos.

Ten siempre en tu mente a Ítaca.

La llegada allí es tu destino.

Pero no apresures tu viaje en absoluto.

Mejor que dure muchos años,

y ya anciano recales en la isla,

rico con cuanto ganaste en el camino,

sin esperar que te dé riquezas Ítaca.

Ítaca te dio el bello viaje.

Sin ella no habrías emprendido el camino.

Pero no tiene más que darte.

Y si pobre la encuentras, Ítaca no te engañó.

Así sabio como te hiciste, con tanta experiencia,

comprenderás ya qué significan las Ítacas.

LA CIUDAD

Dices: "Iré a otra tierra, hacia otro mar  
y una ciudad mejor con certeza hallaré.  
Pues cada esfuerzo mío está aquí condenado,  
Y muere mi corazón  
lo mismo que mis pensamientos en esta desolada languidez.  
Donde vuelvo los ojos sólo veo  
las oscuras ruinas de mi vida  
y los muchos años que aquí pasé o destruí".

No hallarás otra tierra ni otro mar.  
La ciudad irá en ti siempre. Volverás  
a las mismas calles. Y en los mismos suburbios llegará tu vejez;  
en la misma casa encanecerás.  
Pues la ciudad es siempre la misma. Otra no busques -no la hay-  
ni caminos ni barco para ti.  
La vida que aquí perdiste  
la has destruido en toda la tierra.

Gabriela Mistral, por su parte, pondrá acentos conmovedores a su experiencia del alejamiento del país. Nacida en la región más pintoresca de Chile, en sus versos se cuajan recuerdos vivos, son huellas auténticas de la expresión más acentuada de lo popular, lo tradicional, lo netamente "suyo". Cuando se marchó a la Patagonia, dedicó un tríptico llamado *Paisajes de la Patagonia* (incluido en el libro *Desolación*) a radiografiar su interior. Reproduzco sólo el primer poema de la serie.

La bruma espesa, eterna, para que olvide dónde  
me ha arrojado la mar en su ola de salmuera.

La tierra a la que vine no tiene primavera:  
tiene su *noche larga* que cual madre me esconde.

El viento hace a mi casa su ronda de sollozos  
y de alarido, y quiebra, como un cristal, mi grito.

Y en la llanura blanca, de horizonte infinito,  
miro morir intensos ocasos dolorosos.

¿A quién podrá llamar la que hasta aquí ha venido  
si más lejos que ella sólo fueron los muertos?

¡Tan sólo ellos contemplan un mar callado y yerto  
crecer entre sus brazos y los brazos queridos!

Los barcos cuyas velas blanquean en el puerto  
vienen de tierras donde no están los que no son míos;  
sus hombres de ojos claros no conocen mis ríos  
y traen frutos pálidos, sin la luz de mis huertos.

Y la interrogación que sube a mi garganta  
al mirarlos pasar, me descende, vencida:  
hablan extrañas lenguas y no la conmovida  
lengua que en tierras de oro mi pobre madre canta.

Miro bajar la nieve como el polvo en la huesa;  
miro crecer la niebla como el agonizante,  
y por no enloquecer no encuentro los instantes,

porque la noche larga ahora tan solo empieza.

Miro el llano extasiado y recojo su duelo,  
que viene para ver los paisajes mortales.

La nieve es el semblante que asoma a mis cristales:  
¡siempre será su albura bajando de los cielos!

Siempre ella, silenciosa, como la gran mirada  
de Dios sobre mí; siempre su azahar sobre mi casa;  
siempre, como el destino que ni mengua ni pasa,  
descenderá a cubirme, terrible y extasiada.

El panorama que pinta resulta francamente descorazonador. Ni está integrada en el mundo, ni éste parece ser habitable. Resultan irresistibles al comentario los versos en que dice: “Los barcos cuyas velas blanquean en el puerto/vienen de tierras donde no están los que son míos/sus hombres de ojos claros no conocen mis ríos/y tienen frutos pálidos sin la luz de mis huertos./Y la interrogación que sube a mi garganta/al mirarlos pasar, me descende, vencida:/hablan lenguas extrañas y no la conmovida/lengua que en tierra de oro mi vieja madre canta.” La luz de los huertos, la tierra de oro, la lengua conmovida: no por casualidad se les proporciona estas tres cualidades a los sustantivos clave de la estrofa: huertos, tierra, lengua. Tierra y lengua, viene a ser, al fin y al cabo, lo que nos diferencia.

Ateniéndonos a una teoría de análisis explicitada por el poeta Carlos Bousoño, si objetivamos en sensaciones la pura y simple lectura del poema nos saldrán unas cuantas como “oscuridad”, “hostilidad”, “amargura”, “melancolía”. En una palabra, angustia. Ni Kavafis, al que hemos leído minutos antes, ni Gabriela, están lejos del existencialismo y

la náusea. Sólo que cada uno ha llegado a él por caminos distintos: en Kavafis es el hastío ante el refinamiento y la carnalidad que-pensaba él-podía reportarle los mayores placeres. En Gabriela Mistral se adentra más en un concepto del vivir errante: he aquí la figura del “apátrida” y de la vida que no encuentra reposo en un lugar, precisamente por el concepto trascendente que ella-ferviente católica-tenía y fue derramando en sus composiciones.

La falta de reconocimiento puede conducir a situaciones muy negativas, a posturas cerradas que en nada favorecen la acogida. Lo más fácil ante las ocasiones que se nos presentan diariamente cuando nos tropezamos con alguien de otra nacionalidad es tomar la actitud que la gente tuvo con el protagonista poemático de la siguiente pieza. Gabriela lo tituló *La Extranjera*.

Habla con dejo de sus mares bárbaros,  
con no sé qué algas y no sé qué arenas;  
reza oración a dios sin bulto y peso,  
envejecida como si muriera.

En nuestro que nos hizo extraño,  
ha puesto cactus y zarpadas hierbas.

Alienta del resuello del desierto  
y ha amado con pasión de que blanquea,  
que nunca cuenta y que si nos contase  
sería como el mapa de otra estrella.

Vivirá entre nosotros ochenta años,

pero siempre será como si llega,  
hablando lengua que jadea y gime  
y que le entienden sólo bestezuelas.  
Y va a morir en medio de nosotros,  
en una noche en la que más padezca,  
con sólo su destino por almohada,  
de una muerte callada y extranjera.

A lo largo de todo el poema, comprobamos que el símbolo que lo preside, “la extranjera”, se ha desdoblado en un “simbolizado” y un “simbolizador”. El simbolizado, que normalmente se diluye en una entidad alegórica, es aquí claramente la mujer emigrante, la mujer que no se adapta, la realidad de la inmigración tocando a nuestra puerta, para ser exactos. Sus simbolizadores resultan altamente significativos: los rezos, el habla, el huerto “extraño”, la propia muerte. Si los desgranamos someramente, hallamos trazado en sus líneas maestras la visión del extranjero y lo extranjero. En primer lugar, el lenguaje. “Habla con dejo de sus mares bárbaros”. Normalmente, los inmigrantes difieren en su idioma y el choque idiomático genera rechazo; no hay más que leer el calificativo “bárbaros”. Las diferencias religiosas también constituyen algo candente alrededor del cual puede girar esa diferenciación que se convierte en manifiesta hostilidad o simplemente incompreensión: “reza a Dios sin bulto y sin peso”. Por último, habríamos de resaltar que, es tan lejana la historia y está emocionalmente tan distante de nosotros que “sería como otra estrella en el firmamento”. No pensemos que todo es, como al principio consigné, “ropaje lírico”. Notemos bien que estos rasgos son los mal aducidos motivos para segregar al inmigrante, desde el punto de vista del pensamiento y de la actuación. Pocos versos

pueden contener un realismo y una actualidad tan apremiante como el del final que sobrevendrá a la protagonista poemática: una muerte a la que se le colocan en aposición dos adjetivos: “callada y extranjera”. Este tipo de muerte es una constante en la autora. Al acabar el *Poema del Hijo*, aunque no tiene nada que ver con este tema, también dirá: “Apacenté los hijos ajenos, colmé el troje/ con los trigos divinos, y sólo de Ti espero/ Padre nuestro que estás en los Cielos, recoge/ mi cabeza mendiga si en esta noche muero”. La que fuera Premio Nobel de 1945 vivía en una enorme precariedad. Sentía, por decirlo de algún modo, su desubicación en un mundo que, por otra parte, no tenía fronteras. A decir verdad, y como plasmó más tarde en otra composición, se había hecho a vivir en el “país de la ausencia”.

País de la ausencia,	Me nació de cosas
extraño país,	que no son país:
más ligero que ángel	De patrias y patrias
y seña sutil,	que tuve y perdí;
color de alga muerta,	de las criaturas
color de neblí,	que yo vi morir;
con edad de siempre,	de lo que era mío
sin edad feliz.	y se fue de mí.
No echa granada,	Perdí cordilleras
no cría jazmín,	en donde dormí;
y no tiene cielos	perdí huertos de oro



ni mares de añil,	dulces de vivir;
nombre suyo, nombre,	perdí yo las islas
nunca se lo oí,	de caña y añil,
y en país sin nombre	y las sombras de ellos
me voy a morir.	me las vi ceñir
Ni puente ni barca	y juntas y amantes
me trajo hasta aquí.	hacerse país.
No me lo contaron	Guedejas de nieblas
por isla o país.	sin dorso y cerviz,
Yo no lo buscaba	alientos dormidos
ni lo descubrí.	me los vi seguir,
Parece una fábula	y en años errantes
que ya me aprendí,	volverse país,
sueño de tomar	y en país sin nombre
y de desasir.	me voy a morir.
Y es mi patria donde	
vivir y morir.	

El verso hexasílabo imprime un carácter entrecortado, áspero, agudo. Casi es posible afirmar que influye rítmicamente en lo que quiere transmitir. Efectivamente, el emigrante normalmente experimenta sentimientos similares. “Parece una fábula/ que ya

me aprendí/sueño de tomar/y de desasir”. Ese “tomar” y “desasir”, es susceptible de ser interpretado por las quimeras que muchos se forjan de prosperidad y de ennoblecimiento del futuro. Si nos fijamos, las comparaciones que se forjan al calor de estos sentimientos no desembocan en ningún camino positivo. Es frecuente la negación en todo el poema: “No echa granada...no me lo contaron...no tiene cielos...ni puente ni barca...”. Con la desnudez retórica propia de la autora, nos presenta un lugar situado en ninguna parte, desprovisto de colores, de aromas, de cielos. Es una “naturaleza desnaturalizada”; sin considerarlo en su estricto sentido, es lo que, algunos críticos, en lugar de las “Utopías”, han calificado como “Distopías”: los críticos han calificado estas últimas como sociedades perversas donde la realidad transcurre de forma contraria a la ideal utópica, eternamente cantada y propuesta por Moro. Nosotros aquí le daríamos a “Distopía” el valor absoluto de un lugar geográfico desubicado, propio de quien ya ha emigrado o se ha movido tanto, que no tiene patria propia.

Como decía Tomás Moro<sup>1</sup> en su libro *Utopía*, quien nada tiene que perder pues no posee nada más que su persona, lo arriesgará todo ya que sabe que no va a perder nada, mientras que puede optar a encontrar algo que por poco que sea siempre será mejor que lo que no tenía.

En efecto, la desesperación personal ante la especial amargura con la que se le ofrece la vida a muchas de estas personas inmigrantes, hace que lo arriesguen todo pues saben que peor que están no lo estarán, por eso no pierden la esperanza de mejorar su difícil situación, pese a que en la mayoría de los casos el desenlace resulte funesto. Pero como dice el refrán popular: “quien no arriesga no gana” o también, “nada teme perder quien nada tiene”.

Gabriela Mistral se acompaña de frecuentes voces sensoriales o alusiones a los sentidos. “color de alga muerta, color de neblí” (el neblí es un tipo de halcón o ave de caza descrita en los tratados de Cetrería), estaría llamando directamente a las puertas de nuestra vista. “Nombre suyo, nombre, nunca se lo oí”: una clara alusión al sentido del oído. “Ni cría jazmín”, tendría conexión con el olfato.

Los versos centrales expresan con agónica certeza-pero sin el exagerado patetismo que pudiera pensarse-la auténtica verdad: “Me nació de cosas/que no son país./De patrias y patrias/que tuve y perdí;/de las criaturas/que yo vi morir/de lo que era mío/y se fue de mí”. Y martillea el estribillo: “en país sin nombre me voy a morir”. La madurez que la poeta adquiere escribiendo estos versos no se concibe sin el sufrimiento: no es que haya tratado de “empatizar” con el inmigrante, sino que ella misma lo es.

La poesía tiene miles de motivaciones maravillosas para continuar buceando en la segura búsqueda de muestras que nos inciten a reflexionar y que den un espaldarazo, por lo menos moralmente, a este campo de la Bioética. Admitamos que no son buenos tiempos para la Lírica, que nunca se la ha considerado como merece; pero no es menos cierto que siempre ha constituido un poderoso impulsor de los más nobles estímulos del ser humano y un despertador, un constante invitatorio al compromiso. Podemos generar ciudadanos a través de la poesía y podemos engrandecer o denostar determinadas prácticas a través de ella, seguros de que no nos fallará.

Dejando ahora un pequeño espacio para la prosa, más concretamente la narrativa y la novela contemporánea, desearía destacar un libro que nos situará en el punto álgido del conflicto a que queremos hacer mención. M<sup>a</sup> Dolores Moreno, actual Técnico del Museo del Ferrocarril, ha escrito recientemente *La identidad perdida. La historia oculta de los niños de Morelia*. Dicha página en la historia de la II República Española no se había dado a conocer suficientemente. Aunque aquí la autora parece querer hacer

apología de este régimen político y del vigente en el México de los años 30-40, acción que es bastante perjudicial a la hora de escribir una novela a menos que se desee un libro intencionadamente tendencioso, desvela un proceso en el que se vieron implicados varios centenares de niños que salieron atropelladamente de España, fueron brutalmente tratados en México, y finalmente se instalaron allá con solos sus recursos sin posibilidad de volver a España.

Madrid y las ciudades leales a la República deciden, en consonancia con altas personalidades diplomáticas y con el Presidente mexicano Lázaro Cárdenas, enviar a la ciudad de Morelia en el Nuevo Mundo, una expedición de niños a quienes querían sustraer de los horrores de la guerra...sin pensar que les aguardaba una realidad igual de trágica. Inmigración forzosa, trato denigrante, pillería, resabios, abusos físicos y psicológicos: la autora nos presenta los frutos de una desastrosa operación política en la que los niños fueron desgraciadamente los protagonistas. En unas condiciones de vida más bien penosas (barracones y dependencias de un antiguo convento), en medio de golpes y atropellos y con la casi completa ignorancia de las autoridades mexicanas, aquellos niños crecen, subsisten (algunos mueren o son confundidos, como es el caso del protagonista) y llegan a la mayoría de edad sin que nadie los reclame. Un enorme porcentaje de ellos nunca tuvo noticias de España y, por tanto, nunca pudo plantearse la repatriación y reintegración en su familia.

El prejuicio de los dirigentes de la famosa “Escuela-Hogar” se sitúa en el ojo del huracán de este libro y es el factor más importante que motiva el rechazo. Lamberto Martínez era, en palabras de Moreno, “un hispanófobo recalcitrante que consideraba a los españoles culpables de todos los males de los mexicanos”. Se expresa en estos términos: “Quiero que sepan que yo no estoy aquí por mi gusto, sino por un imperativo

del Secretario de Educación, el licenciado Sánchez Vela, y que no me gustan los españolitos como ustedes. Es más-prosiguió-si pudiera, me sacaría hasta la última gota de sangre española que corre por mis venas. Piensen que ya no están en España, sino en México, así que ya pueden ir olvidando su orgullo de español y su rebeldía, pues acá vana a ajustarse a un horario estricto y una disciplina que no pienso consentir que se altere”.

Sobre un niño de diez años, llamado Cosme, va a recaer toda la vorágine de la guerra y de la expatriación. Su hermano, altamente identificado con los ideales socio-comunistas y su cuñada alcohólica, lo embarcan en una aventura sin retorno, donde conocerá a Amparo con la que logrará fundar una familia. La madurez de este niño, entre golpes, insultos, pobreza, hambre e indefensión, harán de él un ser frágil, un ser que llevará siempre el estigma de “niño de Morelia”. Recogiendo el testimonio de uno de ellos, Emeterio Payá, empieza la novela con un paratexto a modo de cita: “Lloro porque, siendo muy español y muy mexicano, siento que a la postre me he quedado sin identidad”.

En relación con este conflicto, se hallaría la contraposición entre “reconocimiento legal” y “reconocimiento cordial” del inmigrante que ha efectuado el filósofo Raúl Sebastián, basándose en los presupuestos éticos de Adela Cortina Orts. Merece la pena esta larga cita con la cual deseo concluir: “Resulta evidente que en una sociedad económica y moralmente desarrollada como la nuestra, no se puede reducir el reconocimiento legal a la única instancia ética, pues a la ética no sólo le importa lo legal, sino sobre todo le interesan las personas, ya que como decía Kant<sup>2</sup>, en el reino de los fines todo tiene un precio y una dignidad, sin embargo hay algo que se encuentra por

encima de todo precio y su equivalente. Se trata de la persona humana y esto se debe a que tiene dignidad y la convierte en algo valioso que no puede cosificarse y a lo que no se le puede poner ningún precio.

Esta propuesta puede resultar utópica y verse como algo irrealizable sin embargo concuerdo con Adela Cortina en afirmar que “otro mundo es posible si otra ética es posible”<sup>3</sup>.

Y otra ética es posible si replanteamos la inmigración desde el reconocimiento cordial de esos inmigrantes, que lejos de ser criminales<sup>4</sup> son personas que en ocasiones lo arriesgan todo para encontrar un porvenir mejor y que lejos de hacerlo por cobardía, lo hacen como un acto desesperado pero valiente, pues no sólo inmigran cuando están hambrientos, sino cuando encuentran el coraje suficiente para jugárselo todo a una sola carta.<sup>5</sup>

Tal y como nos sugiere Habermas tenemos que tener en cuenta que la tolerancia no debe de estar referida a las convicciones sino a las personas, reconocer no significa equiparar formas de vida culturalmente diversas, sino universalizar los derechos subjetivos y respetar las diferencias, sobre todo las culturales”.<sup>6</sup>

---

<sup>1</sup> Moro, T. *Utopía*. Alianza. Madrid. 1991.

<sup>2</sup> Kant, I. (Tr, de Manuel García Morente). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Sociedad Económica Matritense de Amigos del País. Madrid. Pág. 71.

<sup>3</sup> Cortina, A. “La revalorización de lo humano en un mundo individualista e interdependiente”. Pág. 45.

<sup>4</sup> En muchas ocasiones se asocia la delincuencia con la inmigración, resulta evidente que muchos inmigrantes acaban delinquiendo, pero esta realidad no tienen que llevarnos a asociar el fenómeno migratorio con la delincuencia, pues este hecho nos llevará a verlo como algo negativo para nuestras sociedades.

<sup>5</sup> García Roca, J. “Las migraciones como propuesta de civilización: qué hacer ante las inmigraciones”. Pág. 95.

<sup>6</sup> Habermas, J. *Kampf um Anerkennung im demokratischen Rechtsstaat*. Suhrkamp Verlag. Frankfurt. 1994.

## BIBLIOGRAFÍA

Bousoño, C. (1999). *Teoría de la Expresión Poética*. Gredos, Madrid: Gredos.

---

Cortina, A. (2006). *La revalorización de lo humano en un mundo individualista e interdependiente* in *Desafíos y oportunidades del siglo XXI*. Méjico: CEMEX.

García Roca, J. (2005). *Las migraciones como propuesta de civilización: qué hacer ante las inmigraciones*. Valencia: Iglesia Viva.

Habermas, J. (1994). *Kampf um Anerkennung in demokratischen Rechtstaat*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag.

Kant, I. (1992). *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*. Madrid: Sociedad Matritense de Amigos del País.

Kavafis, K. (2003). *Poesía Completa*, Madrid: Visor.

Mistral, G. (1968). *Poesías Completas*, Madrid: Aguilar.

Moore, T. (1991). *Utopía*, Madrid: Alianza Editorial.

Moreno, M.D (2010). *La identidad perdida*. Madrid: Umbriel.

# Glosas para la refutación del alegato kantiano contra las excepciones a la prohibición del suicidio

J.R. Moncho Pascual

Universitat de València

**Resumen:** En esta comunicación queremos oponernos al discurso kantiano contra el suicidio. Esto conlleva la admisión de la eutanasia, lógicamente. Primero: sobre el principio kantiano de prohibición del suicidio: más que una contradicción al instinto necesario de vida, parece la contrariedad de dos deseos contrarios (vida y muerte) y contingentes. Segundo: el principio kantiano es un deber estricto y sin excepciones. Eso es el punto débil del discurso kantiano. Nada impide admitir excepciones de una vida periclitante, por ejemplo, cuando se alcanza una discapacidad del 70 %. Tercero: en buena lógica, la permisividad del suicidio conlleva la de la eutanasia.

Admisión del suicidio, admisión de la eutanasia, excepciones a los principios morales, condiciones del suicidio.

**Abstract:** In this paper we propose the rejection of Kant's prohibition of suicide; consequently we admit euthanasia. First: There is no contradiction needed in the grounding of the prohibition principle. Second: we are opposed to Kant since we think of the admissibility of exceptions to principle. Third: then if suicide may be moral, euthanasia too.

Suicide admitted, euthanasia admitted, exceptions to moral principles, conditions for admissibility of suicide.

1. Fragmentos de la *Fundamentación* sobre el suicidio (edición de la Academia de Prusia, p. 421-422):

- a. “Si la máxima de su acción (del suicidio) puede convertirse efectivamente en una ley universal.”
- b. “Pero su máxima radica en que por egoísmo lo convierto en principio de abreviar la vida”...
- c. “Cuando la vida, a más largo plazo, amenaza con más males que satisfacciones promete”...
- d. “Se puede preguntar de nuevo si este principio del egoísmo pueda convertirse en ley natural universal.”
- e. “Pronto ve uno que una naturaleza, cuya ley fuera, por la misma sensación cuyo destino sea empujar al fomento de la vida, destruir la propia vida sería contradecirse ella misma y no subsistiría como naturaleza; en conclusión es imposible que dicha máxima



pueda tener lugar como ley universal de la naturaleza y, por consiguiente, se opone totalmente al principio supremo de todo deber.

## 2. Glosas.

### 2.1 ¿Cómo el no-suicidio se convierte en principio universal y sin excepciones?

Sabemos que hay una gradación de deberes en Kant: deberes perfectos y sin excepciones y, deberes imperfectos con excepciones. La prohibición del suicidio se pretende un deber perfecto. Para ello hay que demostrar que se puede querer la vida y que el suicidio será contradictorio con un deseo necesario de la vida. Así se puede querer el no-suicidio cuando 'ab esse ad posse valet ilatio'. Pero una afirmación de esta característica podría fácilmente convertirse en 'petitio principii'. Efectivamente, en ciertas circunstancias querer suicidarse es necesario o cuasi-necesario.

Para demostrar esto, hay que indicar las condiciones de dicha 'excepción'. Que no daría lugar a una universalización radical; sólo daría lugar a una necesidad condicionada. He aquí sus condiciones. a) Presencia de dolor insoportable, máxime con perspectiva de duración indefinida. b) Una incapacidad considerable, con un mínimo de, pongamos, el 70 %. c) Un aislamiento social preponderante (no entramos en sus características). d) Autoestima nula. Hay que pensar en la posibilidad de mejorar sus malas condiciones. La esperanza de salir de los malos condicionamientos tenderá a postponer la decisión de suicidarse. Pero si los cuatro criterios confluyen o tienden a confluir, la esperanza es más lejana. Esta lista de condiciones queda abierta a la introducción de otras que la comunidad quisiera reconocer o imponer.

Lo que podríamos llamar necesidad condicionada de las excepciones converge con los deberes imperfectos de Kant, que admiten excepciones. Pero nosotros extenderíamos esta consideración a todos los principios y deberes.

Es esencial ver la excepción como limitada por sus condiciones y sin capacidad de ir más allá de los límites de dichas condiciones. En cuyo caso la excepción no es universalizable en el sentido de Kant; pero no deja de ser moral.

El suicidio como excepción resulta contradictorio con el instinto o deseo necesario y natural de vida, según pretende Kant. a) Pero en sus fórmulas, al parecer, el instinto, deseo o principio de la vida supone como *previo* el principio prohibitivo. Sugerimos que Kant comete una 'petitio principii'. b) ¿Son deseo de vida y deseo de muerte contradictorios? Kant dirá que el suicidio “se opone por completo” (“gänzlich widerstreite”) al principio de todo deber. No está claro que ello exprese contradicción y no simple contrariedad.

Como quiera que vida, deseo y muerte son funciones mensurables, la simple contrariedad se les aplicaría mejor.

O sea, hay un grado en la intensidad de la función, también en el camino hacia la muerte. Y, en general, los deseos son intensificables y disminuibles.

Si desaparecieran todos los pares de contradictorios, sería mejor decir que todos los deberes son imperfectos.

2.2. Una excepción supone una universalidad limitada por la correspondiente condición. Y la excepción ya no es universalizable más allá de dicho límite.

Es verdad que sería falso decir que la excepción no es universalizable. Pero podemos decir que el principio y la excepción se sitúan en niveles diferentes y jerarquizados de universalidad. Dicho de otro modo, principio y excepción no tienen el mismo ámbito de universalidad; efectivamente la excepción no puede afectar a la parte no exceptuable del principio.

Pero el principio admitirá excepciones, contrariamente a lo que Kant piensa. Sería interesante saber cómo y por qué una condición puede ser motivo de la introducción de una excepción.

¿En ese proceso se comete la falacia naturalista, que deriva el deber del ser, o los valores de los hechos? Analicemos las condiciones del suicidio para hacer algunas sugerencias.

a) En el caso de un dolor insoportable y constante no podremos decir que la bondad resida en el placer. Pero sí que se nos podría conceder que un cierto nivel de satisfacción es necesario para una vida humana y moral. Tal nivel entra dentro de un ideal de humanidad. Un nivel opuesto de infelicidad no sería admisible para el bien humano.

b) Una severa incapacidad (más del 70 %), igual que el ya mencionado dolor, afecta gravemente a la autoestima. Se da una convergencia de satisfacción y autoestima que parecen incluidas en el ideal de vida humana digna.

c) El aislamiento social es un fuerte instrumento de incapacidad y dolor. Por lo tanto, niveles medios de satisfacción, autoestima y relación social son necesarios para un ideal de vida humana digna. Sin embargo, si los niveles positivos son medios, los niveles negativos que permiten el suicidio han de ser muy negativos, para poder ser considerados irreversibles.

Si las excepciones limitan los principios, también al contrario, los principios limitan a las excepciones; en el sentido de que ciertas excepciones son admisibles y otras no.

2.3. Decíamos que la supuesta contradicción de la excepción supone como algo previo al principio (principio del suicidio en este caso).

Eso es evidente en la consideración cotidiana de las excepciones y principios. Sin embargo, nos llama la atención que Kant mantenga que el principio/deber es algo previo al carácter contradictorio de la excepción. No es la contradicción la que precede al principio; al contrario, el principio precede y genera a la contradicción.

En nuestra *Historia de la Filosofía Moral* (estudio VII) hemos dicho que una cosa es 'poder querer' (implicado en el imperativo categórico) y otra cosa es 'deber querer'. Por supuesto, 'poder querer' no es igual a 'querer efectivamente'; pues dentro del 'poder querer' caben una pluralidad de alternativas.

Lo que pasa es que para Kant la negación del principio inexceptuable sería una contradicción. Mas la contradicción desaparece, si no se universaliza la excepción irrestrictamente, y se la guarda en sus límites, sin extralimitarse. La noción de límite (o sea condición) sería importante para tener principios y excepciones que no caigan en contradicción.

#### 2.4. “Ich mache es mir aus Selbstliebe zum Prinzip”.

Esto es un argumento de psicología moral: el suicidio obedece al principio del *egoísmo*. Lo cual tiene una connotación negativa e inmoral. Pero se podría decir que el egoísmo es un instinto vital irrenunciable. Es un elemento importante. Probablemente se ha de combinar con los demás principios morales. Podemos concluir aquí que cierta dosis de egoísmo es compatible con la moralidad. E, indirectamente, cabría que cierta dosis de suicidio, por mínima que fuere, también sería compatible con la moralidad.

2.5. ¿Cuál es el caso de suicidio sobre el que especula Kant? El de acortarse la vida cuando a largo plazo se esperan más males que bienes.

Kant considera su futuro para hacer el balance de los bienes y los males esperados. Esto parece ser un criterio matemático (un cálculo sobre la esperanza de la calidad de vida). Nuestras condiciones (dolor, incapacidad, aislamiento social y falta de autoestima) son más restrictivas. El suicidio que él considera tiene amplios límites; lo que le vuelve casi ciego para los casos agudos que nosotros consideramos admisibles.

## 2.6. El fomento de la vida, percibido como determinación en la naturaleza como ley.

O sea el fomento de la vida es considerado como ley porque es percibido como 'determinación'. La determinación aquí es una determinación natural, que está por encima del libre albedrío. Se corresponde al 'appetitus naturalis' de Santo Tomás. Es un deseo de nivel inferior; pero arrastra consigo necesidad. El instinto que empuja hacia el fomento de la vida engendra un deber, y regula moralidad.

Kant parece subrayar que el querer natural es necesario. Pero aquí hay un dilema: ¿se trata de un querer fáctico? ¿O se trata de un querer moral? Probablemente Kant quiere las dos cosas. Pero quizá por la facticidad fundante cayera en la falacia naturalista.

Para nosotros es éste un argumento a favor de la gradualidad de las categorías y preceptos morales, lo que parece enlazar con una zona de excepciones.

En todo caso, por su globalidad, tenemos aquí un precepto moral, superando los límites de la facticidad.

## 2.7. 'Widersprechen' versus 'widerstreiten'.

Por una parte escribe: "...destruir la vida, *contradecirla*, y no subsistiría como naturaleza". La aplicación del verbo 'contradecir' destruiría la vida, y no subsistiría como naturaleza. El verbo contradecir expresa destrucción y aniquilación; de la vida

como naturaleza. Esto significa otro reproche al suicidio; además de egoísta, es antinatural.

Por otra parte escribe: “y consiguientemente se 'opondría totalmente' al principio supremo de todo deber”. No puede ser ley universal.

El verbo 'oponer' no es tan fuerte como 'contradecir'. Pero quizá sean más próximos por la adición de 'totalmente' a 'oponer'. En cuyo caso al no-suicidio le correspondería un principio sin excepciones. Pero como 'se opone' no tiene la fuerza de 'contradecir', cabría que el no-suicidio fuera un deber imperfecto y con excepciones.

Añadamos una reflexión a favor del suicidio como excepción admisible. Es evidente que la naturaleza, sin más calificaciones, no es una categoría moral. Por otra parte, una naturaleza puede cubrir diversas calificaciones morales. Las calificaciones morales tienen su propio origen, y éste no puede estar en la mera falta de vida. La moralidad moral no es reductible al mero hecho descriptivo.

## 2.8. El suicidio no puede ser una ley de la naturaleza; más bien contradice a la ley.

Nuestra última glosa gira en torno a la no contradicción entre instinto/deseo de vida instinto/deseo de muerte. Pues entre ambas cabe una gradación; un camino graduado.

Por otra parte, el deseo de vivir y el de morir tienen un idéntico soporte; o sea, que en parte coinciden. Esto nos convence de la gradualidad del tránsito de la vida a la muerte; si bien no sucede al revés en el tránsito de la muerte a la vida.

Si nos imaginamos la muerte como irreversible, se asiste a la aniquilación de la libertad. Pero hay que considerar si otros valores no merman, a veces inconsideradamente, la libertad. Dicho sea esto como purificación del suicidio.

### 3. Corolario sobre la eutanasia.

Concluimos que el suicidio condicionado, aquí tratado, puede aceptarse moralmente. Sus condiciones serían el extremo dolor, la extrema discapacidad, el aislamiento social y/o la pérdida severa de autoestima. En segundo lugar, si en ciertos casos el suicidio es admisible: también lo sería la eutanasia como ayuda a morir en los casos mentados. En efecto, el suicidio es la cuestión substantiva, mientras que la eutanasia es cuestión adjetiva; su admisibilidad depende totalmente de la admisibilidad del suicidio.

### 4. Última Reflexión.

Hemos mantenido que el suicidio destruye la vida y no puede convertirse en ley universal porque la naturaleza no podría subsistir.

Aquí, oportunamente distinguiremos entre naturaleza global del género humano y la naturaleza simplemente individual. Por lo que respecta al suicidio, la desaparición de los individuos afectaría a la naturaleza meramente individual, aunque tendría tendencia, a muy largo plazo, a disminuir y a aniquilar la humanidad entera.

Respecto al suicidio, convendría combinar vida y libertad con valores básicos que dejaran un resquicio al suicidio en casos extremos; así concebido no conduciría al aniquilamiento del género humano.

Por otra parte, el uso del lenguaje de las excepciones y no-excepciones responde a convenciones terminológicas y a acuerdos metodológicos.

Tendríamos, pues, la plausibilidad de aplicar ambas formulaciones (excepciones y no excepciones), desembocando así en el lenguaje como juego, inseparable de la formulación de reglas.

Por otro lado, cuando Kant habla de la 'Bestimmtheit' de los deberes hay que entender que la 'determinación' de las reglas es, en gran parte, un fenómeno mental, añadido a la posible percepción de los fenómenos.

La "Bestimmtheit" se parece al cuchillo de carnicero que da forma al pedazo de carne. La 'Bestimmtheit' es lo cortante, o sea lo diferenciador y discriminador del bien y del mal. Los bordes se encuentran esculpidos por la 'Bestimmtheit' o determinación del propio querer.

El sistema kantiano es un sistema cortante. El 'moral feeling', una ciencia sustentada en el sentimiento sería lo contrario del sistema kantiano, pues sería de consistencia muelle y no cortante. Pero la palabra 'sentimiento' en Kant está condenada antes de ser pronunciada. Es patente que Kant menosprecia toda forma de patología sensible: tendencias, instintos, sentimientos.

#### BIBLIOGRAFÍA.

Kant, Immanuel (1965). *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. Hamburgo: Felix Meiner.



## Dilemas éticos ante la criminalización de la mutilación genital femenina.

Jorge Vázquez Costa.

Universitat de València.

**Resumen:** La criminalización de la mutilación genital femenina conlleva la aparición de unos dilemas éticos que deben ser respondidos. La confrontación de valores entre Occidente y el resto de culturas; el control del Estado sobre la autonomía del individuo, y la aparente contradicción con la regulación del aborto son los retos a los que debe enfrentarse el médico como agente de integración.

**Palabras clave:** ablación, mutilación genital, aborto, inmigración.

**Abstract:** The criminal categorization of the female genital cutting entails some ethical problems which need to be faced. The confrontation between Western values and other cultures', the State's ruling over the individual autonomy and the possible contradiction with the regulation of abortion are the challenges which doctors –as integration agent- must face.

**Keywords:** genital cutting, mutilation, abortion, immigration.

### 1. La mutilación genital femenina: caracterización.

Por Mutilación Genital Femenina –en adelante MGF- entendemos una serie de prácticas que abarcan la escisión del prepucio clitoriano, la ablación del clítoris, y la infibulación –extirpación de clítoris y labios mayores y menores-. Aunque la opinión generalizada es que la MGF tiene una motivación sociocultural que pretende constreñir la libertad sexual de la mujer, lo cierto es que se han demostrado casos en los que se practica por motivos estéticos o por creerlo un deber religioso (Adam, 2003:30).

En la actualidad la MGF sigue practicándose en países de África y Oriente Medio principalmente, aunque aún quedan reductos en algunos países latinoamericanos, y se ha ido extendiendo a Europa y Norteamérica con las nuevas oleadas migratorias. La Organización Mundial de la Salud calcula que de 100 a 140 millones de mujeres -92 en África- han sufrido la MGF, y que ésta amenaza a cerca de tres millones de niñas al año. Aunque en algunos países se practica a menores de 1 año, UNICEF calcula que la práctica se extiende hasta los 15, coincidiendo con la iniciación sexual de la mujer.

La práctica en clandestinidad conlleva el riesgo de muerte, así como de contagio de VIH, hepatitis y otras enfermedades sanguíneas. Pero además, a medio o largo plazo la MGF puede provocar infecciones crónicas del tracto urinario, trastornos renales, infecciones del tracto genital, infecciones en la pelvis, infertilidad, tejido cicatrizal excesivo, queloides y quistes dermoides. Y a todo esto hay que añadir los problemas para mantener relaciones sexuales y dar a luz, que pueden llegar al extremo de la desinfibulación previa al acto y reinfibulación posterior (Amnistía, 1999: 23-26).

Ante este escenario, la comunidad internacional ha tratado de erradicar la MGF. En el plano internacional, sólo la Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer ha dado una respuesta jurídica específica. El resto de organismos internacionales han recurrido a declaraciones programáticas o a convenciones genéricas -como la Convención contra la Discriminación a la Mujer o la Convención sobre los Derechos del Niño-. Por ello, la batalla contra la MGF se lucha en el ámbito nacional. Suecia fue, en 1982, uno de los primeros países en aprobar una ley específica que persiga la MGF. Estados occidentales -como Reino Unido o Estados Unidos- y africanos -como Benín, Yibuti, Sudán, Uganda o Senegal- han seguido su ejemplo. Otros países han optado por reconducir la MGF a figuras penales ya tipificadas (como el delito de lesiones), bien jurisprudencialmente -es el caso de Alemania o Francia-, bien legislativamente -así, Canadá, Bélgica o Dinamarca-. España ha seguido esta última opción al introducir en el artículo 149.2 del Código Penal la penalización de la MGF con prisión de seis a doce años, y la inhabilitación para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento de cuatro a diez años. Asimismo, el artículo 23.4g de la Ley Orgánica del Poder Judicial posibilita la jurisdicción universal en supuestos de MGF cuando el responsable se encuentre en España (García, 2007: 10-27). Un caso particularmente interesante lo constituye Egipto. Si bien un decreto de

1959 prohibía la MGF, en 1994, ante la continuidad de la práctica de forma clandestina, el Ministerio de Sanidad ordenó que se practicara la MGF en hospitales públicos por personal especializado cuando éste no hubiera podido convencer a los padres de no realizarla. La presión internacional obligó a derogar la orden al año siguiente (Asúa, 2004: 91-92).

## 2. Dilemas éticos frente a la MGF

Precisamente esta presión internacional es la que presenta el primer dilema en relación con la MGF, en cuanto que parece que es la presión de Occidente la que impulsa el cambio en los países donde aún se practica. ¿Está justificada esta intervención o es un rebasamiento de los límites entre sociedades? La Conferencia de Viena sobre Derechos Humanos de 1993 tuvo que enfrentarse a una dura realidad: algunos socios de la comunidad internacional –asiáticos fundamentalmente– argumentaron que los derechos humanos eran una invención occidental y, por tanto, sólo aplicables y exigibles para Occidente. Y no estaban del todo faltos de razón. Lo que hoy conocemos como derechos humanos son en realidad una amalgama de instituciones jurídicas de diverso origen. Los derechos humanos *stricto sensu*, es decir, los inherentes al hombre, son los que Berlin califica como derechos negativos (Berlin, 1958: 121-131), o más exactamente: libertades. Estas libertades –la libertad de la vida, libertad de integridad física, libertad de desarrollo– se convierten en derechos cuando se impone al Estado la obligación de protegerlos frente a injerencias externas. Y frente a ellos existe una serie de derechos positivos –los sociales, por ejemplo– que requieren una acción de prestación del Estado. Estos derechos son difícilmente calificables como inherentes al hombre, por la sencilla razón de que donde no existe Estado –pensemos en el salvaje de Rousseau–, no hay quien pueda satisfacerlos. Se trata, por tanto, de

derechos culturales, propios de una sociedad, y no exigibles en el resto. El problema puede plantearse cuando se produce un encuentro entre dos culturas que conciben una misma práctica, la MGF en nuestro caso, como necesaria y como atentatoria respectivamente. La actitud de la segunda, Occidente en nuestro análisis, debe constreñirse a proteger las libertades básicas y tratar de modificar el sustrato cultural en las otras sociedades. Sin embargo, en su propia base social puede libremente jugar la baza del orden público, que permite una prohibición sine exceptio de todo aquello que ataque los valores básicos sociales (Bonet, Landete, 2005: 106-109, 118-119).

En todo caso, la MGF atenta claramente contra algunas de estas libertades primigenias -integridad, desarrollo de la personalidad- que suelen englobarse en el concepto de dignidad. Así comprendida, la dignidad tiene dos límites: las libertades básicas del resto de hombres, y la libertad de decisión del propio sujeto. Y es que, una característica fundamental de estas libertades inherentes al hombre es que el sujeto no es sólo sujeto pasivo -esto es, beneficiario de un derecho-, sino también activo en tanto en cuanto es el único que puede de forma efectiva disponer o decidir acerca de la libertad en cuestión. En caso contrario nos encontraríamos ante una facultad otorgada por una autoridad superior -llámesele Dios, Estado o pueblo- y cuyos límites no los fija el propio sujeto beneficiario, sino el otorgante.

La verdadera disyuntiva se plantea cuando la libertad en sí es reconocida por el Estado y se transforma entonces en libertad-derecho. Esta obligación que adquiere el Estado de garantizar la protección de estas libertades, ¿le autoriza a protegerlas incluso frente al propio sujeto de las mismas? Es decir: ¿puede el Estado impedir que una mujer decida llevar burka o, en el caso que nos ocupa, practicarse la MGF? La respuesta inmediata que nos surge es que sí: no solo puede, debe hacerlo, porque ambas prácticas atacan la dignidad de la mujer. Y sin embargo son respuestas culturales, que parten de la

base de que ninguna mujer occidental renunciaría a su dignidad en esas parcelas - consideración por otro lado falsa-. Si lo planteamos con otras libertades-derecho, la respuesta parece más clara: ninguno aceptaríamos que el Estado, con el argumento de proteger nuestra salud física, decidiera qué podemos comer o cuánto ejercicio físico debemos hacer al día. Incluso con la libertad-derecho más importante, la vida, ya se reconoce jurídica y éticamente que prevalece la autonomía de la persona sobre la obligación del Estado de protegerla o mantenerla a toda costa (Vidal, 2009: 151).

Por lo tanto, la única forma de evitar que el Estado -o cualquier otro tercero- se transforme en una pesadilla orwelliana es que su acción se limite a la protección frente a terceros que puedan agredir esas libertades y a proveer a la persona de todas aquellas capacidades necesarias para proteger y actuar autonomamente en relación con sus libertades. Algo que no está sucediendo, puesto que el Estado ha empezado ya a adoptar un papel sobreprotector y sobreinterventor -el ejemplo más reciente en España lo constituye la prohibición de fumar en negocios privados-. Se está produciendo una positivización jurídica de la sociedad, en el entendido de que se trata de utilizar las leyes para provocar o modificar conductas que realmente se rigen por la ética y no por el Derecho. Lo que, unido al abandono de los principios generales del Derecho lleva a la creencia de que sólo lo escrito son normas, y no hay más normas -morales o jurídicas- que las escritas. Podría decirse, por tanto, que el Estado ha abandonado toda diferenciación entre una ética de mínimos y una de máximos (Vidal, 2009: 166-167; Cortina, 2001: 137), para considerar que él mismo puede imponer una ética única que, por su origen teóricamente laico, sea exigible a todo el mundo.

¿Cuál es la solución entonces? Posiblemente se halla en una conjugación del orden público y la autonomía. Es importante este concepto de autonomía porque no requiere sólo la actuación libre de la persona, sino que la decisión se haya tomado

también libremente, es decir, sin vicios. Esto implica que el Estado debe por un lado asegurarse de que toda decisión concerniente a los derechos y libertades de la persona es tomada autónomamente: con suficiente información, sin que exista coacción y poseyendo el sujeto capacidad de raciocinio. Pero también que debe favorecer la educación e información de sus ciudadanos. En esta dirección precisamente se pronunció en 1998 el Comité Nacional de Bioética italiano al afirmar que no podía lucharse contra la MGF sólo con la represión penal, sino que, si cabe, es más importante el proceso de integración y modificación cultural (Asúa, 2004: 95). Se trata, al fin y al cabo, de la diferencia entre prohibirle a la mujer llevar el burka, y darle la información y educación necesaria para que ella deduzca que no es lógico que tenga que taparse todo su cuerpo mientras su marido exhibe el suyo. Éticamente esta segunda opción es la deseable, en cuanto la persona toma por sí misma una decisión, y no le es impuesta. Pero además, cuando se trata de libertades fundamentales, es necesaria. Porque otorgar al Estado -o a un tercero- la potestad absoluta de protección de un derecho, puede llevar a la larga a que se apropie también de la potestad de controlarlo, de limitarlo. Y así, llevado al extremo, la obligación de garantizar una vida digna, puede dar pie a la arbitrariedad de considerar que una vida ya no es digna de ser vivida (Vidal, 2009: 148).

Un problema aún mayor se plantea cuando no nos encontramos ante un adulto, y en el caso de la MGF hemos visto que ésta es la situación ordinaria. El argumento básico para la disposición, lo hemos dicho, es la capacidad de discernir y decidir libremente. La seguridad jurídica lleva a los ordenamientos a establecer una edad límite que a efectos jurídicos marca el paso de la incapacidad a la capacidad de discernir. Sin embargo, se trata de un límite orientativo como lo muestra no sólo la diversidad de edades-límite en el mundo -en Escocia es de 16, en Misuri 17, en Honduras 21-, sino también la propia diversidad en un mismo ordenamiento. El Derecho español, que

establece la mayoría de edad en los 18 años, recoge la institución de la emancipación, prevista precisamente para permitir que menores de edad con capacidad suficiente actúen jurídicamente como adultos; y en otros casos autoriza al juez a valorar in situ la capacidad del menor para dar mayor o menor efecto a sus declaraciones -artículo 92 del Código Civil para la custodia en procesos de divorcio-. O, por ejemplo, la recién aprobada reforma del aborto autoriza a las menores entre 16 y 18 años a practicarse un aborto sin necesidad de que sus padres siquiera conozcan tal decisión. ¿Puede extrapolarse este argumento y mantenerse que una joven de más de 16 años o una joven cuya capacidad de discernimiento esté sobradamente probada puede decidir practicarse la MGF?

Desde un punto de vista ético no puede darse una solución genérica: la bioética exige que cada decisión sea tomada por el paciente y que se le tenga en cuenta en la medida en que es capaz de expresar una opinión, y la capacidad de cada menor sólo la puede mostrar el caso concreto. Sin embargo, jurídicamente la modificación de la regulación sobre el aborto en España podría llevar a una autorización de facto de la MGF cuando concurra el consentimiento de la menor. La teoría constitucional del contenido esencial de los derechos fundamentales -aplicable en este caso virtud al artículo 15 de la Constitución española- implica que los derechos reconocidos en la Constitución tienen un núcleo que es inviolable, pero también que las limitaciones a dicho contenido deben ser idénticas en casos semejantes. En caso contrario, se quiebra la seguridad jurídica. Por ello no tiene sentido afirmar que la mujer -o la niña mayor de 16 años- tiene derecho no sólo a practicarse un aborto, sino incluso a exigir que el Estado le facilite dicha práctica, pero no lo tiene a someterse a la MGF. En ambos casos se produce una agresión física y posibles consecuencias psicológicas (Bosch, 2006: 211-214), que en ninguno de ellos -salvo en embarazos de riesgo- conlleva un beneficio

terapéutico. Salvo, claro está, que deshacerse de una posible vida pueda considerarse beneficioso.

Distinto es cuando el menor no tiene capacidad de discernimiento, o cuando se trata de un adulto que tampoco la tiene. Entonces adquiere relevancia la figura del padre o tutor, que debe velar por los intereses del incapaz y tomar decisiones en su nombre. Pero también la del Estado, pues debe asegurarse de que la decisión tomada se corresponde con la que tomaría el incapaz, conforme a los datos que se posean de él, y de que no se va en ningún momento más allá de lo imprescindible. Pues debemos recordar aquí lo ya apuntado anteriormente: sólo el incapaz puede disponer completamente de sus libertades-derecho, por lo que la acción del padre, tutor o el Estado sólo es sustitutiva, debiendo dirigirse a aumentar la autonomía del incapaz y postergando toda decisión prescindible hasta el momento en que él mismo pueda tomarla. En consecuencia, es difícilmente aceptable que un padre pueda tomar una decisión que afecte a la dignidad de su hija sin que se justifique en un bien mayor, que en este caso sólo puede ser la vida. Sólo una situación de peligro vital de la menor en nuestro caso -por ejemplo, si viviera en un país en que la no mutilación se castiga con la muerte-, justificaría jurídica y éticamente la decisión de practicar la MGF.

Resta finalmente analizar el papel del tercero imparcial. El que no pretende participar, pero se ve involucrado. Es la postura del médico, que se encuentra ante un doble dilema: ¿debe practicar la MGF cuando ésta es solicitada por la afectada?, y ¿debe denunciar una posible práctica de la MGF cuando existan indicios suficientes? La respuesta inmediata es, de nuevo, de rechazo a la MGF: debe denunciarse y en ningún caso se debe ayudar en su práctica. Pero la respuesta quizá cambie si el objeto de debate es un tema con el que buena parte de nuestra sociedad se siente más cómodo: el aborto.



No en vano el principal argumento a favor de la despenalización del aborto –y de su práctica en centros públicos- fue en sus inicios el número de muertes que se producían por abortos ilegales (Bosch 2006: 212); por no hablar de tantas voces que se han alzado en España pretendiendo negar el derecho de objeción de conciencia a los médicos del servicio público. En todo caso, en ambos supuestos la respuesta debe ser negativa respecto a la práctica. El médico es un ser humano y, por tanto, la mera instrumentalización del mismo -como si se tratara de un robot- ya sería contraria a la ética. Asimismo, considerar que el médico debe participar en todas aquellas actividades que podrían conducir a la muerte de no ser supervisadas por personal especializado, sería desvirtuar por completo el contenido del deber de proteger la vida.

Más matizada debe ser nuestra respuesta en el caso de la denuncia. Si bien en condiciones normales cualquier conocimiento de un posible delito debería denunciarse, pudiendo incurrir en caso contrario en delito de omisión (Asúa, 2004: 99), en el supuesto de la MGF nos encontramos ante una población segregada culturalmente y cuyo principal nexo de integración -el único en algunos casos- es el posible delator. Problema que se agrava más todavía cuando tenemos en cuenta que una condena a un extranjero por practicar la MGF conlleva la retirada de la patria potestad y la expulsión del país. ¿Vale la pena entonces arriesgar la integración de la menor y, más aún, forzarla al desarraigo familiar?

### 3. Conclusión

En definitiva, como hemos visto a lo largo del presente análisis, el tratamiento de la MGF adolece de un grave defecto de análisis. La criminalización no es la solución para un problema de profundas raíces éticas. En los países de origen de la migración, la solución pasa por una labor reeducativa y un control sanitario que sus propias

estructuras institucionales no pueden proveer. En los países de destino no puede equipararse la MGF a cualquier tipo de violencia contra las mujeres. El rechazo más absoluto a su práctica y la imposición del orden público no pueden hacernos olvidar que el que un padre someta a su hija a la MGF no prueba que vaya a maltratarla y, por tanto, la disolución del hogar familiar no sea probablemente la solución más adecuada. Finalmente, la necesaria labor de control no puede interferir con la función integradora de los agentes médicos y sociales, por lo que urge la creación de una figura cuyo cometido sea garantizar la adaptación jurídica de los inmigrantes, relevando a los anteriores en una función que les es impropia.

## BIBLIOGRAFÍA

Adam Muñoz, M<sup>a</sup> Dolores (2003). *La mutilación genital femenina y sus posibles soluciones desde la perspectiva del Derecho internacional privado*. Córdoba: Universidad de Córdoba.

Amnistía Internacional (1999). *La mutilación genital femenina y los derechos humanos*. Madrid: EDAI.

Asúa Batarrita, Adela (2004). “Criminología y multiculturalismo. Medidas internacionales y propuestas de tratamiento jurídico para la erradicación de la mutilación genital femenina”, *Eguzkilore*, nº18, pp. 83-101.

Berlin, Isaiah (1958). *Four Essays on Liberty*. Oxford: Oxford University Press.

Bonet Navarro, Jaime; Landete Casas, José (2005). “Aportaciones desde el Derecho eclesiástico al concepto constitucional de orden público”, *Revista General de Derecho canónico y Derecho eclesiástico del Estado*, nº9, pp. 105-119.

Bosch Barrera, Joaquim (2006). “La mutilación genital femenina y el aborto: dos dilemas éticos con dos enfoques resolutivos diferentes”, *Cuadernos de Bioética*, vol. 17, pp. 207-214.

Cortina, Adela (2001). *Alianza y Contrato. Política, Ética, Religión*. Madrid: Trotta.

García Ruiz, Yolanda (2007). *Derecho de asilo y mutilación genital femenina: mucho más que una cuestión de género*. Madrid: Fundación Alternativas.

Vidal Gil, Ernesto (2009). “Diez preguntas sobre el caso Englaro”, *Persona y Derecho*, vol.61, pp.143-168.

Páginas web (última consulta realizada el 10 de noviembre de 2010):

OMS: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/index.html>

UNICEF: [http://www.unicef.org/spanish/protection/index\\_genitalmutilation.html](http://www.unicef.org/spanish/protection/index_genitalmutilation.html)

## ***El concepto de persona y la bioética***

Javier Méndez-Vigo Hernández  
IES Betxí (Castellón)

**Resumen:** La presente contribución versa sobre la noción de “persona” ante la revolución de la Bioética. Basándonos en el aporte realizado por el pensador marxista **Lucien Sève**. La primera parte consistirá en explicitar el camino que le lleva, desde una filosofía crítica, a proponer el concepto de “*persona potencial*”, como clave ética y ontológica del ser *no-nato*, concibiendo al ser humano como *proyecto*. La segunda parte nos conduce a una práctica ética con respecto a la experimentación sobre el hombre. Y en última instancia, a la defensa del *principio de responsabilidad* como *imperativo ético*.

Persona potencial, experimentación, proyecto, principio de responsabilidad, imperativo ético.

**Abstract:** The present contribution deals with the Notion of "person" before the revolution of Bioethics. Based on the contribution made by the Marxist philosopher Lucien Sève. The first part Consists of making explicit the road Leading from the critical philosophy, to Propose the concept of "Potential as the key person's ontological Being Ethical and not-born, Conceiving the Human Being as a project. The second part leads to Ethical practice with Regard to experimentation on humans. And ultimately upholding the Principle of Responsibility and Ethical imperative.

Potential person, experimentation, design, principles of accountability, ethical imperative.

### 1. Introducción.

El ser humano siempre ha intentado trascender los límites del conocer. El mito de Prometeo -aquél que arrebató la ciencia a los dioses- se ha repetido a lo largo de nuestra historia. En la misma Ilustración Prometeo aparece como creador de una “humanidad nueva”. Pero al mismo tiempo el ansia de trascendencia puede llevarnos a la monstruosidad; tal es el terror que nos relata el Frankenstein –el Prometeo moderno cuando se realiza la siguiente pregunta: “¿Quién no tendría la ambición de descubrir los más profundos secretos de la naturaleza, de asegurarse sus escondidas operaciones, y de mostrar a los hombres este sistema del saber que está íntimamente ligado a su propia constitución física y moral?” (Lecourt, 1996: 91).

El siglo XX a su vez termina con el gran descubrimiento realizado por el Proyecto del Genoma Humano (PGH) que ha demostrado la poca diferencia de nuestro mapa genético con respecto a otras especies. Descubrimiento que echa por tierra tanto el *reduccionismo* como el *determinismo*. Como bien dice L. Sève no todo está escrito en

el genoma humano, o por decirlo en otros términos “es imposible secuenciar su genoma; es necesario también, y sobre todo, estudiar su sociedad”.

Junto a dicho descubrimiento, y desde los años 70 se han ido desarrollando nuevas técnicas en el ámbito de la biología. Técnicas que permiten intervenir en el desarrollo de lo humano e incluso en nuestros días hasta transformar y construir nuevas realidades. Se abre un campo de problemas que han llevado al conflicto. Problemas como el de apropiación del cuerpo, interrupción del embarazo, la intervención terapéutica del embrión, la fecundación in vitro, la clonación, etc.

Incluso en nuestro panorama filosófico se ha desarrollado una polémica que ha coincidido en el tiempo con la discusión de la actual “ley de Plazos”. La publicación de libro de David Alvargonzález sobre la clonación, donde se defiende que “trata de elaborar una teoría filosófica acerca del estatuto (ontológico y gnoseológico) de ese continuo de realidades que se va configurando desde los primeros instantes de la fecundación hasta el momento en que ya podemos hablar de un embrión plenamente implantado en el útero de una mujer...” (Alvargonzález, 2000: 11), ha abierto una polémica ponderada dentro de la Escuela de Oviedo.

Sin embargo queremos partir desde otra perspectiva filosófica. La representada por un pensador marxista como es Lucien Sève que después de varios años como miembro del Comité consultivo nacional de ética en Francia ha categorizado un nuevo concepto ontológico para la nueva problemática. Y lo ha realizado partiendo de la perspectiva de una filosofía crítica que no renuncia al aporte de raigambre kantiana; aunque la asienta en la concepción marxiana: “pues, comunista adquirido a la concepción marxiana de una humanidad cuya humanización más continuada constituye el único fin en sí de la historia, me adheriría sin reservas al *imperativo de vigilancia máxima* hacia todo lo que pueda amenazar de alineación nueva a la persona y al género

humano, particularmente esta mercantilización que tiende a hacer proliferar sin querer entender nada la lógica desastrosa del beneficio privado” (Sève, 2006: 14-15).

## 2. La persona humana.

Antes de hablar sobre el estatuto del *no-nacido* tendremos que dar sentido al concepto de persona. Un concepto que ha de ser transcendental, pues desborda las distintas categorías (biológicas, sociológicas, psicológicas, etc.) a las que se le quiere reducir. La persona es una Idea filosófica. Para L. Sève hay que ir incluso más allá de las ambigüedades del lenguaje cotidiano ya que “la palabra persona no es un término descriptivo de hecho sino prescriptivo de orden *ético-jurídico*” (Sève, 2006: 48). La influencia kantiana es patente, incluso se aclara más adelante cuando afirma a continuación que hay que considerarlo como un fin en si.

Para llegar a dicha constatación L. Sève ha visto los inconvenientes que supone quedarnos bien en lo jurídico, bien en lo biológico cuando definimos a la persona humana.

Por un lado, la persona es una ficción jurídica: “Es una persona, en el sentido donde el verbo ser no describe sino que prescribe, el sujeto titular de derechos y de obligaciones, y tal sujeto no sale del todo de los datos naturales sino de las instituciones históricas” (Sève, 2006: 37). Sin embargo, sujeto de derecho según esta definición puede ser entidades completamente físicas como una organización o el mismo Estado.

La persona humana, como sujeto de derecho, está lejos o es algo más que un dato natural; no es un hecho físico o biológico, ya que cualquier hecho que pertenezca a cualquiera de dichos ámbitos puede ser utilizado y manipulado. La persona tiene otro

predicamento que reside en ser un *fin en sí*, que le concede el atributo de no ser negociable y en consecuencia le hace poseer *dignidad*.

Siguiendo al Kant de la *Metafísica de las costumbres* podemos actualizar su propuesta ética ante las nuevas ciencias y técnicas que intervienen en la biología. Lo que le lleva a L. Sève a proponer que “ser reconocido como una persona, es por tanto situarse radicalmente más allá de todo cálculo utilitarista y todo uso mercantil, es ver respetar ante todo su libre voluntad” (Sève, 2006: 39).

La segunda propuesta que va a rechazar es el reduccionismo biológico. Es aquella propuesta que nos viene a decir que la persona es el “ser carnal”, ya que también considera que es una pura ficción quedarse simplemente en dicha definición. L. Sève para rechazar dicha propuesta recurre a una nueva práctica biológica: la del *clonaje con finalidad no reproductiva*, una práctica que consiste en la “fabricación” de un embrión. Es decir “transferir un núcleo celular de un individuo para clonar en un ovocito con el proyecto de conducir a un nacimiento por vía no sexual”. En dicho experimento no nos planteamos la posibilidad del ser humano, tan sólo pretendemos limitarnos a obtener células cepas embrionarias que tengan potencialidad de desarrollos múltiples.

¿Cuál es la objeción que se pone a dicho experimento? Es verdad que de dicho experimento pueden existir resultados loables, en el sentido que pueden permitir regenerar células u órganos desfallecidos, pero existe el peligro de que si no actuamos con “prudencia” nos podemos encontrar con la aparición de un “mercado” de ovocitos a la carta.

Para determinada perspectiva filosófica que se encuentra detrás de este biologismo y psicologismo libertad es sinónimo de conciencia. Nos encontramos en las coordenadas del empirismo lockeano que definía a la persona como *conciencia de sí*.

Si existe alguien que ha recogido dicha concepción ética y la ha desarrollado en su ética práctica no es otro que pensador Peter Singer que al aplicar el concepto de conciencia de sí llega a la conclusión de que el bebé humano no es persona ya que “no puede concebirse a sí mismo como existente en el tiempo”.

L. Sève denomina *naturalismo* a la concepción de Peter Singer, que le ha llevado a propugnar una ética animal y a defender el Proyecto del Gran Simio. Para dicho pensador “pertenecer a la especie *Homo sapiens* no da derecho a un mejor tratamiento que el hecho de ser miembro de una especie diferente con un nivel mental similar” (Kahn, 2000: 76). Esta ética se va a servir de dicho argumento para negar la existencia a determinados enfermos o incluso para defender que no existe diferencias entre el embrión humano o cualquier otro tipo de embrión. La verdad es que si aceptamos que la ética se basa en los sentimientos (algo que para el empirismo escocés de un Hume pudo tener cierto significado para afianzar una ética cimentada en la *empatía*) y por tanto difuminamos la frontera entre el animal y el ser humano nos encontramos con hechos tales como el de que el embrión no siente ya que no tiene conciencia de sí. En última instancia para llegar a esta conclusión la ética anglosajona llega a hablar de *pre-embrión*.

L. Sève profundiza todavía más la crítica a dicho tipo de ética cuando nos dice que “también propone en otra obra ‘dejar pasar un período de veintiocho días desde el nacimiento antes de aceptar que un niño tenga el mismo derecho de vivir que otro’. Esta fría perspectiva de sentencia de vida de niños disminuidos le parece totalmente lógica, pues como él escribe en la primera edición de su obra de ética práctica, ‘la vida de un nuevo nacido tiene menos valor que de un cerdo, de un perro o de un chimpancé’” (Sève, 2006: 45-46).



La desaparición de la frontera entre lo humano y lo animal lleva a contradicciones cada vez más fuertes. Como bien dice Adela Cortina, puede llevar a ampliar todavía más el campo y referirnos a todos los seres que tengan capacidad de sufrir. El animalista constantemente amplía el círculo del “nosotros”. En *Las fronteras de la persona* Adela Cortina nos aclara la situación cuando nos dice que “por mucho que diferentes autores utilitaristas se esfuercen por mostrar que existe *continuidad* entre el hombre y los demás animales apelando a Darwin y a Spencer, o por restar importancia a las características que les diferencian, o por exhibir las habilidades casi humanas de algunos animales que llevan ya nombres propio, la verdad es que es un discurso *emotivo*, porque desde la propia teoría esas diferencias son irrelevantes para decidir quienes tienen que ser objeto de consideración moral y política” (Cortina, 2009: 114).

### 3. El embrión como “persona potencial”.

Si algo ha dejado patente ya la práctica científica de la biología es que el embrión no es un embrión de un cerdo, o de un perro, sino que es un *individuo humano*. Axel Kahn, en *Et l’homme dans tout ça?*, cuando habla sobre el respeto para el embrión nos dice: “ya he indicado más arriba que mi concepción de la dignidad de una persona que englobaba sus proyectos y sus vicisitudes, es lo que me lleva principalmente a hacer beneficiar el embrión de al menos una parte del respeto de la dignidad debida a la persona. El sujeto es eminentemente polémico, y ningún consenso puede ser encontrado sin duda sobre la cuestión del estatuto del embrión comparado al de la persona. Por tanto, dicho embrión es definido por este objetivo..., el es “*humano*”... En un cierto

número de casos, el desarrollo de este embrión dará nacimiento a una persona” (Kahn, 2000: 79).

Lucien Sève para delimitar el nuevo concepto parte de una concepción antropológica, que no es otra que la antropología marxiana. En su obra *L’homme?*, interrelaciona aquella con los nuevos descubrimientos de la biología ya que las nuevas técnicas nos dan una nueva perspectiva del *género humano*: “Nacido biológicamente en tanto que ejemplar de *Homo sapiens sapiens*, el pequeño hombre *no nace por tanto hombre* en el sentido que se acaba de decir, su *humanitas* es enteramente exterior a su organismo: le hace falta *apropiarla*. La antropología que sirve de base al menos virtualmente al materialismo marxiano de la *Tätigkeit* se reconocía por tanto en dos conceptos fundamentales que forman pareja: *Vergegenständlichung*, objetivación, y *Aneignung*, apropiación. El pequeño hombre no ha de completarse solamente por sus aprendizajes de las capacidades dadas, como todo animal, ni asimilándose cerca de sus congéneres, como por una parte los grandes simios, lo hace, en un sentido más fuerte, para *devenir hombre* construyendo a partir de un mundo humano las funciones psíquicas que el término recubre” (Sève, 2008: 104).

La persona es un ser real que supera la ficción jurídica y que se construye a sí mismo a partir de un mundo que es humano, por consiguiente el ser, la persona se realiza en un mundo *histórico* y *social* que desde un punto de vista laico es irreducible a la individualidad biopsíquica.

¿Cómo aplicar esta concepción a los resultados de las nuevas tecnologías”. Sève vuelve a recurrir a las conclusiones de la ética anglosajona ya que son las que delimitan claramente la fijación de lo que es el *pre-embrión* cuya única misión residía en que no produciría problemas éticos su investigación. Sève cambia la pregunta: “No, la buena cuestión era totalmente de otro orden: no *hasta qué estadio del desarrollo del embrión*

llevar el trabajo, sino *con qué objetivo?* (Sève, 2006: 65). Y más adelante continúa diciéndonos: “el criterio de la ética y de la inética no podía residir seguramente en el *objeto*, sino únicamente en el *proyecto*” (Sève, 2006: 65). Axel Kahn todavía nos alumbraba más: “Sin embargo, considerar que el embrión humano no es un objeto banal implica como mínimo verlo como el proyecto posible de una persona, es decir también como un *fin en sí*, y no simplemente como un medio de realizar otra cosa que no tenga nada que ver con el advenimiento de una vida humana” (Kahn, 2000: 81).

Lucien Sève recoge la noción de *persona potencial* del cardenal Lustiger que afirmaba que “el embrión es una persona potencial”. Ahora bien, quedarse ahí creaba confusión, por eso mismo nos dice que: “para reflexionar atentamente parecía que la dificultad ética reenviaba a una confusión filosófica. También he sugerido a mis colegas distinguir con toda claridad dos nociones de apariencia vecina pero de esencia completamente heterogénea: la *persona potencial* en tanto que concepto puramente y expresamente ético y la *potencialidad de persona* o para ser más exacto *ser humano*, en tanto que concepto puro y expresamente biológico” (Sève, 2006: 67).

El embrión es un proyecto que va a desarrollar su propia finalidad. Por esto mismo el concepto de *persona potencial* puede convertirse en un “mínimo” de la bioética ya que sus intereses no han de ser determinados en función de su presente sino en función del *futuro de ser humano*. Y esto es así ya que su potencialidad nos lleva a un criterio “pues si [la célula] bajo ciertas condiciones puede desarrollarse hasta el nacimiento, debe por tanto *éticamente* ser tratado *como un embrión*, aunque *biológicamente* se puede contestar que lo sea” (Sève, 2006: 79).

De hecho este criterio de *potencialidad* ontológicamente es el que pone límites bastante claros ya que: “Puesto esto [la persona humana potencial], admitimos conjuntamente que en beneficio de tal potencialidad el embrión *debe ser tratado como*

una persona, no bien entendido persona actual, sino persona potencial, lo que significa que éticamente decidimos asignar los límites específicos a nuestros poderes sobre él, en consideración a la vez del ser humano que podrá ser mañana y de la *humanitas* a la que desde hoy es candidato” (Sève, 2006: 131).

#### 4. Principios éticos.

Lucien Sève a partir de este concepto y en la obra que estamos tratando (*Qu'est-ce que la personne humaine?*) trata varias prácticas de las nuevas tecnologías en biología, y como consecuencia de las mismas nos dice varios principios éticos. De los cuales podemos señalar los siguientes.

*El principio de prudencia* contra cualquier tipo de mercantilización y sobre todo contra la posibilidad de patentar la vida. ¿Cuáles son los costes de la salud cuando se encuentra dominada por las finanzas? La salud en este momento aparece como medio y no como un fin; un medio en manos de intereses económicos que sólo busca beneficio y abaratamiento de los costes. No digamos cuando aparece la posibilidad de que ante nuevo descubrimiento, como con el Proyecto del Genoma las multinacionales farmacéuticas pretendan “patentar” lo descubierto.

*El principio de indisponibilidad.* Lucien Sève a lo largo de la obra pone un ejemplo para explicar este principio, pues se trata de defender el *don*. Así a lo largo del siglo XX y sobre todo hasta la Segunda Guerra Mundial era costumbre que se vendiera la sangre, e incluso anteriormente se vendía otras partes del cuerpo humano, no existían leyes que lo prohibieran. Sin embargo, la costumbre comienza a cambiar en la Resistencia cuando brazo a brazo los militantes se “daban” gratuitamente sangre para salvar al compañero, ayudados por médicos humanistas. A partir de 1945 se consigue

que el Estado institucionalice la gratuidad. Se pasa del cambio calculado a la *solidaridad* desinteresada.

En última instancia hay que partir de una constatación: la persona no es una *cosa*, sino más bien una *forma valor* en todo humano. Por tanto la ética no debe definirse por su objeto sino por el *valor del proyecto*. Ya no hay que preguntarse sobre la patentabilidad sino más bien ¿para qué se quiere patentarlos? Desde el proyecto que se esboza sólo queda una salida: “ordenar el genoma humano en el orden de lo inapropiable”.

¿*Qué humanidad queremos ser?* Nuestro futuro se está jugando por consiguiente: “la definición de la persona no es una simple función de hecho ni incluso de derecho: *es una tarea humana que más que nunca nos concierne a todos*”.

#### BIBLIOGRAFÍA.

Alvargonzález, David (2009). *La clonación, la anticoncepción y el aborto en la sociedad biotecnológica*. Oviedo: Pentalfa.

Cortina, Adela (2009). *Las fronteras de la persona*. Madrid: Taurus.

Courban, Antoine (1999). “Bioéthique”, en Lecourt, Dominique (ed.) *Dictionnaire d'histoire et philosophie des sciences*. París: PUF.

Kahn, Axel (2000). *Et l'Homme dans tout ça?*: NiL editions.

Lecourt, Dominique (1996). *Prométhée, Faist, Frankenstein*. París: Synthélabo.

Sève, Lucien (2006). *Qu'esce-que la personne humaine?* París: La Dispute.

Sève, Lucien (2008). *Penser avec Marx aujourd'hui (II). “L'homme”?* París: La Dispute.

# La teoría de G. H. Mead: un remedio para el individualismo posesivo

## Un enfoque desde los escritos de J. Habermas

Miguel Arteta

Universitat de València

**Resumen:** Las críticas hegelianas contra las abstracciones kantianas avivaron a una corriente comunitarista que hoy critica vivamente el “individualismo posesivo” y su deriva hacia el relativismo moral. Recordar la parte social del hombre es conveniente pero se corre el riesgo de sofocar la autonomía de las personas bajo horizontes de inteligibilidad metafísicos. El pluralismo moral reinante y las justas reivindicaciones de los marginados exigen que la ética evite la ontologización del mundo de la vida y proponga una socialización crítica de la persona. Con esa intención expondremos la teoría de Mead a partir del artículo de Habermas “Individuación por vía de socialización. Sobre la teoría de la subjetividad de George Herbert Mead”.

Mead, Habermas, asunción ideal de roles, reconocimiento recíproco.

**Abstract:** Hegel's criticism against Kant's abstractions was used by communitarianism to enhance their critique against possessive individualism, which use to result in moral relativism. Reminding sociality of persons is important but we run the risk of suffocating autonomy under metaphysics. Moral pluralism and fair demands of alienated people requires to ethic for avoiding life-world ontologisation and for proposing a critique socialisation of persons. With this aim we will explain Mead's theory, using mainly the article of Habermas entitled “Individualization through Socialisation: On George Herbert Mead's Theory of Subjectivity”.

Mead, Habermas, ideal role taking, reciprocal recognition.

### 1. Introducción.

Habermas nos advierte (2000, p. 94) que para establecer una lista de virtudes, MacIntyre, como otros comunitaristas, se ve obligado a echar mano de un *telos* de la vida buena fundamentado metafísicamente. Puede que el comunitarismo realice diagnósticos correctos acerca de las carencias de fundamentación del individualismo y de la inadecuación de la metodología solipsista, pero sus soluciones siempre pasan por mirar hacia atrás y muy poco hacia delante. Así pues, el aristotelismo de MacIntyre tiene un componente historicista que exagera las determinaciones sociales en la identidad individual. La narración que conformaría la continuidad de cada yo, y que nos permitiría exigir responsabilidad por todos nuestros actos, se confunde con la reconstrucción narrativa que las comunidades hacen de su propia historia: el yo

individual se confunde con la configuración hipostasiada de un “nosotros”. El precio, claro, es restringir la autonomía moral del individuo y obviar el pluralismo existente.

Así pues, yo soy en gran parte lo que he heredado, un pasado específico que está presente en alguna medida en mi presente. Me encuentro formando parte de una historia y en general esto es afirmar, me guste o no, lo reconozca o no, que soy uno de los soportes de una tradición (MacIntyre, 2009: 273).

El comunitarismo se propone rescatar un fondo de inteligibilidad para su concepto funcional del hombre. De ese modo, se objetivará la moral en el marco de las éticas teleológicas; pero, obviamente, dicho fondo de inteligibilidad es un perfecto balón de oxígeno para las políticas nacionalistas y demás fundamentalismos. Por consiguiente, desde el comunitarismo se adopta un punto de vista ético que fagocita a los individuos socializados, al tiempo que se abandona el punto de vista crítico de la moralidad.

Por eso, nuestra intención es tratar de incorporar las acertadas advertencias comunitaristas sin perder de vista la labor crítica de universalizar los intereses, tanto en el seno de comunidades plurales como entre diferentes comunidades que compartan más o menos homogéneamente alguna idea de vida buena. Para ello nos será muy útil la aportación de la teoría psicológica de Mead, retomada por Habermas en su artículo “Individuación por vía de socialización. Sobre la teoría de la subjetividad de George Herbert Mead”, publicado en *Pensamiento Postmetafísico* (1990).

## 2. Dos teorías precarias: el subjetivismo kantiano y la totalización hegeliana.

No es exclusividad del comunitarismo el darse cuenta que las concepciones desarraigadas del yo han conducido a errores teóricos de fundamentación, además de

llevarnos a erigir propuestas éticas que, al no haber escarbado suficientemente en la condición humana, en la *praxis* producen desgarros muy poco llevaderos. Los errores de fundamentación derivados de dicha concepción del *yo* han tenido una gran repercusión en la filosofía de la modernidad. Un egregio representante como lo es Kant no queda exento del error y de sus implicaciones:

Si la representación de la apercepción, el *yo*, fuese un concepto mediante el cual se pensase alguna cosa, entonces podría ser usado también como predicado de otras cosas, o contendría en sí tales predicados. Pero el *yo* no es más que el sentimiento de una existencia, sin el más mínimo concepto, y es sólo la representación de aquello con lo cual todo pensar está en relación (*relatione accidentis*) (Kant, 1999: § 47, en nota)

Siguiendo al joven Hegel de Jena, Mead procura alejarse de esta concepción kantiana del *yo* para ir más allá de la autonomización del sí mismo (*self*); no cree que la individuación pueda ser pensada como la autorrealización de un sujeto que “se pone” a sí mismo como fuente de su propia actividad. Según él, esto no sería más que reinterpretar la moderna filosofía del sujeto autoconsciente cartesiano.

No obstante, Mead también se quiere alejar del paradigma hegeliano del reconocimiento en cuanto éste queda insertado en la filosofía de la conciencia, lo que se produce ya en la temprana *Fenomenología del espíritu* (donde una autoconciencia señorial fracasa en su anhelo de independencia al requerir –como garantía de su independencia- inexorablemente ser reconocida por otra conciencia que hasta ese momento se creía servil; cambiando así los papeles entre ambas), para abocar, en el transcurso de las obras de Hegel, en una caracterización metafísica peligrosa. Hegel intentaría explicar la conexión de unas mónadas que, a partir de Leibniz, concibe como una unidad-totalidad; y para ello tiene que concertarlas y “aun fundirlas en una totalidad que pase por ellas a la vez que las penetre”. (...) “Pero este Espíritu Absoluto que



aparece en singular tiene que acabar robando a las figuras individuales del espíritu incluidas en él la individualidad que reclama para sí” (Habermas, 1990: 196).

La conciencia del Espíritu debe darse a sí misma una forma concreta en el mundo; la materia de esta encarnación, el suelo sobre la que se enraiza, no es otro que la conciencia general, la conciencia de un pueblo. Esta conciencia contiene y orienta todos los objetivos y los intereses de un pueblo: ella constituye sus costumbres, su Derecho, su religión, etc. Forma la sustancia del espíritu de un pueblo. (...) Ningún individuo puede sobrepasar los límites asignados por esta sustancia. Puede distinguirse de otros individuos, pero no del Espíritu de su pueblo. (...) Sólo son inteligentes los que toman conciencia del Espíritu de su pueblo y se adaptan a él. Éstos son los grandes hombres de un pueblo, los que lo conducen hacia el Espíritu general. Los individuos desaparecen y sólo tienen valor en la medida en que hayan realizado lo que reclamaba el Espíritu del pueblo. (...) Los individuos desaparecen ante la sustancialidad del conjunto y éste conforma los individuos que necesita. Los individuos no impiden que llegue lo que debe llegar.

El Espíritu popular es esencialmente un Espíritu particular, pero, al mismo tiempo, no es otro que el Espíritu universal absoluto –porque éste es único (Hegel 1955: 81).

Así, en los últimos escritos de Hegel lo individual no sería más que lo marginal, y sería “empujado hacia los bordes”, algo que “en toda tentativa de identificar al individuo como él mismo y distinguirlo de todos los demás individuos, acaba quedándose en la cuneta” (Habermas, 1990: 196). Hegel, en sus lecciones sobre la filosofía de la historia, propone, es cierto, una suerte de intersubjetividad: los individuos son libres, es decir, se ponen a sí mismos como un Yo, en cuanto rechazan la inmediatez de su naturaleza casi animal y vuelven a sí tras tomar conciencia de sí mismos –en sí y por sí- como determinaciones del Espíritu de su pueblo (captan este Espíritu en su Concepto y tratan de realizarlo y realizarse a sí mismos conforme a él); este Espíritu de un pueblo, a su vez, es un Momento referido al Espíritu Absoluto que deberá realizarse

en el tiempo: una vez realizado en la historia el pueblo desaparecerá –es el momento negativo-, y aparecerán nuevos pueblos hegemónicos para realizar la moralidad que abocará en el progreso final que promete ese Espíritu Absoluto.

Esta intersubjetividad resulta excesivamente totalizadora y no parece la mejor manera de enmendar los errores del sujeto autoconsciente kantiano, si queremos conservar, a su vez, el valor de la autonomía moral por sí, y como motor del progreso. Pero, sin duda, el joven Hegel abre un camino por el que la reflexión debía transitar; camino que será aprovechado por Mead, y también por Habermas, para dar soluciones no relativistas a las críticas que MacIntyre lanza contra ese yo que se pone a sí mismo, sin el contenido y la identidad social necesarios, y que sólo gracias a eso podría “ser cualquier cosa, asumir cualquier papel o tomar cualquier punto de vista, porque en sí y por sí mismo no *es nada*” (2009: 51).

### 3. Teoría de Mead: la individualización por vía de socialización.

Deudora de Fichte, Kierkegaard y Humboldt, quienes dieron los primeros pasos para concebir el yo intersubjetivamente, la teoría de Mead supondrá un momento esencial en la evolución de esta intersubjetividad, ahora crítica, que queremos erigir frente al comunitarismo.

Lleva a cabo uno giro lingüístico y pragmático que otorga el primado al lenguaje que nos abre al mundo, enfrentándose así a la subjetividad generadora de mundo representada por el yo trascendental kantiano. Pasa a *describir* el proceso de individuación, que ya no es una *operación propia* de ese sujeto que “se pone” a sí mismo y se autorrealiza en soledad y libertad.

3.1. Relación epistémica que guarda consigo mismo el *sujeto cognoscente* (nivel psicológico).

Mead se propone abandonar el modelo fichteano del sujeto autoconsciente que se objetiva al tratar de observarse (se piensa como objeto para tomar posesión de sí) y, con nuevos mimbres, construirá su teoría intersubjetiva a partir del proceso de autoconciencia que emprende el yo, al pensarse ahora como hablante en actitud performativa.

(...) desde la perspectiva social de un oyente que le sale al encuentro en el diálogo, aprende a verse y entenderse a sí mismo como alter ego de ese otro ego: “El ‘sí mismo’ (*self*) que conscientemente se enfrenta a otros ‘sí mismos’ (*selves*), sólo se convierte, pues, en objeto, sólo se convierte en otro para sí mismo, por el hecho de oírse hablar y responder” (Habermas, 1990: 211)

Damos así forma al yo (*I*) espontáneo que con Fichte sólo se podía presuponer y que, al pensarlo, quedaba siempre objetivado, tratando en vano de ser exhaustivamente descrito como un *Me*, como un objeto social con el que me encuentro como alter ego de mi alter ego. No nos equivoquemos: tras toparse con *el otro* y volverse hacia mí, reflejado a través de los gestos o palabras de esa segunda persona (el tú o alter ego), el nuevo *I* epistémico también vuelve como un *Me*. Sin embargo, ahora se ofrece no objetivado, “como la memoria o recuerdo exacto de un ‘estado de yo’ espontáneo que, por cierto, sólo resulta legible sin distorsiones en la reacción de la segunda persona” (Habermas, 1990: 211). Así es como nos alejamos del “individualismo posesivo” y del paradigma de la conciencia: ya no cabe pensar en la disponibilidad de mi identidad como algo objetivo, sino que, mediada por la intersubjetividad, sólo puedo ir describiéndola y adoptándola fragmentariamente, reconstruyéndola constantemente, y

siempre dependiendo del reconocimiento de los alter ego. La conciencia que se centra en el yo

“no representa nada inmediata ni absolutamente interior. Antes bien, la *autoconciencia* se forma a través de la relación simbólicamente mediada con otro participante en la interacción” (1990: 216).

Hay que remitirse al lenguaje para analizar ese “yo” que, como hemos tratado de explicar, aparece en nuestra experiencia como figura histórica: “lo que era un segundo antes, éste es el *I* del *Me*” (1990: 216). Es un error pensar el sujeto como genuinamente autoconsciente. Sólo por mi relación con los demás adquieren objetividad los gestos fónicos que me servirán, luego, para conformar reflexivamente la autocomprensión que irá naciendo tras la autoconciencia.

La originaria conciencia de sí no (es) un fenómeno inmanente al sujeto, un fenómeno que quede a su disposición, sino un fenómeno generado comunicativamente (1990: 216).

3.2. Relación práctica que consigo mismo guarda el *sujeto agente*: acceso autorreflexivo a la conciencia (nivel ético).

Nos explica Habermas que Mead distingue dos momentos. En el proceso de socialización el sujeto hace suyo lo que las personas de referencia esperan de él (interioriza las instancias), para, en un segundo momento, comenzar un proceso de abstracción a base de integrar expectativas múltiples e incluso contradictorias. Surge así un centro interior desde el que se regula a sí mismo un comportamiento individualmente imputable. Y emerge una conciencia que toma separación con respecto a los roles o expectativas que otros nos imponen. Si bien esta teoría no acaba con el solipsismo

metódico, al menos sí acaba con el *individualismo posesivo* del teórico que se pone a sí mismo en el mundo, como un ser disponible y desarraigado que trata de fundamentar solo, a partir de su conciencia, una teoría moral universalista. Se da así un vuelco al paradigma monológico de la conciencia, como desean los comunitaristas, pero sin renunciar al momento crítico kantiano, como muchas veces olvidan estos últimos.

a) Primer momento: la perspectiva del observador en el nivel convencional.

Profundicemos, ahora, en la especificidad de la “relación *reflexiva* consigo mismo que sólo se establece en el diálogo consigo, es decir, que presupone ya a la comunicación lingüística”. Así recibe la puntilla el solipsismo metódico y se abre “el ámbito fenoménico que son esas representaciones que como mías me atribuyo en cada caso, del que la filosofía del sujeto viene partiendo desde Descartes como si de algo último se tratara” (Habermas, 1990: 217).

Análogamente a la autoobjetivación padecida por el sujeto autoconsciente fichteano al tratar de observarse, también el *sujeto agente*, para adueñarse de su biografía o autocomprensión ética, debe adoptar la perspectiva de una tercera persona (observador) y hacer así un rodeo para asumir las expectativas comportamentales de sus iguales: lo que Mead llamará el “otro generalizado”. El medio para coordinar el comportamiento ha pasado de los instintos al lenguaje, y con ello aparecen, nítidamente, expectativas de comportamiento normativamente generalizadas, ancladas en el *sujeto agente* mediante controles sociales interiorizados. Es decir, su propia autocomprensión dependerá de las normas y formas de vida intersubjetivamente reconocidas y habituales de nuestra sociedad, o sea, de una poco reflexiva autocomprensión ética del “nosotros”. De ahí, el sujeto que se socializa extraerá una conciencia moral que juega un rol de autocontrol exógeno sobre mis propios actos.

“El *Me* de la autorrelación *práctica* ya no es sede de una *autoconciencia* originaria o reflexiva, sino instancia de *autocontrol*. La autorreflexión asume aquí la tarea específica de movilización de motivos de acción y de un control interno de las propias formas de comportamiento” (Habermas, 1990: 221).

No obstante, aunque ceñida a un férreo autocontrol, la autorreflexión del sujeto agente da para concebirse como libre iniciador de la acción, y por tanto responsable de ella. Pero, evidentemente, la responsabilidad moral no es todo lo profunda que podría ser debido a que nuestra autocomprensión y lo que tengamos por nuestra vida buena, aún pertenece al nivel convencional de la moral: está inextricablemente unido al autoentendimiento de la propia comunidad. Mi autoentendimiento es fagocitado por la forma en que mi comunidad se entiende a sí misma como un todo homogéneo; y esta última, que representa lo ético, fagocita, a su vez, lo moral o intersubjetivamente universalizable. Así es difícil hablar de autonomía de la persona: éste es un estado que difícilmente sobrepasa el comunitarismo.

Por tanto, si podemos llamar individualidad al surgimiento de este centro interior, se trata de una individualidad que, en las sociedades tradicionales, se manifiesta por adaptarse a un tipo social dado. Pensemos, por ejemplo, en las sociedades estamentales, o incluso en la Atenas clásica, donde los roles sociales determinan a los individuos y resultaba muy difícil escapar a las expectativas que desde el nacimiento se cernían sobre ellos. Desde luego, en dichas comunidades no se producían grandes conflictos éticos, pero se podría decir que no había justicia como hoy la entendemos.

El *Me* es portador de una conciencia moral que permanece ligada a las convenciones y prácticas de un grupo particular. Es el representante del poder de una *determinada* voluntad colectiva sobre una voluntad individual que aún no ha advenido a sí misma. Ésta *no* puede

reconocerse *del todo* en su propia identidad generada en términos de socialización mientras tal identidad nos obligue a “atacarnos a nosotros mismos en ciega ira”. El *Me* caracteriza una formación de la identidad que hace posible la acción responsable, pero todavía al precio de una ciega sujeción a controles sociales exteriores, a controles que permanecen externos pese a la asunción de roles. La “identidad del yo” de tipo convencional es en el mejor de los casos lugarteniente de la verdadera (Habermas, 1990: 219).

Las facticidades institucionales del *otro generalizado* (en términos de Mead) o del *mundo de la vida* (en términos de Apel o Habermas) permiten formarse una autocomprensión ética (*Me práctico*) y llevar así a cabo una acción responsable pero al precio de estar sujeto ciegamente a controles sociales.

Frente a esto, un nuevo *I práctico* nace como una espontaneidad dispuesta a escapar del conservadurismo de la conciencia moral convencional. Éste constituye un inconsciente que se hace notar de doble forma: “como empuje de las pulsiones que quedan sometidas a control, y como fuente de innovaciones que quiebran y renuevan los controles anquilosados en términos de convención” (Habermas, 1990: 219). El *I práctico*, en forma de intereses reprimidos que tratarían de salir a la luz, es lo más parecido al motor del progreso moral. Se nos aparece como una identidad verdadera y a la vez desconocida, no advenida a sí misma.

b) Segundo momento: la perspectiva del participante que gana el nivel postconvencional de la moral.

Hasta aquí hemos seguido la *hermenéutica del proceso de individuación* mediante el cual un sujeto con competencia comunicativa se vuelve consciente de sí mismo y asume su biografía de forma responsable; un proceso que desvelaría que la

razón es, en realidad, impura y depende del otro generalizado a partir del cual forja su conciencia moral. Pero Mead asegura que con los procesos de diferenciación social, que multiplican las expectativas de *roles* que entran en conflicto y quiebran la formación convencional de la identidad que es el *Me*, irá surgiendo un nuevo centro interior que gana libertad al no tener que ceñirse ciegamente a un rol que le determina prácticamente todas sus opciones vitales. A partir de aquí comenzaría la *parte crítica* del proceso de individuación, en el que, tras socializarse en un mundo en el que reina el pluralismo moral, los hombres tratarán de reconstruir mediante el mecanismo de la adopción ideal de roles (“ideal role taking”) el contenido cognitivo de *la* moralidad que, a diferencia de lo que ocurre con las concepciones de vida buena imperantes en el mundo de la vida, debe ser universal.

Llegamos al momento crítico-reflexivo: el sujeto, que ha adquirido un centro interior durante la socialización, adopta un rol real de participante en la interacción a la par que relativiza la perspectiva del observador, es decir, la que antes sólo asumía las expectativas de *un* otro generalizado. Aparece un *I* práctico que da vida al impulso inconsciente que en el nivel convencional pretendía emanciparse.

Evidentemente el proceso de individualización descrito *condiciona* al individuo, pero lo cierto es que *no lo determina*. La actitud del *I* práctico por oposición a la del *Me*, nos permitirá hablar de libertad cuando el individuo se sumerge en lo que Mead llama proceso de “civilización”. En este proceso, el sujeto, en lugar de pensarse como miembro de una comunidad tradicional y adoptar una autocomprensión ética del yo idéntica a la del nosotros, ya ha adquirido la capacidad de hacer abstracción, desligándose de los plexos de vida particulares y proyectándose en dirección a una “sociedad más amplia” compuesta por interacciones hipotéticas.



Apela a otros suponiendo que existe un grupo de otros organizados que reaccionan a su propia llamada, aun cuando ésta hubiera de estar dirigida a la posteridad. Tenemos aquí las actitudes del *I* por oposición a las del *Me* (Mead, 1973: 199).

#### 4. Conclusión.

Es mediante esta asunción ideal de roles como toda persona socializada en un mundo de la vida puede ganar el nivel postconvencional de la moral, “tanto por la diferenciación de identidades de tipo único como por el crecimiento de la autonomía personal” (Habermas, 1990: 224).

Por consiguiente, en esta etapa de la socialización se irá distinguiendo, cada vez con mayor nitidez, lo moral de lo ético. Por una parte, al adoptar un punto de vista moral, el sujeto se va librando de la heteronomía y se encargará de autodeterminarse en las cuestiones de justicia, buscando legitimidad *-validez-* y no simple vigencia (Habermas, 2008: 168); y, por otra parte, no prescinde de su proyecto vital, pero sí lo vuelve reflexivo (2008: 183).

#### BIBLIOGRAFÍA.

Kant, E. (1999) *Prolegómenos a toda metafísica futura que haya de poder presentarse como ciencia*. Madrid: Istmo.

Habermas, J. (1990). *Pensamiento Postmetafísico*. Madrid: Taurus.

Habermas, J. (2000). *Aclaraciones a la ética del discurso*. Madrid: Trotta.

Habermas, J. (2008). *Conciencia moral y acción comunicativa*. Madrid: Trotta.

Hegel, G.W.F. (1955). *La razón dans l'Histoire*. Paris: Bibliothèques 10/18

MacINTYRE, A. (2009). *Tras la virtud*. Barcelona: Crítica.

Mead, G. H. (1973). *Espíritu, persona y sociedad*. Barcelona: Paidós Básica.

# Relevancia filosófica del reconocimiento<sup>1</sup>

Javier Gracia Calandín

Universidad de Valencia

**Resumen:** En este artículo me centro en el significado del término “reconocimiento”, especialmente para la filosofía. Comienzo considerando la riqueza de significados del término reconocimiento en el lenguaje coloquial. Posteriormente me detengo en la relevancia filosófica de este vocablo en la filosofía. En primer lugar, como concepto clave en el sistema hegeliano de la eticidad. Para pasar en segundo término a la recuperación que de dicho término lleva a cabo Axel Honneth en nuestros días. En último lugar me detengo en la relevancia de este término para el enfoque hermenéutico.

Reconocimiento, Hegel, Honneth, Hermenéutica.

**Abstract:** In this paper I focus on the significance of the term “recognition”, especially in the philosophy. I start considering the richness of the word recognition in the colloquial language. After this, I go in depth in the philosophical relevance of the recognition: first, as a key concept of the Hegelian system of *Sittlichkeit*; secondly, considering the retrieval of this word by Axel Honneth nowadays. Finally I try to stress the significant of this word for the hermeneutical approach.

Recognition, Hegel, Honneth, Hermeneutics.

## 1. Riqueza de significados del término “reconocimiento”

El término “reconocimiento” es uno de esos vocablos que ha hecho fortuna en el campo de la filosofía, pero cuyo uso es extensivo a situaciones cotidianas del lenguaje coloquial y lo encontramos en una amplia disparidad de contextos. Destaquemos algunos de estos significados aparejados al reconocimiento.

En un primer momento cabría entender el reconocimiento como el “examen cuidadoso de alguien para enterarse de su identidad”. En este sentido se dice, por ejemplo, “Ya he pasado el *reconocimiento* médico”. Así, en este caso, el médico da el visto bueno, una vez *conocido* el estado en el que se encuentra el paciente. En este primer significado, reconocimiento muestra su origen del latín *recognoscere* y éste de *cognoscere*, “conocer”, que a su vez deriva de *noscere*, “conocer”.

Pero, cuando se dice en las relaciones internacionales que se reconoce a un nuevo estado de cosas, se está diciendo algo más. En este caso, apunta a la aceptación.

Este significado se hace más explícito cuando dicho de una persona, admite o manifiesta que es cierto lo que otra dice o esta de acuerdo con ello. En este caso se reconoce la razón o la verdad de lo dicho y por lo tanto se acepta. Este uso sitúa al reconocimiento en ocasiones próximo a la confesión de alguna falta o culpa.

En un sentido más fundamental, el reconocimiento que se concede a otras personas (ya no sólo a lo que dicen o piensan) llama la atención sobre un tipo de relación que se establece entre las personas o incluso también entre los grupos humanos. Este sentido, que es empleado cotidianamente, es el que aquí nos interesa más especialmente por su hondura y significación para la filosofía. En primer lugar, porque aquí se señala el trato que se le da a una persona y a partir del cual se va formando su identidad. Así decimos, por ejemplo, que “los demás le han *reconocido* como uno de los suyos”. Es decir, lo han aceptado como un semejante y por lo tanto *igual* a ellos. En este caso, la falta de reconocimiento privaría a la persona de esa identidad. En términos estructurales, algún tipo de reconocimiento es necesario para la forja de la identidad. Incluso la falta de reconocimiento en tanto que forma de menosprecio, desprecio o incluso de indiferencia contribuye a configurar (o más bien desfigurar) la propia identidad de la persona. En esta significación se ve claramente que el reconocimiento no se restringe a un aspecto cognoscitivo, sino que introduce la dimensión axiológica propia del trato humano.

Efectivamente, la identidad se forma a partir del reconocimiento dado por los demás. De modo que el reconocimiento que los demás nos conceden es central en el proceso de socialización y enculturación. Nuestra identidad se moldea a partir del reconocimiento que recibimos de los que conviven con nosotros. La imagen que los otros tienen de nosotros mismos es el espejo en el que la persona se ve a sí misma.

Según la opinión y el modo cómo los demás nos traten, nosotros iremos formando una opinión o juicio sobre nosotros mismos.

Sin embargo, en esta cuestión acerca de la génesis de la propia identidad no hay que minimizar la propia libertad y autonomía. Quizá en los primeros estadios del desarrollo cognitivo y moral del niño sea imprescindible una relación normalizada de reconocimiento, pero más adelante, el sujeto va adquiriendo autonomía y por lo tanto la posibilidad de “declinar” ese reconocimiento o la falta del mismo.

Hay al menos un significado más sobre el que cabe llamar la atención, a saber, el trato positivo y distinción que se le concede a una persona por sus cualidades y rasgos propios. En este sentido se dice, por ejemplo, “en base a sus descubrimientos e investigación es *reconocido* como una autoridad en la materia”. Cuando es aceptada legítimamente, decimos que la autoridad es reconocida y no impuesta. Sin este reconocimiento dado por otros, fácilmente se incurre en un pernicioso autoritarismo.

En este último sentido reconocer a alguien es poner de manifiesto su valía. Lo cual implica no sólo el trato el igualitario sino también diferencial. ¿Qué es lo que hay que reconocer en el otro? En primer lugar, se trata de reconocerlo como persona, persona con dignidad, es decir, reconocer su valor absoluto en tanto que ser humano. Para ello hay que establecer una relación de tú a tú, un diálogo, donde se les dirija la palabra pero también en el que se está dispuesto a escucharlos. ¿Quién escucha a las decenas y cientos de emigrantes clandestinos que comparten entre otros el destino de “llegar, ser detenidos y ser devueltos”? Permanecer al lado de alguien, escucharle y dialogar con él es el modo de transmitirle el aprecio y reconocimiento que sentimos por él.

Podemos ver que el reconocimiento reúne dos elementos: el de la dignidad igualitaria y el de la identidad diferencial. Por un lado, queremos que se nos reconozca

como personas con dignidad, es decir, como personas con “igual derecho” y por lo tanto que se nos trate con “igual respeto” y se nos tenga con “igual valor” que al resto. Por otro lado, sin embargo, buscamos también que se nos reconozca diferencialmente por lo que somos cada uno en particular en función de nuestras características y cualidades propias. Queremos que nos llamen por nuestro nombre y no nos gusta que nos confundan con otros. Así pues, el reconocimiento acerca de una igual dignidad a todo ser humano y acerca de una diferente identidad no están separados ni se contradicen. Porque la dignidad humana (igual valor de todas las personas) consiste precisamente en desarrollar una identidad propia y no en imitar sin más a los demás. En este sentido pensamos que las diferentes culturas han de contribuir a desarrollar la propia identidad personal (tanto en su lado universal de la dignidad como en el particular de la identidad diferencial).

## 2. Relevancia del reconocimiento como concepto filosófico fundamental

En los últimos tiempos han proliferado estudios acerca del “reconocimiento” como categoría filosófica para explicar y comprender al ser humano y el entramado social en el que éste se halla (Honneth, 1995; Ricoeur, 2005; Cortina, 2007). Y es que a vueltas con la historia de la filosofía el concepto de reconocimiento ofrece poderosos argumentos que permiten sortear tanto planteamientos individualistas como puntos de vista colectivistas (Avineri y De-Shalit, 1992; Cortina, 2002), o más fundamentalmente la disimetría entre aquellos planteamientos modernos que dan primacía al yo y aquellos otros que relegan la primacía ética al tú en los intentos de construir la intersubjetividad.<sup>2</sup>

No me voy a detener a analizar las deficiencias propias de cada uno de estos sesgos filosófico que reducen a la persona o a una individualidad atomizada o a una

colectividad difusa. Mi propósito consiste, más bien, en poner de relevancia el reconocimiento como concepto filosófico fundamental.

Queda fuera duda que es en la época moderna cuando el concepto de reconocimiento se muestra en toda su relevancia filosófica. Es en esta época en la que la subjetividad se levanta como el punto arquimédico de toda actividad científica y filosófica, en la que el ser humano descubre la inmensidad del horizonte de la libertad individual. Se vienen abajo los órdenes y jerarquías preestablecidas y cada cual ha de lograr el reconocimiento de los otros. El puesto que se ocupa no viene predeterminado por el nacimiento o la ascendencia y pasa a ser el individuo el que ha de lograr — mediante la lucha— ser reconocido por el resto de la sociedad.

A partir de autores como Rousseau<sup>3</sup> y de modo paradigmático en Hegel, encontramos la centralidad de los estudios acerca del reconocimiento como categoría filosófica fundamental considerándolo el eje vertebrador de la sociedad y el elemento constitutivo de la identidad personal. De hecho es en estudios inspirados en el análisis hegeliano donde encontramos las teorías más acabadas acerca del reconocimiento, como es el caso de Honneth o Ricoeur. Veamos sucintamente el planteamiento hegeliano en sus escritos de Jena para pasar posteriormente al planteamiento de A. Honneth.

## 2.1. El reconocimiento dentro del sistema de la eticidad de Hegel

El texto al que se remontan los estudios acerca del reconocimiento como los de Honneth o Ricoeur es *El sistema de la eticidad* (1802-1803)<sup>4</sup> de Hegel. En ese texto elaborado durante los años de Jena, Hegel se separa del derecho natural moderno tal y como había sido abordado por Kant en la *Metfísica de las costumbres* y sobre todo por Fichte en los *Fundamentos del derecho natural*. Frente a estos planteamientos Hegel ensaya una vuelta a formas de vida antiguas expresadas en su célebre concepto de la

“Sittlichkeit” (eticidad). Pero hay que ver ya aquí una anticipación a los planteamientos de sus *Principios de la filosofía del derecho* (1820) ya que distingue entre “eticidad natural” (Antigüedad) y una totalidad ética que incluye el momento subjetivo del derecho (Modernidad) pero superándola en una eticidad absoluta. Pues en ella se incluye tanto el “pueblo absoluto” como la “individualidad absoluta”.

Resumiendo, podemos destacar del concepto hegeliano de reconocimiento lo siguiente. Por un lado que a diferencia de Fichte para quien el reconocimiento es el principio constitutivo de la individualidad, en Hegel hay que entenderlo en el contexto de la *génesis del espíritu absoluto de un pueblo*. Con lo que el proceso de reconocimiento se agudiza como una “Kampf auf leben und Tod” (“lucha a vida o muerte”). Pero hay que destacar que la “lucha por el reconocimiento” siempre es en el plano de los particulares y sólo al final, como resultado, se manifiesta en la “conciencia general absoluta”. Pues es en el entramado de relaciones entre particulares donde tiene lugar el proceso de repetidas negaciones, ya que la falta de reconocimiento de los otros particulares en su diferencia (“particularidad absoluta negativa”) no sólo anula a los otros sino que conduce a su propia negación (“contradicción absoluta”). Las negaciones sucesivas de la particularidad (negación de la negación, esto es, “negación determinada”) impulsan el desarrollo de las relaciones sociales, superando las unilateralidades de la particularidad y conduciendo a la unidad de lo general y lo particular (Hegel, 1968-1995: 307-312; Harris, 1980; Williams, 1992).

Como es sabido, es principalmente a partir de Hegel cuando el reconocimiento es elevado a categoría filosófica fundamental de la filosofía moral y política. A partir del autor de *Sistema de la eticidad* (1802-1803) se repara en que la motivación fundamental de los cambios sociales no es el hobbesiano miedo a una muerte violenta, sino la “indignación ante las injusticias” y el “deseo de ser reconocido”. Pues, la salida

hobbesiana del estado de naturaleza (donde cunden la competencia, la desconfianza y la gloria) hacia un estado político regido por las leyes —y no por el derecho natural—, es en el fondo un artificio basado en intereses individuales y que termina anulando la dimensión de la alteridad; “apariencia de reciprocidad, cuya finalidad sigue siendo la preservación del poder propio” (Ricoeur, 2005: 179).

El principal obstáculo que presenta, a mi modo de ver, la vuelta a los planteamientos hegelianos es el de una excesiva idealización de las relaciones sociales. En primer lugar, por lo que respecta al peligro totalitario expresado en su idealización del Estado prusiano. Lo cual sería una derivación hacia el colectivismo. Pero también, en segundo lugar, idealización que llega a olvidar la facticidad humana y pretender entender el reconocimiento desde el punto de vista del espíritu absoluto, donde la experiencia queda perfectamente subsumida en la conciencia (como “ciencia de la experiencia de la conciencia”). Creo que la hermenéutica puede contribuir exitosamente a despertar del sueño idealista en el que Hegel sitúa el reconocimiento.

### 3. Eticidad formal en Honneth

A juicio de Honneth, la lucha social no sólo ha de entenderse como lucha entre intereses materiales en oposición al modo de Hobbes, sino que un análisis profundo de la lucha por el reconocimiento debe *fundarse en los sentimientos morales de injusticia*, que surgen ante situaciones de menosprecio (de falta de reconocimiento). De este modo, a través de la categoría del reconocimiento, Honneth recupera una potente herramienta para comprender la fuente motivacional de las luchas y cambios sociales y de este modo desentrañar las experiencias sociales de injusticia.

Por otro lado, también entroncando con planteamientos hegelianos hallamos en Honneth la aguda consideración acerca de la insuficiencia de un concepto negativo de



libertad (Honneth, 1997).<sup>5</sup> A partir del análisis de ciertas patologías de la realidad social como la soledad, la vaciedad, la opresión, Honneth incide en la necesidad de superar la “indeterminación” y crisis de identidad que sufren los individuos en las sociedades actuales y que sólo es posible salvar a partir de una nueva autocomprensión de los propios sujetos y de un nuevo concepto de *libertad como “autoexpresión”* (autorealización). La necesidad de complementar un concepto formal de libertad como autodeterminación con el ideal de autorrealización pone de manifiesto la insuficiencia de la idea de autonomía entendida meramente como posibilidad de autodeterminación y la necesidad de una noción de libertad que incluya este “ser-sí-mismo en el otro” (Honneth, 2000: 15) y por lo tanto una autonomía entendida desde la intersubjetividad.

Como tercer aspecto destacable en su teoría normativa del reconocimiento, Honneth atiende a las condiciones sociales y psicológicas en cada uno de sus tres modelos de reconocimiento (esfera del amor, del derecho y de la solidaridad) que permiten tejer la eticidad con los hilos de la autoconfianza (aprecio y cariño dentro del círculo íntimo), el autorespeto (reconocimiento jurídico) y la autoestima (reconocimiento y valoración social). Pero estas diferentes esferas del reconocimiento no hacen sino poner en evidencia las expectativas *normativas* de reconocimiento social que se ven truncadas con las formas respectivas de menosprecio social (maltrato físico, privación de derechos y deshonra). Con lo cual cabría plantear si no es este concepto de eticidad aún demasiado “formal” y requiere, por lo tanto, completarse a partir de experiencias de reconocimiento así como de las condiciones de aplicación de dichos principios (atención afectiva, igualdad jurídica y estima social). El propio Honneth constata la “dificultad” respecto a la necesidad de incorporar la dimensión histórica a su concepto formal de eticidad. Para lo cual recurre abiertamente a la capacidad del

enfoque hermenéutico de poner de relevancia el vínculo con la situación histórica concreta.<sup>6</sup>

A este respecto la propuesta de Honneth de dar forma a una concepción intersubjetivista de la autonomía personal, una autonomía de reconocimiento recíproco que desafía el individualismo es enormemente sugerente, pero creo que la hermenéutica, situada en el gozne de la experiencia, puede contribuir en la búsqueda de las condiciones intersubjetivas del concepto de eticidad, por lo que se refiere a las condiciones de su realización.

Por otro lado, tampoco vemos que la teoría normativa del reconocimiento de Honneth haya analizado a fondo la cuestión del reconocimiento intercultural en su especificidad. Para ello creo que especialmente agudo el enfoque que Charles Taylor plantea en su “Política del reconocimiento” y que desarrolla complementándolo con otros escritos como *Ética de la autenticidad*, “Identidad y reconocimiento”, “Las fuentes de la identidad moderna” y “Explicación y razón práctica”.<sup>7</sup>

#### 4. El enclave hermenéutico del reconocimiento

Sobre el suelo de la facticidad, la hermenéutica heideggeriana ha desarrollado el modo de ser propio del existente o “ser ahí” (*Da-sein*). En este sentido, frente a otras formas de ser las cosas que están ahí delante (*Vorhandenheit*) o las cosas de uso (*Zuhandenheit*), el hombre tiene propiamente existencia (*Existenz, Dasein*). Y es precisamente en la existencia en la que surge la “co-existencia” (*Mit-dasein*), “el ser-uno-con-otro” (*mit-ein-ander-sein*), el “hombre-con” otros hombres (*Mit-mensch*) (Löwith, 1928). Lo que nos interesa destacar es que es precisamente la forma de ser de la existencia la que empieza traduciendo en ese “co-” (*mit*) el sentido que ese “co-” propiamente tiene. Pues no se trata simplemente de un “junto a” ni tampoco el ser

juntamente entes que tienen la misma forma de ser, sino que ese “co-” es co-pertenencia, con-vivencia y por lo tanto participación en una misma comunidad humana (Heidegger, 1999: 98ss).

El análisis heideggeriano del “ser-ahí-uno-con-otro” pone de relevancia que el existente ni se funde ni se confunde sin más con otros, sino que precisamente es la mismidad la que emerge porque nos caracterizamos por el modo como cada uno se parte o separa del resto y emerge en su mismidad. En este sentido, Heidegger introduce el concepto de “mismidad” (*Selbiges*) que complementa el de “ser-ahí-uno-con-otro” (*mit-ein-ander-sein*). Una mismidad que no significa ni lo que no cambia; ni tampoco lo que se mantiene permanente en la diversidad de los aspectos que ofrece. Lo mismo (*Selbiges*) tampoco significa lo idéntico (*idem*) de la identidad formal del ente consigo mismo (Heidegger, 1999: 105).

Todo esto nos sitúa tras el rastro de la “hermenéutica del sí” y por los “caminos del reconocimiento” (Ricoeur, 1996: XI-XL; Ricoeur, 2005), porque diferenciando entre dos conceptos de identidad (“idem” e “ipse”) se hace posible ver de qué modo la alteridad pueda llegar a ser constitutiva de la ipseidad misma, pues la “ipseidad del sí mismo implica la *alteridad* en grado tan íntimo, que no se puede pensar en una sin la otra” (Ricoeur, 1996: XIV). Más que de dialéctica hegeliana, creo yo que la hermenéutica tiene recursos para reivindicar aquí el concepto de reconocimiento en términos de diálogo y escucha. De hecho, el propio Ricoeur años después se mostrará especialmente perspicaz en su propuesta de “los estados de paz” como superación de la “lucha por el reconocimiento” (Ricoeur, 2005: 227ss).

A mi modo de ver, esta complementación del sí mismo con el reconocimiento intersubjetivo es el enclave que queda muy bien enfocado por la hermenéutica. De modo que emerge la cuestión del sí mismo dialógico (Taylor, 1991), pero también como

un yo capaz de descubrir a un tú en todo su potencial (Gadamer, 1999: 434ss). La tradición de la hermenéutica filosófica muestra poderosos argumentos para enfocar el reconocimiento en los términos de una experiencia genuinamente intersubjetiva, es decir, que no anule el sí mismo, pero que tampoco conduzca al solipsismo.

Es efectivamente en estos enclaves del diálogo, de la pregunta y de la escucha atenta, en los que el reconocimiento adquiere la relevancia ética que merece y con el que aquí es reivindicado como concepto filosófico fundamental. Pues como decíamos al comienzo, la polisemia del término reconocimiento no sólo introduce el carácter de examen más o menos cuidadoso de alguien para enterarse de su identidad como si de un acto meramente cognoscitivo se tratara. Más bien, incide especialmente en el carácter axiológico que todo trato humano puede motivar y de hecho motiva. Lo que está en juego es la forja de la propia identidad con los hilos de la dignidad humana. Y es así precisamente porque en el trato con otros seres humanos es como nuestra propia identidad puede también llegar a frustrarse. La falta de reconocimiento en sentido ético no es sólo una carencia en el examen cuidadoso de algo, sino principalmente una forma de desprecio. En este sentido, cabría reivindicar la dimensión crítica de la hermenéutica. En ese enclave hermenéutico de facticidad en el que el ser humano es tocado por la experiencia, es desde el que parece más fecundo situar la dimensión crítica de la hermenéutica (Conill, 2006). Cuestión que aplicada al reconocimiento implica considerar las aspiraciones de los propios agentes, sin menoscabo del criterio o prisma desde el que evaluar la legitimidad de dichas reivindicaciones.

No hay aquí ya pretensión de un punto de vista absoluto para determinar dicha legitimidad de las pretensiones del reconocimiento, sino la asunción de que la experiencia de la falta de reconocimiento, la indignación ante las injusticias, es ya el

motor que activa las pretensiones críticas que han de hacerse valer en el diálogo intersubjetivo, es decir, a través de argumentos no sólo pero desde luego que también racionales.

---

NOTAS:

<sup>1</sup> Este trabajo se inscribe dentro del proyecto de investigación de referencia FFI2008-06133/FISO financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación.

<sup>2</sup> Esta disimetría puede encontrarse en planteamientos opuestos como los de Husserl o Levinás. Cf. Ricoeur, “De la disimetría a la reciprocidad”, *Caminos de reconocimiento*, Madrid, Trotta, 2005. pp. 163-170.

<sup>3</sup> Cf. Rousseau, *Lettre à D’Alembert y Considérations sur le gouvernement de Pologne*, (citado por Taylor, “La política del reconocimiento”, en A. Gutmann (ed.) *Multiculturalismo y “la política del reconocimiento”*, FCE, México, 1993, p. 74 y ss).

<sup>4</sup> Hegel nunca publicó esta obra en vida. El título de éste manuscrito corresponde a Rosenkranz. Cf. Hegel *Gesammelte Werke* vol. VIII, Hamburg, Akademie der Wissenschaft, 1968ss. (edición castellana en Hegel, 2006). Hay que destacar que durante los años posteriores Hegel continuó desarrollando la cuestión del reconocimiento, especialmente en sus *Systementwürfe* I, II y III (*Borradores del sistema*, 1803-1806). Es en la Fenomenología del espíritu (1807) en relación con la dialéctica del amo y del esclavo que este concepto adquiere máxima difusión.

<sup>5</sup> El propio Honneth cita en este pasaje el célebre ensayo de Taylor: “What’s wrong with negative Liberty”, en A. Ryan (ed), *The Idea of Freedom: Essays in Honour of Isaiah Berlin*, Oxford, Oxford University Press, pp. 175-193.

<sup>6</sup> “Das formale Konzept verliert Seine Zeitlosigkeit, indem es hermeneutisch in die Abhängigkeit einer jeweils unüberschreitbaren Gegenwart gerät“, (Honneth, 1992: 280).

<sup>7</sup> Véase en este mismo volumen mi artículo “El reconocimiento intercultural en clave hermenéutica”.

---

BIBLIOGRAFÍA

Avineri, Shlomo y Avner de-Shalit (1992). *Communitarianism and Individualism*, Oxford: Oxford University Press.

——— (2008). “Experiencia hermenéutica de la alteridad”, *Topologik.net* 4/2008, <http://www.topologik.net/Conill.htm> [consulta 15 julio de 2010].

Cortina, Adela (2002). Alianza y contrato. Madrid: Trotta.

——— (2007). *Ética de la razón cordial. Educar en la ciudadanía del siglo XXI*, Oviedo: Nobel.

Gadamer, Hans Georg (1999). *Verdad y método*, Salamanca: Sígueme.

Harris, Henri S. (1980). *The concept of Recognition in Hegel’s Jena Manuscripts*. HSB 20.

---

Hegel, *Gesammelte Werke*, edición de Nordrhein-Westfälischen (1968-1995: Rheinisch-Westfälischen) Akademie der Wissenschaften. Hamburg 1968 y ss. Volumen 3.

—— (2006). *Sistema de la eticidad*, Buenos Aires: Quadrata.

Heidegger (1999). *Introducción a la filosofía*, Madrid: Cátedra.

Honneth, Axel (1992). *Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte*, Frankfurt am Main: Suhrkamp.

—— (2000). *Suffering from indetermination. An attempt at a reactualization of Hegel's Philosophy of Right. Spinoza Lectures*, Assen: Van Gorcum, 2000.

Löwith, Karl (1928). *Das Individuum in der Rolle des Mitmenschen*. München: Drei Masken Verlag.

Ricoeur, Paul (2005). *Caminos del reconocimiento*, Madrid: Trotta.

Siurana, Juan Carlos (2003). *Una brújula para la vida moral. La idea de sujeto en la ética del discurso de Karl-Otto Apel*, Granada: Comares.

Taylor, Charles (1991). "The dialogical Self", en D. R. Hiley (ed.) *Interpretative Turn*. Ithaca: Cornell, pp. 304-314.

Williams, Robert R. (1992). *Recognition. Fichte and Hegel on the Other*. Albany.

# Reconocimiento e imaginación narrativa (Axel Honneth y Martha Nussbaum)

Enrique Herreras

Universitat de València

**Resumen:** En el presente estudio uniremos la teoría de Axel Honneth con una propuesta práctica desarrollada por Martha Nussbaum. De Honneth consideraremos la categoría de “reconocimiento” como fundamental a la hora de desvelar los problemas y demandas de justicia que se presentan en la sociedad; y de la filósofa norteamericana, el concepto de “imaginación narrativa”, o la necesidad cultivar una capacidad de imaginación receptiva para comprender los motivos y opciones de personas diferentes a nosotros. El reconocimiento recíproco es una cualidad básica de la vida social y el cultivo de los poderes de la imaginación es esencial para la construcción de la ciudadanía.

Reconocimiento, Imaginación narrativa, Eticidad formal, autorrealización.

**Abstract:** In this study present Axel Honneth theory together with a practical proposal developed by Martha Nussbaum. In Honneth theory consider as fundamental the category of "recognition" of disclosing the problems and demands of Justice in society; and the American philosopher, is important the concept of "narrative imagination", or the need to cultivate imagination receptive capacity to understand the reasons and options of different persons. Mutual recognition is a basic quality of social life and culture of the powers of imagination is essential for the construction of citizenship.

Recognition, narrative imagination, formal ethics, self-realization.

## 1. La lucha por el reconocimiento

Ya hace algún tiempo que Adela Cortina nos recordaba en su libro *Alianza y contrato* (Cortina, 2001) dos tradiciones que definen los vínculos humanos. Una, triunfadora, la que llega de la vía directa o indirecta del *Leviatán*, de Hobbes, donde el contrato es el único argumento para conformar a la sociedad. La otra, la perdedora, o silenciada, la que llega del *Génesis*, a través de una parábola sobre el “reconocimiento mutuo”. Cortina propugna la complementariedad de los dos relatos, pero llegando a la siguiente conclusión: «no es el contrato mismo quien funda los derechos, sino que, para que el pacto tenga sentido, es preciso admitir un buen número de presupuestos “anteriores” al pacto» (Cortina, 2001:47).

Así, pues, para Cortina el contrato no es autosuficiente, sino que necesita apoyarse en el reconocimiento mutuo que funda la alianza. De ahí que revalorice el reconocimiento recíproco como una categoría básica de la vida social.

Insistiendo en esta tradición silenciada, Charles Taylor señala que nuestra identidad se moldea en parte por el reconocimiento o por la falta de éste (Taylor, 1993: 45), por lo que será preciso alcanzar un buen diagnóstico a la hora de adentrarnos en el significado de reconocimiento. En este sentido, la teoría del reconocimiento de Axel Honneth tiene cada vez mayor importancia en los círculos académicos. Honneth ha impreso a la Teoría Crítica una nueva perspectiva al postular la categoría hegeliana del *reconocimiento* como la herramienta conceptual más adecuada para desentrañar las experiencias sociales de injusticia y para comprender la fuente motivacional de las luchas sociales. De ahí que considere a la lucha por el reconocimiento como sustancial de la sociedad, como fundamental a la hora de desvelar los problemas y demandas de justicia que se presentan en el ámbito social. Porque, según su teoría, la experiencias de injusticia son siempre experiencias de una falta de reconocimiento.

Honneth actualiza a Hegel, pero remitiéndose a la aportaciones de G. H. Mead y sus estudios del comportamiento individual en la medida en que éste se sitúa en el proceso social. Así, pues, siguiendo a Hegel y a G. H. Mead, Honneth vislumbra que el reconocimiento recíproco es importante para la aceptación de instituciones que garanticen la libertad.

La cuestión es que, según Honneth, Hegel dio un giro al modelo de Hobbes y Maquiavelo, al deducir que los conflictos son debidos a motivos morales y no de autoconservación (Honneth, 1997:13). La lucha por el reconocimiento, vendrá a decir el actual director del instituto de investigación social, tradicionalmente asociado a la Escuela de Frankfurt, conlleva exigencias morales. En efecto, Honneth recoge de Hegel



su concepción de una historia a base de “superaciones” de todo tipo conflictivo, antagónico. El proceso, para Honneth, no es casual o accidental, sino que tiene un fin intrínseco, la autoconciencia y la libertad. Del propio conflicto deriva un impulso moral. No obstante, esta lucha es una fuerza moral dentro de la realidad de la vida social del hombre, ya que se ocupa de desarrollos y progresos (Honneth, 1997:74).

Como nos recuerda Juan Manuel Almarza, Honneth, siguiendo a Hegel, considera que la fuerza de la historia radica en una tensión moral que empuja a los individuos más allá del grado de progreso social instrumentalizado, en la aspiración de los individuos al reconocimiento intersubjetivo de la propia identidad (Almarza, 2010:10).

Su tesis consiste, como bien dice Almarza, en que el conflicto no genera el poder ciego o el Leviatán, sino el impulso ético del reconocimiento.

A partir de aquí, ya podemos subrayar que el eje del pensamiento de Honneth está en el descubrimiento de tres formas de reconociendo recíproco que dan vida a la justicia: 1) El amor o la idea central de las relaciones íntimas. 2) El derecho o reconocimiento jurídico: desde la perspectiva normativa de un “otro generalizado” podemos entendernos a nosotros mismos como personas de derecho. Y 3) Por último, es en la valoración de cualidades y capacidades de los individuos lo que da sentido a la adhesión solidaria.

Lo importante es que cada una constituye un estadio o forma de integración social en que el sujeto es reconocido. Esta valoración representa perspectivas normativas ya que nos descubren formas de reconocimiento inadecuadas o insuficientes y, por tanto, es preciso ampliarlas. Porque una desvalorización y humillación sociales hace peligrar la identidad.

Las diferentes luchas sociales y logros que la humanidad ha alcanzado a partir de ellas revelan un proceso de desarrollo moral de la sociedad occidental.

De ahí surge el horizonte normativo, una teoría normativa según sus propias palabras –las tres esferas lo son porque no pueden practicarse sin sus principios subyacentes no se respetan de alguna manera– que pretende definir el punto final hipotético de un ensanchamiento de la relaciones de reconocimiento.

Honneth aboga, pues, por un concepto formal de Eticidad, no constituida por fuertes valoraciones sustantivas sino por elementos estructurales que posibilitan una autorrealización exitosa.

El fin del proyecto de Honneth es articular una visión descriptiva de una teoría del reconocimiento con la dimensión prescriptiva de una teoría moral. No se trata de la autonomía moral del hombre (Kant), sino de las condiciones de autorrealización. Porque la consideración que el menosprecio o denegación de reconocimiento impiden tanto la realización personal como la integración social.

Se puede observar, por tanto, que Honneth huye del peligro de los ideales de vida, y cree más en las relaciones reales, tomando las condiciones de reconocimiento en las que los seres humanos puedan conseguir formas positivas de autorrealización.

Aún así llama la atención la crítica que le plantea Nancy Fraser al señalar que Honneth no diferencia las esferas de redistribución y reconocimiento. Honneth le responde que si la injusticia se produce por la humillación y falta de respeto, el reconocimiento deba ser una “herramienta adecuada para desentrañar las experiencias sociales de injusticia en su conjunto” (Fraser y Honneth, 2003:106), recordando, de paso, que los valores culturales están implícitos en la constitución de la esfera económica.

En este sentido, es enriquecedora la percepción de Ana Fascioli (Fascioli, 2009: 115), para quien la teoría de Honneth deja fuera cuestiones centrales de la justicia distributiva sin resolver. De ahí que Fascioli acuda al enfoque de las capacidades de Amartya Sen y Martha Nussbaum para llenar el vacío dejado por Honneth.

Desde esta perspectiva conjunta, la justicia social, según Fascioli, «requerirá tanto de la valoración de las libertades reales que gozan los individuos –capacidades–, como de la calidad de los contextos que hacen posible el despliegue de formas de autocomprensión valiosas para la autonomía.» (Fascioli, 2009:136)

De ahí que sea básico para todo planteamiento relacionado con el reconocimiento, la percepción de Sen cuando se percata de que «el desarrollo consiste en la eliminación de algunos tipos de falta de libertad que dejan a los individuos pocas opciones y escasas posibilidades para ejercer su agencia razonada». (Sen, 2000:16)

No obstante, hay otra cuestión crucial que esboza Fraser y que Honneth no termina de aclarar, según nuestro parecer. Ello se produce cuando esta autora afirma que “no todas las cuestiones de reconocimiento son razonables, como tampoco lo son todas las reivindicaciones de redistribución” (Fraser, 2003: 43).

Cierto, este considerando es básico para valorar la teoría de Honneth hasta sus últimas consecuencias.

De todos modos, hay un punto crucial en el que hay que seguir insistiendo, y parte de la propia teoría de Honneth, cuando este autor señala que «el individuo es necesariamente un ser reconocido y que reconoce» (Honneth, 1997:58).

Un aspecto que habría que profundizar, porque no todo reconocimiento surge cuando hay una lucha, ya que en algunas ocasiones éste debe de promoverse aunque dicha lucha no se produzca. ¿No se debiera reconocer los mínimos de justicia,

independiente que haya quien la demande? ¿O el primer aliento de libertad para llegar a más, por seguir con Sen?

Y cuantas veces ocurre que alguien una vez reconocido deja de reconocer a los otros. O, por el lado contrario, habría que percibir que el reconocimiento (de privilegios, por ejemplo) tiene el mismo defecto que el bienestar. Es infinito. O, como señala P. Ricoeur (2005), un “mal infinito”, a través de la búsqueda insaciable de reconocimiento. «La tentación en este caso –señala Ricoeur– es una nueva forma de conciencia desgraciada, bajo las formas de un sentimiento incurable de victimización o de una infatigable postulación de ideales inalterables» (Ricoeur, 2005: 225).

De ahí que ante la confusión de que hablábamos al principio, haya que responder desde la propia percepción moral que brota del mismo acto de reconocer. Es lo que Ricoeur subraya como “tener reconocimiento para reconocer” (Ricoeur, 2005: 20), porque este autor discute la idea de lucha, así como sus limitaciones si se compara con otras posibilidades a las que abrirse la experiencia humana, y propone prestar atención, como señala Jesús Conill (Conill, 2006: 244) a la experiencia efectiva en estados de paz.

No quiere decir que estas experiencias de reconocimiento pacificado sustituyan a la lucha necesaria para la resolución de conflictos, sino que constituyen una afirmación de que no es ilusoria la motivación moral de la lucha por el reconocimiento (Ricoeur, 2005: 226). De ahí que la idea de lucha por el proceso de reconocimiento haya que buscarla también en «experiencias pacificadas de reconocimiento mutuo» (Ricoeur, 2005: 227), que descansan en mediaciones simbólicas sustituidas tanto por el orden jurídico como en intercambios comerciales.

Y en es en este contexto donde aparece el tema crucial del presente estudio, la necesidad de una buena *paideía* para que los ciudadanos no sólo adquieran la

capacidad de recibir, sino también la generosidad de reconocer. Y no sólo eso, también para demandar reconocimiento, y para vislumbrar las demandas justas.

Y podemos lanzar esta idea sin salir del propio Honneth cuando afirma que «las cuestiones culturales son inherentemente relevantes para todas las luchas por el reconocimiento, dado que la aplicación de los principios del reconocimiento siempre tienen lugar a la luz de las interpretaciones culturales de necesidades, reivindicaciones y habilidades» (Honneth, 1997: 125).

En este orden de cosas, también habría que recordar una de las teorías de Mead, para quien la génesis de la conciencia del yo se produce a través del desarrollo gradual durante la infancia de las capacidades de asumir el papel del otro y de visualizar el propio modo de actuar como si fuese visto por los otros (Almarza, 2010: 11). Para Mead, los niños juegan, aprenden gradualmente a asumir el rol de los otros a través del juego, y, a medida que crecen, no se asumen estos roles ejercitándolos, sino que los concebirán asumiéndolos en su imaginación.

Un concepto que nos une ya a la perspectiva que Martha Nussbaum denomina “imaginación narrativa”, como fuente del aprendizaje del reconocimiento del otro.

## 2. Las capacidades del ciudadano

Martha Nussbaum se pregunta en su obra *El cultivo de la humanidad* (2005):  
¿cómo debe ser un buen ciudadano de hoy y qué debe saber?

En su respuesta a esta cuestión, nos habla de tres capacidades.

La primera tendría que ver con el fin socrático de “la vida a examen”, y consistiría en la habilidad de examen crítico de uno mismo y de sus propias tradiciones. Por la segunda, tendríamos que comprender que los ciudadanos que cultivan la humanidad necesitan, además, la capacidad de verse a sí mismos no sólo como ciudadanos

pertenecientes a alguna región o grupo, sino también y sobre todo, como seres humanos vinculados a los demás seres humanos por lazos de reconocimiento y mutua preocupación.

Y la tercera, es la “imaginación narrativa”, o la capacidad de pensar cómo sería estar en el lugar de otra persona, ser un lector inteligente de la historia de esa persona, y comprender las emociones, deseos y anhelos que alguien así pudiera experimentar. Después añade Nussbaum otras cualidades, como el saber científico, o capacidades lógicas para pensar críticamente y para elaborar un argumento, pero insistiremos en la tercera, porque, creemos, es fundamental como concreción y resolución práctica del planteamiento del reconocimiento.

### 3. La imaginación narrativa

Nussbaum acude a Marco Aurelio para afirmar que para llegar a ser ciudadano no basta con acumular conocimiento, también se debiera «cultivar una capacidad de imaginación receptiva que nos permita comprender los motivos y opciones de personas diferentes a nosotros, sin verlas como extraños que nos amenazan, sino como seres que comparten con nosotros muchos problemas y oportunidades» (Nussbaum, 2005: 117).

Las diferencias de religión –sigue diciendo Nussbaum– género, raza, clase social y origen nacional dificultan todavía más este esfuerzo por entenderse puesto que tales diferencias, además de moldear las opciones prácticas que las personas enfrentan, dan forma a sus “mundos internos”, sus deseos, pensamientos y maneras de ver el mundo.

Esta imaginación se puede propulsar a través de las noticias de la realidad, pero también desde la ficción. En este sentido habría que matizar que consideramos a la imaginación no como fantasía, ya que la fantasía se inventa un mundo, y, en cambio, desde la perspectiva que ofrece Stanislavski (1981), el imaginario indaga sobre esa

realidad, le hace preguntas, imagina un espacio diferente para ver mejor esa realidad.

Es en ese punto en que creemos descubre Nussbaum que las artes desempeñan, o pueden desempeñar, un papel vital, puesto que cultivan poderes de la imaginación que son esenciales para la construcción de la ciudadanía. Las artes, subraya Nussbaum, cultivan la capacidad de juicio y sensibilidad que pueden y deben expresarse en las opciones ciudadanas. Ideas que nos recuerdan a las que expresa Aristóteles (1999) en el capítulo 9 de su *Poética* en cuanto a que las artes expresan «no las cosas que han sucedido, sino las que podrían suceder».

En este sentido, siguiendo a Ellison, Nussbaum señala que formar la imaginación no es la única función de la literatura, pero es una función primordial.

La actividad artística, pues, nos puede hacernos ver a la vida de quienes son diferentes a nosotros con un interés mayor que el del turista accidental.

Nussbaum se muestra claramente en contra de una visión formalista del arte, a la que denomina formalismo estéril, para ayudar a despertar la tradición estética occidental que se preocupa por el carácter y la comunidad.

Una tradición que nos conmina a considerar a la actividad artística, y a su potente narración imaginativa, como una preparación esencial para la interacción moral. «Esto exige un conjunto de capacidades morales altamente complejas, incluyendo la capacidad de imaginar cómo sería estar en el lugar de otra persona (lo que suele llamarse empatía), y también la capacidad de dar un paso atrás y preguntarse si la persona ha sopesado con su propio juicio todas las consecuencias de lo ocurrido» (Nussbaum, 2005: 124).

Y es ahí donde el lector puede tomar conciencia de la común vulnerabilidad. Las conjeturas artísticas ayudan a cultivar una resonancia compasiva hacia las necesidades del otro. En consecuencia, para Nussbaum las artes desempeñan, o

pueden desempeñar, un papel vital, puesto que cultivan poderes de la imaginación que son esenciales para la construcción de la ciudadanía. Cultivan la capacidad de juicio y sensibilidad.

Una proposición que puede ser reflejada a través de la imaginación compasiva.

#### 4. La imaginación compasiva

La segunda tradición que veíamos desde la perspectiva de Adela Cortina, la alianza ya no es un relato del contrato<sup>1</sup>, sino del “reconocimiento mutuo” cuyo motor de la relación no puede ser el autointerés, sino la compasión<sup>2</sup>. La voz de la compasión junto a la voz de la justicia. Para Nussbaum, una sociedad que quiere fomentar el trato justo a todos los miembros tiene razones más sólidas para alentar el ejercicio de la imaginación compasiva.

Por ello las bases de la imaginación cívica debieran asentarse en los ciudadanos tempranamente en la su vida, ya que dicha imaginación compasiva posee un carácter eminentemente pedagógico.

Para responder con compasión, debo estar dispuesto a abrigar el pensamiento de que ese personaje que sufre podría ser yo. Pero no sólo para identificarse, sino para extraer consecuencias.

La compasión, para Nussbaum, impulsa una exacta toma de conciencia de nuestra común vulnerabilidad (Nussbaum, 2005: 124). Por medio de la identificación –la que Lessing (2004) deja claro, al señalar que “identificación” no significa admiración, porque el que admira no se mira a sí mismo, y el que compadece, en cambio, sí se transforma a sí mismo–, el lector puede descubrir muchos destinos distintos al suyo.



## 5. Razón y reconocimiento

Como se ha podido observar, la imaginación narrativa es fundamental para capacitar al auditorio en el esfuerzo de pensar cómo sería estar en el lugar de otra persona, o vivir conflictos que les ocurren a otros seres con los que se puede identificar, además de ser un lector (y oyente) inteligente de la historia de esa persona (personaje en este caso), y comprender las emociones, deseos y anhelos que alguien así pudiera experimentar. Pero, aún así no habría que olvidar otros aspectos que también subraya Nussbaum. Como cuando dice que «la imaginación narrativa no carece de sentido crítico, pues siempre vamos al encuentro del otro con nuestro propio ser y nuestros juicios a cuestas; y cuando nos identificamos con un personaje» (2005:30). Nussbaum está queriendo decir que inevitablemente no nos limitaremos a identificarnos, también juzgaremos esa historia a la luz de nuestras propias metas y aspiraciones.

He ahí el valor de la *paideía*: que toda persona tenga sus propias metas y que las coteje con lo que ve y siente.

Esto nos conduce a hacer hincapié en que uno aprende a ser solidario con el otro, a vivir empáticamente el dolor y el sufrimiento de los demás, no sólo con su imaginación, sino también a través de la *consistencia de los argumentos* que se manejen.

De ahí que concluyamos que la capacidad de compasión no debe olvidar la capacidad de reconocer lo que es justo.

La imaginación nos enseña, pero la razón nos obliga; la realidad de las tres formas de reconocimiento recíproco que nos señala Honneth, nos ilumina, pero es la razón quien nos exige.

Volviendo a Adela Cortina, «importa no secar las fuentes del reconocimiento, sino hacerlas fluir en las comunidades históricas existentes» (Cortina, 2001: 65), pero

también, como señala en otro lugar, no habría que dejar de lado la perspectiva kantiana, es decir, «optar por el compromiso –actuar de forma autónoma– no es una posibilidad más, sino una exigencia moral que brota del reconocimiento de seres valiosos que no tienen precio, sino dignidad» (Cortina, 2009: 30).

Aspecto que en vez de alejarnos de Honneth, nos devuelve a él, ya que, como nos recuerda Gustavo Pereira (2010) actualmente el propio Honneth está interesado en encontrar, además de una explicación genética de las demandas sociales, un punto de vista normativo desde el cual poder evaluar qué reivindicaciones son justas o legítimas y cuáles no.

La cuestión sigue siendo cómo justificar esos criterios.

---

NOTAS:

<sup>1</sup> Basado en la razón calculadora: la comunidad política no se forma de modo natural, sino que es producto de un artificio, basado en último término en el temor mutuo.

<sup>2</sup> Dejando claro que según señala Adela Cortina, junto a la compasión son también indispensables otros ingredientes (la justicia, la autonomía y la responsabilidad) para alcanzar la madurez moral, nos centramos en el primero.

BIBLIOGRAFÍA:

Anderson, J., Honneth, A. (2005). “Autonomy, Vulnerability, Recognition and Justice”, en Anderson and Christman (eds.) *Autonomy and the challenges to liberalism*.

Cambridge: Cambridge University Press, 127-149.

Almarza Meñica, J. M. (2010). “Cosmovisión y reconocimiento en el pensamiento de Axel Honneth”, *Estudios Filosóficos*, nº 170, pp. 5-24.

Aristóteles (1999). *Poética*. Traducción e introducción: Argimiro Martín. Valencia: Tilde.

- 
- Conill, Jesús (2006). *Ética hermenéutica*. Madrid: Tecnos.
- Cortina, Adela (2001) *Alianza y contrato. Política, ética y religión*. Madrid: Trotta.
- (2009) “La pobreza como falta de libertad”, en Cortina, A. y Pereira, G., *Pobreza y libertad. Erradicar la pobreza desde el enfoque de Amartya Sen*. Madrid: Tecnos.
- Fascioli, Ana (2009) “Esferas de reconocimiento” y capacidades básicas”, en Cortina, A. y Pereira, G., *Pobreza y libertad. Erradicar la pobreza desde el enfoque de Amartya Sen*. Madrid: Tecnos.
- Fraser, N., Honneth, A. (2003). *¿Redistribución y reconocimiento?*. La Coruña y Madrid: Fundación Paideia Galiza y Ediciones Morata.
- Honneth, Axel. (1997). *La lucha por el reconocimiento*. Barcelona: Crítica.
- Lessing, G. E. (2004). *La dramaturgia de Hamburgo*. Madrid: ADE-Teatro.
- Nussbaum, Martha. (1995). *La fragilidad del bien. Fortuna y ética en la tragedia y filosofía griega*. Madrid: La balsa de la Medusa.
- (2005) *El cultivo de la humanidad*. Barcelona: Paidós.
- Pereira, Gustavo (2010). “Reconocimiento y criterios normativos. Entrevista a Axel Honneth”, *Andamios*, nº 13, México.
- Ricoeur, Paul (2005) *Caminos del reconocimiento*. Madrid: Trotta.
- Sen, Amartya (2000). *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Planeta.
- Stanislavski, C. (1981). *El actor de prepara*. Diana: México.
- Taylor, Ch., (1993). *El multiculturalismo y la política del reconocimiento*. México: F.C.E.

# Diálogo y reconocimiento en Charles Taylor

Rubén Benedicto Rodríguez

Universidad de Zaragoza

**Resumen:** La filosofía de Taylor muestra que somos seres dialógicos porque nos convertimos en seres humanos plenos por medio de la adquisición de ricos lenguajes de expresión humana. Esos lenguajes nos ayudan a definirnos a nosotros mismos contra un trasfondo de lo que tiene importancia, aprendiendo a orientarnos en el espacio moral a través de «redes de interlocución». Al definirnos a nosotros mismos nos orientamos en la vida en un determinado sentido que representa un particular significado moral. Esa forma de autorrealización sólo será «auténtica» cuando se atiendan las exigencias que emanan de nuestra relación dialógica con los demás. De ahí deriva la necesidad del reconocimiento.

Diálogo, reconocimiento, identidad.

**Abstract:** Taylor's philosophy shows that we are dialogic beings in that we become whole human beings through the acquisition of rich languages of human expression. These languages help us to define ourselves against a background of what is important, where we learn to guide ourselves in moral space through “webs of interlocution”. In defining ourselves, we orientate our lives in a certain morally significant way. Such a form of self-fulfillment can only be “authentic” when it meets the demands which arise from our dialogue with others; hence the need for its acknowledgement.

Dialogue, recognition, identity.

El trabajo de Charles Taylor intenta ofrecer una comprensión de lo humano, un bosquejo de nuestras capacidades humanas básicas que señalan aquellos rasgos de nuestra identidad que mejor nos definen. Dentro de esa pretensión se incluye el carácter dialógico que el filósofo atribuye al razonamiento. Esta tesis, cuyos antecedentes pueden hallarse en Aristóteles, (Aristóteles, 1981: 49-50) implica que los sujetos nos convertimos plenamente en seres humanos que actúan en el mundo, con una orientación en él que configura nuestra identidad, a través «de ricos lenguajes de expresión humana» (Taylor, 1991: 33). Esos lenguajes trazan el horizonte moral de lo que tiene importancia, proporcionándonos las herramientas que nos ayudan a lograr una autodefinición de nosotros mismos que exprese un significado dentro de ese horizonte. De manera que la formación de la identidad consiste en ir orientándose en el espacio

moral a través de «redes de interlocución» (Taylor, 1989: 36) que utilizamos para reflexionar sobre los bienes que ese espacio moral expresa.

En su sentido general esto significa que, con independencia del intercambio comunicativo con otras personas, nadie está capacitado para alcanzar una autodefinición propia que exprese algún significado reconocible. En un sentido más restringido, esta concepción de la razón es tan antigua como la filosofía y se asemeja al papel que Sócrates asignaba a la mayéutica, al poder que reside en el diálogo para alcanzar una mayor clarificación de los supuestos implícitos con los que damos forma a nuestra identidad.

El primero de los sentidos, que destaca la influencia que ejerce lo social sobre la construcción de nuestra identidad, pretende ser, en el caso de Taylor, no sólo una teoría que alude a la génesis de la personalidad, sino a un rasgo de ésta al que debemos atender sin que ello suponga una forma de dependencia o heteronomía. Sin embargo, frente a esta concepción se erige la tesis según la cual la persona es sólo una forma de expresión de la conciencia individual subjetiva. Si adoptamos este enfoque, la libertad se comprenderá de un modo autoreferencial o autodado, en cuyo caso es fácil confundirla con la adopción de metas que excluyan cualquier referencia a intereses que superen la propia satisfacción entendida en términos narcisistas o egocéntricos. Esto sucede, por ejemplo, cuando el agente busca una forma digna de autorrealización en la que se desechan las exigencias que emanan de las personas a las que nos sentimos más intensamente vinculadas. Y eso es, precisamente, lo que el ideal de «autenticidad» propuesto por Taylor pretende evitar: a su juicio, la «autenticidad» no consiste en adoptar un modelo de desafío constante frente a las exigencias que provienen del exterior, sino en hallar la propia voz que dimana de la conjunción de la propia naturaleza interior y también exterior.

La naturaleza interior reside en las honduras del sentimiento remitiendo a una facultad original y creativa propia, mientras la naturaleza exterior se halla en el desarrollo de la reflexividad humana que se genera a través del diálogo con los otros. De ahí que la autenticidad implicará atender a la interlocución, establecer un diálogo con algo externo al propio yo. De esta tesis se deriva que la aceptación de los procesos de conformación intersubjetiva de los particulares significados morales insta a comprometerse con bienes que sean reconocibles por las demás personas. Por eso, lo que apunta el ideal de autenticidad desplegado a través del diálogo es «que las formas que optan por la autorrealización sin considerar las exigencias de nuestros lazos con los demás o las exigencias de cualquier tipo que emanan de algo que está más allá o fuera de los deseos o aspiraciones humanas son contraproducentes» (Taylor, 1991: 35).

Por otra parte, lo que pretende Taylor con este tipo de argumentos es arrumbar la extensión que en nuestra cultura ha alcanzado el subjetivismo. No basta que alguien piense que algo es importante para que, efectivamente, lo sea, sino que las cosas revelan su importancia vistas contra un fondo de inteligibilidad desarrollado en un marco comunitario a través de un lenguaje compartido. De forma que si es cierta esta tesis que alude a la estructura dialógica de la razón, entonces la identidad «auténtica» tendrá que reflejar algún bien cuyo valor no podrá depender exclusivamente de una impresión individual.

En síntesis, tenemos que las personas sólo pueden encontrar su propia identidad y ser fieles a sí mismas si, además de perseguir una meta que hayan elegido de manera autónoma, dicha meta contiene un significado reconocible. Por este motivo, cuando la identidad adopta una expresión original y reclama un reconocimiento que no se otorga de modo inmediato y espontáneo, entonces el diálogo se convertirá en la única estrategia plausible que podrá manifestar la existencia de un valor aceptable.

Estrechamente conectada a esta cuestión, debemos enfrentar las consecuencias que presenta en el ámbito de las relaciones sanitarias la actual situación de pluralismo moral e ideológico que exhiben las sociedades desarrolladas y democráticas contemporáneas. La convivencia multicultural presenta una diversidad de creencias y actitudes en torno a la valoración moral de las acciones. La existencia de sensibilidades y vinculaciones diferentes propicia la comprensión diversa de los bienes a los que las personas se adhieren. Dado el carácter irrenunciable de esta situación, es obvio que la convivencia requiere algún tipo de acuerdo que, en su búsqueda de espacios comunes, incluye renuncias por parte de los individuos. Por lo tanto, la ciudadanía democrática se enfrenta al doble desafío de aceptar la diversidad y, a la vez, comprender la necesidad de compartir un núcleo de valores y actitudes.

En un contexto plural se dan diferentes concepciones sobre el modo de orientar la vida; el reto democrático consiste en transformar esas distintas opciones en oportunidades de enriquecimiento reveladas a través del debate y el conocimiento recíproco. A este respecto, en opinión de Taylor, el camino para lograr una identidad con elementos comunes en una sociedad multicultural pasa por poner en práctica una «política del reconocimiento» (Taylor, 1994: 25-73). Para llevarla a cabo, el primer paso consiste en admitir que en la formación de la política del reconocimiento igualitario coexisten dos nociones que suponen, a su vez, dos diferentes maneras de encarar la cuestión de la diversidad. Estas dos vertientes deben ser atendidas sin que una pueda prevalecer sistemáticamente sobre la otra. La primera está asociada a la política de la dignidad universal que subraya la igual dignidad de todos los ciudadanos promoviendo «la igualación de los derechos y de los títulos» (Taylor, 1994: 37). La segunda está vinculada a la política de la diferencia que concede la máxima importancia al concepto moderno de identidad como algo auténtico, propio y original. Pero lo

relevante es que tanto la política de la igualdad como la política de la diferencia se fundamentan en una noción moral. La dignidad igualitaria se basa en la idea kantiana según la cual todos los seres humanos son dignos de respeto por su condición de agentes racionales, es decir, por su capacidad de dirigir sus vidas por medio de leyes autodadas (Kant, 2002, 131). Por su parte, el principio de la diferencia también es merecedor de atención por parte de las políticas del reconocimiento igualitario, porque también se basa en un potencial humano universal, en la capacidad «de moldear y definir nuestra propia identidad, como individuos y como cultura» (Taylor, 1994: 42).

Se observa que ambos principios son la extensión del principio de igualdad que enuncia que ha de darse trato igual a los casos iguales y trato diverso a los diversos. Y puesto que todos somos iguales y todos somos diferentes, garantizar un trato con la misma consideración y respeto, obliga a un reconocimiento recíproco de las personas atendiendo a sus rasgos iguales y también diferenciados. Pero, entonces, la cuestión se complica, porque si aceptamos la tesis que sostiene la construcción social de la identidad, también se exigirá el reconocimiento de los elementos que las personas consideran valiosos y constitutivos de su identidad. Así que admitir la legitimidad de esta exigencia es difícil en tanto nos obliga a enfrentar diversos problemas teóricos y prácticos.

En primer lugar, una sociedad democrática y plural admite la posibilidad de que los individuos modifiquen sus creencias, actitudes y valores; también acepta que sus miembros dejen de guiarse por el núcleo de valores originarios de una determinada matriz cultural, o que orienten su vida con un híbrido cuya procedencia se halla en diversas configuraciones culturales. ¿Cómo reflejar y atender adecuadamente en los espacios públicos las demandas de reconocimiento basadas en esta cambiante y multifacética identidad cultural?



En segundo lugar, si lo que se busca es crear las condiciones políticas que hagan posible un acercamiento reflexivo y crítico hacia las diversas aspiraciones de las personas basadas en su identidad cultural. ¿Cómo concretar institucionalmente una iniciativa de semejantes proporciones?

En tercer lugar, admitiremos que, en una sociedad democrática constitucional, no todas las demandas basadas en la identidad cultural pueden o deben ser objeto de reconocimiento. ¿Qué procedimiento utilizaremos para discriminar y valorar cualitativamente las diversas exigencias que claman reconocimiento?

Puesto que un trabajo de esta magnitud no puede contestar satisfactoriamente todas estas cuestiones, indicaremos acaso algunos aspectos significativos. Es evidente que no todas las formas que adopta la diversidad son enriquecedoras *per se* y merecen reconocimiento. Al fin y al cabo, no todas las formas de expresión de la diversidad respetan valores humanos y, como Taylor sostiene, «la mera diferencia no puede ser por sí misma fundamento de la igualdad de valor» (Taylor, 1991: 51).

El hecho de que un grupo o un individuo elijan vivir de un modo distinto al resto no implica que su manera de vivir entrañe un valor moral. Para que pueda darse el reconocimiento es necesaria la existencia de un acuerdo sobre la legitimidad de determinados valores y acciones, que se comparta un horizonte de significado que designe como valiosas las aspiraciones de un grupo. La actitud que corresponde a una política del reconocimiento igualitario, sensible a las diferencias, consistirá en abrir cauces de diálogo que se dirijan hacia el descubrimiento conjunto y recíproco del bien representado por la diferencia, un bien que en ningún caso puede entrañar la destrucción de los individuos, ni tampoco la erosión de valores específicamente humanos.

Aquí aparece el segundo sentido en que la razón es dialógica al que aludía al comienzo de esta comunicación. Señalar el diálogo como procedimiento más adecuado

para resolver conflictos y atender intereses en disputa resulta una propuesta demasiado abstracta. ¿Cuáles son los rasgos esenciales que un diálogo de estas características debería incluir? En su artículo «Explanation and Practical Reason» (Taylor, 1994, 34-60) el canadiense desarrolla una concepción de la razón práctica que pretende mediar entre posiciones rivales en conflicto sobre el supuesto valor de algunos bienes así considerados. Taylor señala que, a la hora de establecer un diálogo racional sobre este tipo de cuestiones, la situación más habitual consiste en que los interlocutores compartan algunas de sus intuiciones morales básicas. A partir de aquí, los argumentos que se aducen para justificar, por ejemplo, aberraciones manifiestas como los asesinatos en masa o las mutilaciones criminales, tratarán de presentar un pretexto especial frente a la premisa general que, de hecho, ambos bandos aceptan. En este caso, lo que corresponde a la razón es desplegar hacia nuestro interlocutor un tipo de argumento *ad hominem* con el que se intentará desenmascarar un error que proviene «de la confusión, de la falta de claridad o de un estar poco dispuesto a enfrentarse a algo de lo que él no puede lúcidamente repudiar» (Taylor, 1995: 36). En definitiva, se trata de mostrar que una de las posiciones defendidas en el diálogo ofrece una ganancia respecto a la otra porque supera una contradicción, esclarece una confusión o, simplemente, advierte algún factor determinante que hasta ahora había permanecido ignorado.

Este diálogo que presenta una forma de argumentación por transiciones que van progresivamente reduciendo el error atenderá a la importancia de la articulación (Taylor, 1989, 92), a la necesidad de identificar contradicciones o disipar confusiones, pero no apelará a ningún criterio externo. Y es que no se defiende una razón apodíctica que presenta hechos o principios incuestionables a la luz de una razón supuestamente neutral (Taylor, 1995: 36 y ss.), sino una forma de razonamiento que procede a efectuar una aclaración sobre las convicciones que mantienen las personas o que aparecen

implícitas en los tipos de vida a la que los individuos se adhieren. Por lo tanto, la función de la razón será desvelar el sentido de una determinada práctica a través de una articulación que clarifique lo que de irreflexivo hay en ella. Una articulación que indagará, allá hasta donde sea posible, en el trasfondo prerreflexivo para aclarar a los sujetos su propia identidad, poniendo al alcance con ello un mayor grado de autonomía.

Evidentemente, el estatuto del juicio moral que deriva de una posición así defendida es más modesto, porque no pretenderá mostrarse como verdadero o correcto, sino simplemente mejor que otro. Y como en el fondo de la disputa lo que aparecen son diversas versiones rivales del bien, la tarea de la razón consistirá en establecer un lenguaje comparativo lo suficientemente expresivo sobre las motivaciones últimas con las que los sujetos dicen estar comprometidos. Se compararán diferentes visiones significativas y se argumentará discriminando cualitativamente los distintos bienes atendiendo al contexto de aplicación y también a sus consecuencias.

La eficacia de la mejor interpretación posible consistirá en su capacidad para articular, esto es, para expresar más claramente los objetos a los que se refiere. Por lo tanto, no se trata de designar un estado de cosas, sino de desvelarlas, de desplegarlas, de volverlas más visibles a través de una expresión que, por supuesto, estará abierta a posteriores articulaciones. En la práctica, asumir el carácter dialógico de la racionalidad humana supone atender al lenguaje y a la historia común que define los significados. Por eso, la mejor forma de arbitrar en cuestiones morales es argumentar *ad hominem* porque, en realidad, cuando trato de convencerte de que mi descripción del bien es mejor que la tuya «hablo por ti, bien sea articulando lo que está detrás de las intuiciones morales con que cuentas o quizá porque mi descripción te mueva hasta tal punto que la asumas como propia» (Taylor, 1989: 77).

En definitiva, la cuestión estribará en definir qué bien es el que debe motivar un cauce de acción frente a otro en una determinada situación. Y, de hecho, la profundidad de nuestro razonamiento dependerá de nuestra capacidad para articular lo implícito, para captar los diferentes bienes que aparecen en la vida y juzgar su importancia, prescindiendo de las prioridades sistemáticas que clasifican en abstracto de una vez y para siempre (Taylor, 1997: 294).

Esta estrategia que acude a un diálogo argumentativo por transiciones se basa en un modelo social democrático cuyo fin último es reconocer las diferencias fomentando la cohesión, en lugar de la rivalidad y la confrontación. Su puesta en práctica propicia el desarrollo de una igualdad compleja que, atendiendo a la diferencia, acepta también algunos elementos comunes que son, precisamente, los que permiten la definición compartida y el reconocimiento. La clave de este diálogo reside en el descubrimiento conjunto y recíproco del bien representado por la diferencia, y sin el cual la aspiración al reconocimiento no puede ser considerada legítima. No obstante, Taylor reconoce que, todavía argumentando el bien que alienta una práctica concreta, pueden existir conflictos con otros bienes que aconsejen restringir su aparición en los espacios públicos (Taylor, 1998: 221). Por consiguiente, se trata de un modo de arbitrar con la diferencia en el que no se parte de un principio procedimental aplicable de modo general en todos los casos, sino de un modelo en el que se afronta la convivencia buscando un acomodo realizable entre las diversas pretensiones surgidas de las diferentes identidades sustantivas que coexisten en un espacio multicultural. Si se apuesta por una forma de diálogo ciego a la diferencia, entonces se buscarán principios muy generales para decidir todas las cuestiones en conformidad con ellos. Si el modelo de reconocimiento en la diferencia resulta más convincente, entonces se buscarán los

caminos hacia la complementariedad para permitir «a las personas vivir juntos y crecer unidos de un modo esperanzado» (Taylor, 1998: 218).

## BIBLIOGRAFÍA

Aristóteles (1981). *La política*. Madrid: Editora nacional.

Kant, Immanuel (2002). *Fundamentación para una metafísica de las costumbres*. Madrid: Alianza.

Taylor, Charles (1989). *Sources of the Self*. Cambridge: Harvard University Press.

— (1991). *The Ethics of Authenticity*. Cambridge: Harvard University Press.

— (1994). “The Politics of Recognition”, en Amy Gutmann (ed.), *Multiculturalism*. Princeton: Princeton University Press, pp. 25-73.

— (1995). “Explanation and Practical Reason”, *Philosophical Arguments*. Cambridge: Harvard University Press, pp. 34-60.

— (1997). “Le conduite d’une vie et le moment du bien”, en Philippe de Lara (comp.), *La liberté des modernes*. París: Presses Universitaires de France, pp. 285-306.

— (1998). “Living with Difference”, en Anita L. Allen and Milton C. Regan (eds.), *Debating Democracy’s Discontent*. Nueva York: Oxford University Press, pp. 212-226.

# El reconocimiento intercultural en clave hermenéutica<sup>1</sup>

Javier Gracia Calandín

Universidad de Valencia

**Resumen:** El propósito de este ensayo es centrarse en los aspectos del reconocimiento intercultural. Comenzando por el análisis complementario de Charles Taylor sobre la “política del reconocimiento” y la “ética de la autenticidad”, intento aclarar en qué consiste el reconocimiento intercultural. Para ello profundizo en el enfoque hermenéutico, considerando su virtualidad.

Reconocimiento, interculturalidad, hermenéutica, identidad

**Abstract:** The aim of this paper is to focus on the significant aspects of the intercultural recognition. Starting from the complementary analyze of Charles Taylor about the “politics of recognition” and “Ethics of authenticity”, I try to consider the form of a specific intercultural recognition. For that I go in depth of the hermeneutical approach, considering its strength.

Recognition, interculturalism, hermeneutics, identity.

Entiendo por Reconocimiento intercultural el reconocimiento que tiene lugar entre gentes de culturas diferentes, tanto dentro de la propia sociedad como con otras sociedades. A diferencia de otros usos del concepto, el reconocimiento intercultural destaca el rasgo propio de la identidad cultural.

En los análisis de Honneth o Ricoeur encontramos el reconocimiento articulado conjuntamente con el de la identidad (mismidad). Sin embargo esta identidad-mismidad no se centra propiamente en el ámbito específico de la diversidad cultural. Charles Taylor por su parte sí que ha centrado su análisis en la cuestión del reconocimiento de las diferencias culturales. Asimismo se ha ocupado de plantear la génesis y elementos

---

<sup>1</sup> Este trabajo se inscribe dentro del proyecto de investigación de referencia FFI2008-06133/FISO financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación.

constitutivos de la identidad cultural en la Modernidad. Destaquemos los aspectos principales de su análisis.

### 1. Rasgos propios del Reconocimiento intercultural

En primer lugar, yo destacaría la correlación entre dos obras de Charles Taylor del mismo año: “La política del reconocimiento” y *Ética de la autenticidad*. Si llevamos a cabo un estudio detenido<sup>1</sup> de ambas obras, publicadas tres años después de *Fuentes del yo*, es decir, después de haber expuesto su “construcción de la identidad moderna”, encontramos un paralelismo y correspondencia fundamental. Teniendo en cuenta las diferencias de planteamiento,<sup>2</sup> sin embargo, ambas ofrecen dos aspectos y procesos coimplicados de la Modernidad. Autenticidad y reconocimiento se presentan como dos ejes centrales para comprender al ser humano y la sociedad moderna. Por un lado, el ideal *moral* de autenticidad pone de manifiesto el imperativo moderno de forjarse una identidad propia (“autos”, “sí mismo”), de modo que cada uno sea considerado en su singularidad. Por otro lado, esa búsqueda del individuo en aras de su propia identidad nunca es exclusivamente individual. El reconocimiento que los otros significativos le dispensan es crucial para ir forjándose dicha identidad. Este es el “carácter fundamentalmente dialógico” de la vida humana, que pone de manifiesto la centralidad del reconocimiento.<sup>3</sup>

A esta correlación fundamental entre autenticidad y reconocimiento, yo añadiría además que es erróneo relegar la esfera de la autenticidad al ámbito privado o íntimo del ser humano y el del reconocimiento al ámbito público. ¿Cómo podría perseguir el ideal de autenticidad si no es juntamente a través del reconocimiento de esos otros

significativos? Yo más bien diferenciaría entre una esfera de la identidad individual y otra de la identidad colectiva. Pues al igual que “todo hombre tiene su propia medida”, todo pueblo tiene su propio carácter (*Volkgeist*).<sup>4</sup> Pero no basta con trazar la diferencia si no se pone de manifiesto la correlación que se establece entre identidad colectiva e identidad individual. Por un lado, ¿cómo sería posible la identidad del grupo si los individuos no se autocomprenden y autodefinen en los mismos términos? Pero, por otro lado, ¿cómo se definirían y comprenderían los propios individuos a sí mismos si atomizados y desvinculados de todo grupo social de referencia se han cegado las fuentes identitarias comunes? A esta sazón creo que cobra todo su sentido la expresión de Taylor “juego recíproco en dos planos”.<sup>5</sup>

Siguiendo con el análisis de Charles Taylor, el segundo rasgo del reconocimiento intercultural que creo que es central es la articulación de reconocimiento igualitario y reconocimiento de las diferencias. Uno de los aspectos más relevantes del análisis genealógico de Taylor en torno al origen moderno de la identidad es la complementariedad e incluso mutua necesidad de la “revolución igualitarista” y la “revolución expresivista”. Efectivamente, la quiebra de la sociedad estamental y la emergencia del ideal moderno de igualdad, que culmina con el concepto moderno de dignidad humana, trajeron consigo una revolución sin precedentes que consistió en la igualdad de todo ser humano por el hecho de ser humano. A mi modo de ver, el reconocimiento intercultural –hermenéuticamente enfocado— hace posible articular igualdad y diferencia sin incurrir en una huera contradicción. De hecho lo que se opone a “igualdad” no es tanto “diferencia” como, más bien, “desigualdad”.<sup>6</sup> Por mi parte creo que el concepto de identidad es adecuado para llevar a cabo dicha complementariedad.<sup>7</sup>



Para expresarlo de forma sucinta, el reconocimiento igualitario cobra forma en el concepto de dignidad humana. Sin embargo esto sólo es un aspecto formal, que ha de concretarse a través del reconocimiento de las diferencias propias de cada individuo y colectivo. De otra forma corremos el peligro de proyectar sobre otros individuos o comunidades los contenidos de nuestra propia identidad. ¿Diríamos acaso que hemos reconocido, por ejemplo, la valía de un deportista en cuanto deportista si no lo hemos hecho en la modalidad deportiva específica en la que éste destaca? Este sería, efectivamente, el cargo que Taylor levanta contra el “universalismo abstracto” de haber permanecido “ciego a las diferencias” en nombre de la neutralidad liberal.

Taylor añade algo más –y a mi modo de ver con acierto—, a saber, que la igual dignidad de las personas no es sólo un principio vacío, sino “cierto acuerdo fundamental sobre el valor”, de modo que “por encima de las diferencias existen ciertas propiedades, comunes o complementarias, que tienen cierto valor” (Taylor, 1994: 86). Reconocer el igual valor de ciertas propiedades humanas como la capacidad de razón, de amor, de memoria o de diálogo, implica sostener un *reconocimiento sustantivo* y no sólo un principio vacío acerca del valor de dichas capacidades. En este punto la lectura de Ricoeur en *Caminos de Reconocimiento* es excesivamente ambigua porque Taylor no niega cualquier “potencial humano universal como la simple expresión de una cultura hegemónica” (Ricoeur, 2005: 222). Más bien, su crítica al universalismo abstracto es por haber entendido la igualdad como un principio formal vacío y no como un valor fuerte que ha de ser compartido por los ciudadanos, “más allá de sus diferencias”. Pues no basta con el acuerdo en definir las diferencias sino que hace falta también el acuerdo en el valor de la capacidad dialógica del hombre.

Pero Taylor aún da un paso más hacia el ámbito ético-político y se pregunta cómo es posible desarrollar y preservar los rasgos de valores comunes si no es a través de una vida política participativa. De modo que las cuestiones identitarias siempre llevan aparejadas ciertas políticas y, por lo tanto, no se circunscriben exclusivamente a la esfera privada sino a la del reconocimiento público. Y esto, cabe insistir, tanto por lo que se refiere al reconocimiento de la igual dignidad como al reconocimiento de las diferencias culturales, a través de las cuales se expresa buena parte de dicha identidad. Con ello llegamos al cuarto rasgo y es que las identidades culturales tienen rasgos morales y una clara resonancia política. El reconocimiento intercultural tiene que atender a las demandas políticas de reconocimiento por parte de grupos culturalmente diferenciados y que sufren algún tipo de menosprecio (falta de reconocimiento). El modo cómo gestiona el reconocimiento político de los diferentes grupos culturales en tanto que diferentes pero también en tanto que ciudadanos iguales de la misma sociedad determinará el grado de cohesión necesaria que requieren las sociedades modernas. En la forja de identidades colectivas es necesario reparar en las “condiciones de legitimidad del mundo moderno”. Pues el compromiso con los derechos humanos y las “exigencias morales universales” no son suficientes para establecer sólidas identificaciones. A este respecto la “deliberación conjunta” de los ciudadanos es fundamental para ir gestando el tejido intercultural de la ciudadanía y a su vez lograr la necesaria “densa unidad de propósito”.<sup>8</sup> Encuentro en este rasgo la coincidencia con un aspecto sobre el que llama la atención Ricoeur aludiendo a los “órdenes de reconocimiento” de J.M. Ferry acerca de dar a la identidad moral y política una significación diferenciada no reducible a la práctica argumentativa y que recupere todas las “potencias de la experiencia” (Ricoeur, 2005: 212). Pues, yo añadiría

interpelando a Honneth, ¿cómo es posible hacer efectiva la “solidaridad postradicional” si no es atendiendo a la particularidad propia de dicha sociedad? ¿Basta con apelar a un “concepto formal de eticidad” (Honneth, 1992: 284-287)? Desde la hermenéutica intercultural la experiencia, la historia (podríamos añadir, la cultura) ya no se plantean de modo formal sino atendiendo a sus rasgos particulares que la hacen efectiva.

Otro aspecto que el reconocimiento intercultural no puede obliterar es la dimensión histórica de las identidades culturales. A este respecto el enfoque hermenéutico descubre el filón genealógico en una comprensión del trasfondo histórico que hace posible entender las raíces de los problemas concretos de reconocimiento. No basta con reconocer ciertos rasgos universales o estructurales del reconocimiento. El reconocimiento intercultural en clave hermenéutica ha de bucear en las circunstancias concretas y diferenciales de cada contexto. Al reparar en la irrebasable condición histórica del ser humano y su inserción en un momento histórico determinado, la hermenéutica intercultural consigue librar al pensamiento de la “intemperie” del absoluto hegeliano. Pues, ¿no es el reconocimiento de nuestra propia cultura y nuestras propias tradiciones, de nuestro propio tiempo y época, la que nos pone a resguardo de las pretensiones hegelianas de un “espíritu absoluto”?<sup>9</sup>

Pero, el reconocimiento intercultural que proponemos desde la hermenéutica no queda anclado en el pasado, en una maraña que fácilmente puede desembocar en una dialéctica de inculpaciones recíprocas. El reconocimiento intercultural combate la segregación y trata de “aproximar y reconciliar las soledades” a través de una comprensión de la diversidad profunda de las sociedades actuales. La autocomprensión de identidades complejas y dinámicas facilita enormemente el encuentro con otras formas

culturales. No puedo desarrollarlo aquí, pero yo creo que el enfoque hermenéutico puede habilitar un tipo de entendimiento a través de la reconciliación, no en términos homogeneizadores o anuladores, sino confiando en el pro-yecto de una humanidad diversa y a la vez solidaria.<sup>10</sup>

Como séptimo rasgo, añadiría yo, el reconocimiento intercultural en clave hermenéutica maneja un *significado efectual de cultura*. Se distancia de una comprensión folclórica de las culturas fruto de una abstracción clasificatoria (como si las culturas fueran algo que podemos extraer del contexto vital y conservarlas en formol). Esto creo que es un aldabonazo para partidarios de ambos extremos: para los que creen que lo decisivo de la persona se define esencialmente sin referencia a la propia cultura y para los nacionalistas que generan discursos acerca de la pureza de una etnia. El significado efectual de cultural pone en evidencia el carácter de cultivo (*colere*) de la humanidad (Nussbaum, 2005) que late en cada cultura, en tanto que cultura. A esta sazón la hermenéutica en el quicio de la interculturalidad se hace cargo de la fecundidad de la distancia cultural: la inter-culturalidad.

Como octavo rasgo, es en virtud de la fecundidad de la distancia cultural, que la hermenéutica redescubre también su potencial crítico. Porque dialogando con gentes de otras culturas, se descubre el potencial humanizador de las culturas en su diversidad, pero también se cae en la cuenta de las prácticas deshumanizadoras de dichas cosmovisiones. Por ello el reconocimiento intercultural a través del diálogo permite a los ciudadanos discernir qué valores y costumbres merece la pena reforzar y cuáles hay que superar. También yo insistiría en que dicha crítica enfocada hermenéuticamente nunca opera

desde ninguna parte, sino siempre situada en la experiencia, “desde la facticidad” (Conill, 2006).

Con ello llegamos a otro rasgo, que entre cultura e interculturalidad se da una estrechísima relación. De modo que del mismo modo que no puede haber circunferencia sin radio (aunque éste no esté trazado), no puede haber cultura sin interculturalidad (aunque ésta no se haga explícita). Con esta metáfora vengo a defender la “interculturalidad” latente o patente en toda cultura. A mi juicio, la hermenéutica puede contribuir en el reconocimiento de dicha interculturalidad ya existente en nuestras sociedades.

Antes de pasar a una breve justificación de porqué adoptar una clave hermenéutica, quisiera destacar dos rasgos más del reconocimiento intercultural.

En primer lugar, la crítica de Ricoeur al reconocimiento entendido como “lucha”. En el ámbito intercultural, creo que su propuesta de los “estados de paz” es enormemente sugerente y ha de ser trabajada. Porque el reconocimiento puede derivar en “mala reciprocidad” si el intercambio se vicia en la lógica del mercado o la venganza y acaba borrando los lazos interpersonales y generando actitudes suspicaces. La “mutualidad” (Ricoeur, 2005: 228-238), sin embargo, mantiene viva la “tensión creadora entre generosidad y obligación”. Una tensión interminable que no acaba de ahogar la lucha por el reconocimiento. Pero no como violencia contra otros, sino como lucha y superación personal movida por las “experiencias de reconocimiento efectivo en el intercambio de dones” (Ricoeur, 2005: 251).

En segundo lugar, también con Ricoeur y ahondando en la rica polisemia que el término reconocimiento tiene en castellano y en francés. El reconocimiento está

estrechamente vinculado a la gratitud. Referido al tema que nos ocupa, el reconocimiento intercultural nunca es de hecho simétrico. La situación de los inmigrantes siempre es de desventaja. A mi modo de ver, el reconocimiento intercultural crea lazos de intercambio salvando la disimetría original y generando círculos virtuosos de gratitud y obligación mutua. Tocados por la experiencia de la comprensión en toda su riqueza, la hermenéutica contribuye a mi modo de ver a hacerse cargo de las circunstancias concretas de todos y propone nuevas formas fecundas de comunicación intercultural.

## 2. Virtudes del enfoque hermenéutico en vistas al reconocimiento intercultural

A lo largo de este trabajo ya han salido algunas de las virtudes del enfoque hermenéutico intercultural que yo propongo. Recapitulemos.

En primer lugar, la hermenéutica se presenta como un enfoque adecuado de la intersubjetividad capaz de argumentar contra el solipsismo metódico y capaz de articular el reconocimiento como clave fundamental de las relaciones humanas. De manera que el “ser ahí” es ya siempre un “ahí con” (*mit-da*), porque a su estructura ontológica pertenece también el “ser-con”. De este modo la hermenéutica comprende “yo”, “tú”, los “otros” como momentos del “ser-ahí-unos-con-otros” (*Mit-ein-ander-sein*) (Heidegger, 1999: 98ss).<sup>11</sup>

En segundo lugar, la hermenéutica ha puesto de manifiesto la importancia radical de los contextos. En el reconocimiento intercultural la referencia a los contextos culturales es ineludible. Pues es a partir de los trasfondos de significación como se van gestando las identidades colectivas.

En tercer lugar, en el enfoque hermenéutico la experiencia (humana) ocupa un lugar central. Poniendo en primer lugar el “mundo de la vida”, la reflexión no divaga hacia la construcción de una superestructura teórica. Es, más bien, esa misma experiencia la que abre a la reflexión e insta a una comprensión siempre más profunda. Con ello la experiencia humana adquiere un rango cualitativamente diferente respecto al resto de objetos de la naturaleza. El reconocimiento intercultural es por lo tanto una relación interpersonal (intersubjetiva) de índole radicalmente diferente a la lógica sujeto-objeto.

En cuarto lugar, la hermenéutica también ha reconocido la finitud y facticidad congénita al ser humano (Conill, 2006: 91-201). A mi modo de ver, no hay mejor modo de evitar los peligros totalitarios del reconocimiento en clave hegeliana, que reparando en la imposibilidad de salirse de la historia hacia una dialéctica absoluta. Pretender alcanzar un punto de vista absoluto es de lo que nos precave la hermenéutica filosófica.

En quinto lugar, yo creo que la hermenéutica está en disposición de destacar las diferencias evitando la asimilación. Para ello pone de manifiesto la relevancia del contraste. Pues no se trata de superar-anular las diferencias sino de destacar su relevancia. Para ello ya propuse la diferencia significativa entre una *Aufhebung* hegeliana y la *Abhebung* hermenéutica (Gracia, 2006).

En sexto lugar, la hermenéutica, al menos desde Gadamer, ha destacado la importancia del “diálogo vivo” para expresar la “experiencia del otro” y del reconocimiento. A este respecto, basándonos en el enfoque hermenéutico y aplicándolo al ámbito intercultural, podríamos distinguir entre “dialéctica” y “diálogo”. Mientras que la dialéctica es un movimiento de la racionalidad, el diálogo se sitúa en el plano de la experiencia. Por eso, en el ámbito del “diálogo” hay que destacar que más que un círculo

establecido, el círculo se crea a través del encuentro existencial. De modo que no se comienza con un diálogo dialéctico-lógico, en el que las leyes ya están preestablecidas, sino que se lleva a cabo todo un proceso de aprendizaje y fecundación mutua, en el que se han de inventar nuevos lenguajes de intercambio.<sup>12</sup>

Y ya para ir acabando este ensayo, el enfoque hermenéutico que yo propongo no anula el potencial crítico de la racionalidad humana. De hecho yo creo que la hermenéutica óptima es aquella que mantiene un diálogo fecundo con la ética del discurso (Gracia, 2010b). Pues elevar el reconocimiento a concepto normativo (como hace Honneth) tiene sin lugar a dudas la ventaja de elevar instancias crítico-teóricas que consiguen regular las luchas sociales. Sin embargo, el enfoque que yo propondría sí que pretende esquivar los posibles “cortes” o “escisiones” de dicha crítica con la dimensión cultural. Al destacar la “fecundidad de la distancia cultural” (Gracia, 2010d: 106ss.) no abogo por una ruptura con la propia cultura, más bien el reconocimiento del potencial crítico se lleva a cabo desde la interculturalidad latente en la propia cultura. De este modo, la hermenéutica no genera discursos abstractos, sino que busca siempre “ampliar los propios horizontes”, rebasando las particularidades y unilateralidades. Para lo cual el reconocimiento intercultural es crucial.

---

NOTAS:

<sup>1</sup> Remito aquí a mi exposición más detallada en el capítulo VIII “Identidad moral y política”, en Gracia, 2010a

<sup>2</sup> Se trata efectivamente de dos tratamientos complementarios de la identidad moderna. “La política del reconocimiento” atiende a las demandas políticas de grupos culturalmente diferenciados (como es el caso del Québec en Canadá). *La ética de la autenticidad* se centraría en el ideal moral de autenticidad aplicado al individuo. (Taylor, 1994).

<sup>3</sup> “Por ello, el desarrollo de un ideal de identidad que se genera internamente atribuye una nueva importancia al reconocimiento. Mi propia identidad depende, en forma crucial, de mis relaciones con los demás” (Taylor, 1993: 55).

<sup>4</sup> Ch. Taylor recurre a Herder, pero también a Rousseau para desarrollar su planteamiento de la identidad. (Taylor, 1994: 64). Hay que destacar que en su famosa cita, Herder habla de que “Jeder hat ein eigenes



---

Mass, gleichsam eine eigene Stimmung aller seiner sinnlichen Gefühle zu einander”. Con lo cual incide en la autenticidad individual sin olvidar los vínculos con los otros (*zu einander*). (Herder, 1877-1913: 291).

<sup>5</sup> “Individuo y Volk son dos entidades que se buscan, que tienen como tarea definir aquello en lo que consiste su originalidad y atenerse a ella” (Taylor, 1996: 14).

<sup>6</sup> Creo que en vistas a agudizar el análisis de la sociedad intercultural es de gran ayuda distinguir entre “diferencia” y “desigualdad”. Y las ganancias, a mi modo de ver se dejan ver tanto en la ética intercultural como en la ética para el desarrollo. Llama la atención que sobre esta distinción presente en el lenguaje coloquial no se haya profundizado filosóficamente. Adela Cortina, sin embargo, ya ha incidido en ella. (Cortina, 2007: 168-171).

<sup>7</sup> En su primera acepción el origen del término latino “identitas, identitatis” hace alusión a lo idéntico. Pero en su segunda y tercera acepción incide en el “conjunto de rasgos propios de un individuo o de una colectividad que los caracteriza frente a los demás” y “conciencia de que una persona tiene de ser ella misma y distinta de las demás”. Cf. “identidad” en *Diccionario de la lengua española de la Real Academia*.

<sup>8</sup> De este modo la crítica de Taylor a las “políticas hechas a partir de vibrantes llamamientos a principios puros [que] sólo fueron un modo de mantener la incompreensión, el conflicto y la paranoia, como tan a menudo ha sucedido en Québec” (Taylor, 2000: 41).

<sup>9</sup> Tanto Honneth, Ricoeur como Taylor ven la necesidad de separarse en este punto del planteamiento hegeliano, por razones hermenéuticas, que ya expusiera Gadamer en *Verdad y método*. Véase Honneth, 1992: 280ss.; Ricoeur, 2005: 180 y 225; Taylor, 1997; Gadamer, 1999: 428ss.

<sup>10</sup> No niego la dificultad de llevar a cabo procesos de reconciliación en sociedades azotadas por guerras y enfrentamientos. Pero creo yo que el primer paso hacia una reconciliación duradera es el reconocimiento de la diversidad. He destacado el potencial de reconciliación y no sólo de conflicto de la hermenéutica intercultural. Véase Gracia, 2010c: 415-422.

<sup>11</sup> Autores como Apel pronto apostaron por la hermenéutica pues “el solipsismo metódico es *superado* en la analítica existencial”. Cf. K.-O. Apel, *Dasein und Erkennen. Eine erkenntnistheoretische Interpretation der Philosophie Martin Heideggers*, Tesis doctoral, Bonn, 1950 (citado por: Siurana, 2003). Cf. también Löwith, 1928.

<sup>12</sup> A este respecto cabe tener en cuenta las interesantes intuiciones de la propuesta de “hermenéutica diatópica” desde una “filosofía imparativa” de Raimon Panikkar (Panikkar, 1988).

## BIBLIOGRAFÍA:

Conill, Jesús (2006). *Ética hermenéutica. Crítica desde la facticidad*. Madrid: Tecnos.

——— (2008). “Experiencia hermenéutica de la alteridad”, *Topologik.net* 4/2008, <http://www.topologik.net/Conill.htm> [consulta 15 julio de 2010].

Cortina, Adela (2002). *Alianza y contrato*. Madrid: Tortta.

——— (2007). *Ética de la razón cordial. Educar en la ciudadanía del siglo XXI*, Oviedo:

Nobel.

Gadamer, Hans Georg (1999). *Verdad y método*, Salamanca: Sígueme.

---

Gracia, Javier (2006). “El encuentro intercultural en la hermenéutica de Charles Taylor”, *Diálogo filosófico* 64, enero/abril 2006.

(2010a). *Presupuestos hermenéuticos de la filosofía moral y política de Charles Taylor para una sociedad intercultural*, Valencia: PUV.

(2010b). “El diálogo filosófico entre Charles Taylor y Jürgen Habermas”, en *Diálogo filosófico*, 77, Mayo/agosto 2010, pp. 293-317.

(2010c). “La tradición en la modernidad: fuente de conflicto y de reconciliación”, en I. Murillo (ed.), *La actualidad de la tradición filosófica*, Madrid: Diálogo Filosófico.

(2010d). “La interculturalidad en el quicio de la hermenéutica filosófica”, *Recerca. Revista de Pensament i Anàlisi*, nº 10, Publicacions Universitat Jaume I, pp. 101-120.

Heidegger (1999). *Introducción a la filosofía*, Madrid: Cátedra.

Herder, Johann Gotfried (1877-1913). “Ideen”, en *Herders Sämtliche Werke*, vol XIII, Berlin: Weidmann.

Honneth, Axel (1992). *Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte*, Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Löwith, Karl (1928). *Das Individuum in der Rolle des Mitmenschen*. München: Drei Masken Verlag.

Nussbaum, Martha (2005). *El cultivo de la humanidad*, Barcelona: Paidós.

Panikkar, Raimon (1988). “What Is Comparative Philosophy Comparing?”, en J. Larson y E. Deutsch (eds.), *Interpreting across boundaries. New essays in comparative Philosophy*. Princeton: Princeton University Press.

---

Ricoeur, Paul (2005). *Caminos del reconocimiento*, Madrid: Trotta.

Siurana, Juan Carlos (2003). *Una brújula para la vida moral. La idea de sujeto en la ética del discurso de Karl-Otto Apel*, Granada: Comares.

Taylor, Charles (1993). “La política del reconocimiento”, en A. Gutmann (ed.), *El multiculturalismo y “La política del reconocimiento”*, México: FCE

(1994). *La ética de la autenticidad*, Barcelona: Paidós.

(1996). “Identidad y reconocimiento”, *Revista internacional de Filosofía Política* 7, pp. 10-19.

(1997). “Comparación, historia y verdad”, en Charles Taylor, *Argumentos filosóficos*, Barcelona: Paidós, pp. 199-219.

(2000). “Las fuentes de la identidad moderna”, *Debats* 68, invierno 2000.

## Sobre los límites del re-conocimiento

### Una propuesta renacentista para una *parcours de la reconnaissance*

Vicente Raga Rosaleny

Universitat de València

**Resumen:** ¿En qué consiste el reconocimiento? Responder a esto queda más allá de los límites de nuestra propuesta y por ello preferiríamos ejemplificar algunas de las soluciones propuestas en torno a este problema. Así, tomando un ejemplo paradigmático del Renacimiento, el del encuentro con la alteridad del Nuevo Mundo a propósito de la cual reflexiona el pensador francés Michel de Montaigne, y las críticas antropológicas actuales a los límites del re-conocimiento del otro presentes en el supuestamente anti-etnocéntrico autor de los *Essais*, intentaríamos mostrar como se anudan identidad y alteridad, conocimiento de sí y reconocimiento del otro.

Identidad, diferencia, reconocimiento, antropología.

**Abstract:** What is recognition? To respond this is beyond the limits of our proposal and for that reason we would prefer to exemplify some solutions proposed around this problem. Thus, taking a paradigmatic example from the Renaissance, the encounter with the otherness of the New World with regard to which the French thinker Michel de Montaigne reflects, and the present anthropological critics to the limits of the recognition of the other presents in the supposedly anti-ethnocentric author of the *Essays*, we would try to show how identity and otherness are linked, knowledge of himself and recognition of the other.

Identity, Difference, Recognition, Anthropology.

Todavía no había pasado un siglo desde el primer viaje de Cristóbal Colón cuando Montaigne se decidió a escribir su ensayo “*De los caníbales*” (I, 31). El descubrimiento de América para los europeos del Viejo Mundo había supuesto, y seguiría suponiendo, una conmoción social notable. Por toda Europa circulaba una literatura consagrada a la narración de las extravagantes tierras y exóticas costumbres de los habitantes del Nuevo Mundo, desde el *Diario* de Colón, pasando por las *Cartas* de Américo Vespuccio, hasta la *Historia general de las Indias* de López de Gomara, entre muchos otros.

De esta manera, el descubrimiento produjo una enorme apertura cognoscitiva, acorde a la magnitud del choque cultural producido: de pronto se evidenciaba la enormidad del mundo y la infinita diversidad de las formas humanas (Gutwirth, 1977:

54). Toda la cosmografía habitual hasta entonces se había derrumbado y toda una serie de saberes tradicionales, incluido el religioso, entraban en crisis. El mundo se había vuelto un lugar ancho y ajeno, dejando de ser un espacio conocido para pasar a ser un enigma por resolver.

Montaigne se habría mostrado especialmente interesado por todo aquello que procediera de América: conversó (supuestamente) con navegantes que habían viajado por aquellas tierras, probó alimentos procedentes del continente americano e incluso coleccionaba en su torreón diversos objetos procedentes del Nuevo Mundo (Blum, Demonet y Tournon, 1994). Como fruto de toda esa curiosidad encontramos en los *Essais* una actitud hacia los indígenas que, según la mayor parte de las lecturas tradicionales de Montaigne como etnógrafo, o al menos de polígrafo interesado por cuestiones que hoy atribuiríamos al ámbito de la antropología, resultaría muy diversa de la que habrían manifestado los restantes autores de su propio tiempo o casi coetáneos suyos.

Frente a la arrogancia de los europeos, que creían haber descubierto a un conjunto amplio de bárbaros, salvajes, paganos y primitivos, a los que había que civilizar, colonizar y, por encima de todo ello, cristianizar, Montaigne se arrogaría el papel de protector de la diferencia indígena. En su insaciable sed de diversidad, Montaigne se erigiría en defensor de los nativos americanos, concediendo un valor propio a las formas culturales de los pueblos del Nuevo Mundo, uniendo a su optimismo antropológico una crítica de corte moral, opuesta al etnocentrismo caracterizador de la identidad europea en la época del Encuentro.

Sin embargo, esta lectura extremadamente positiva y equilibrada del autor francés ha sido puesta en cuestión recientemente por dos grupos de interpretaciones

contrarias, opuestas, en el amplio espectro de las lecturas antropológicas sobre las relaciones con la alteridad cultural.

Por una parte, diversos autores, con Lévi-Strauss a la cabeza habrían visto en Montaigne antes que un simple defensor de los derechos de los indígenas a un extremado relativista cultural (Lévi-Strauss, 1992: 273). Partiendo de una lectura tópica del escepticismo, que entendería este al modo de un dogmatismo negativo, como radical denegación de cualquier conocimiento, se pasaría, sin solución de continuidad al cuestionamiento del sentido de las preguntas sobre el valor de verdad de afirmaciones propias de culturas diversas a la nuestra y, en definitiva, mas que a la defensa del otro a la confirmación de su ininteligibilidad en tanto que perteneciente a la opaca alteridad, por relación al nosotros, y a la puesta en cuestión de cualquier posible encuentro o comunicación auténticas.

Frente a una comprensión de la diversidad cultural y su defensa como la que alentaría en algunos textos bien conocidos de Lévi-Strauss (Lévi-Strauss, 1993), algunos autores han sabido ver bien (Gellner, 1974: 48-49) que las nociones de las culturas como entidades cerradas y perfectamente estancas no sobreviviría a un mundo en constante cambio, transito y mestizaje como el nuestro y como el que ya vivió, en alguna medida, Michel de Montaigne.

Pero si el relativismo cultural extremo que se ha atribuido en diversos momentos a Montaigne parecería afectado por este tipo de consideraciones, podrían tales criticas conducir, junto con otras a las que apelaremos ahora, a la interpretación exactamente contraria y también imperante en las lecturas más recientemente habituales de los *Essais* en su vertiente antropológica, esto es, la del etnocentrismo o universalismo, consciente o solapado.

Y es que, como recuerda Lestringant (Lestringant, 1994: 101), para empezar los textos montanianos sobre los “caníbales”, correspondiente principalmente a descripciones etnográficas de los indios Tamoio del Brasil, o aquel en que se refiere a las culturas del Perú y de México (en “De los coches”), no serían un aerolito caído desde los espacios exteriores a la tierra de la cultura occidental, sino que, como se han encargado de remarcar los estudiosos, desde hace años, los ensayos de Montaigne a esta cuestión dedicados tendrían decenas de influencias, prestamos, citas literales y demás elementos compositivos tomados liberalmente de los “cosmógrafos” y demás escritores interesados en la literatura de viajes etnográficos floreciente en su época.

No sólo eso, sino que junto al abigarramiento de prestamos literales o de paralelismos librescos, así como a la repetición de estructuras retóricas ya conocidas y empleadas por otros autores, asistiríamos en los ensayos de Montaigne a un curioso espectáculo, con un extraño caníbal que en lugar de ingerir, proferiría, que más que comer(se) a otros, les hablaría (Lestringant, 1994: 180).

En definitiva, fundida la carne en palabras, mediante el uso de las referencias y recursos librescos de otros, a lo que apelaría Montaigne sería a una reinterpretación apologética de las culturas precolombinas cubiertas de ignominia por la tosquedad o malicia europeas (sirviéndose, por cierto, de los propios términos de los “conquistadores”, o de sus letrados acompañantes historiadores y cosmógrafos). Lo que se produciría en los textos montanianos sería una apología del caníbal, plasmada especialmente en los textos dedicados a las bajas (en “De los caníbales”) y altas culturas precolombinas (en “De los coches”), pero ineludiblemente realizada en las palabras de una tradición libresca europea a la que el propio Montaigne simplemente parecería sumarse con mayor disimulo, pero sin innovación apreciable.

Y es que ésta sería la cuestión y por donde volveríamos al segundo término de la relación de contrarios de la que hablábamos al referirnos a las interpretaciones que imperan en la actualidad al tratar de Montaigne y su lectura de la alteridad en el campo antropológico. Pues si bien los textos montanianos indicados parecerían estar consagrados a atacar el prejuicio “etnocéntrico” que nos lleva a denunciar toda forma cultural diversa de la nuestra como “bárbara” y “salvaje” y a una defensa a ultranza de la naturaleza, representada por esta suerte de “buen salvaje”, frente a la sofisticación de la cultura, ejemplificada en los “conquistadores” europeos, lo bien cierto es que lo haría recurriendo en muchos casos a los términos, ideas e ideales propios de su cultura, de nuestra cultura, con el consecuente interrogante planteado por algunos interpretes modernos a propósito de la calidad del contacto con el otro operado en los textos montanianos.

Es así como otros autores, con Todorov y Defaux a la cabeza, habrían visto en los ensayos citados, paradójicamente, el más cumplido tipo de una cierta clase de etnocentrismo, como indicamos, la del solipsista cultural radical. Tomando como punto de partida esa misma lectura de un cierto escepticismo dogmático en Montaigne, de un cierto epistemologismo (Todorov, 1983: 116), tales exegetas llegarían a conclusiones exactamente opuestas a las de los defensores de un montaniano relativismo cultural radical, apuntando a una incapacidad del autor francés para conocer diferencia alguna, intocable, ensimismado, y reduciendo toda diversidad a la cultura propia.

De esta manera, haciendo referencia a ese uso constante de las citas e ideas de los cosmógrafos, así como el paralelismo trazado por Montaigne con nuestra alteridad en el tiempo, los clásicos griegos y romanos, con estos indígenas que configuran al otro espacialmente entendido, dirá Todorov que la estima montaniana por los nativos americanos no sería tal sino en la medida en que se asemejarían a las civilizaciones



clásicas, en que se parecerían en definitiva a un nosotros ideal, agotándose el día en que descubriese el autor francés que no había tal semejanza.

Esto es, que confrontado con los otros Montaigne realizaría el tipo de apología a la que nos referíamos, pero su juicio positivo se fundaría en una mala comprensión y en la proyección sobre el otro de una imagen europea ideal representada por la cultura latina principalmente. Y así, si el relativista no juzgaría a los otros en tanto que tales, y el universalismo condenaría las diferencias a su desaparición, según Todorov, el tipo de universalista inconsciente que representaría el autor de los *Essais* sin atacarlos los juzgaría e impondría su ideal, privándose de cualquier posibilidad de conocerlos realmente, concebidos como un espejo en el que mejor poder mirarse la cultura ubicada en una posición dominante en relación a las otras, la de la propia identidad europea (Todorov, 1983: 126).

Sin embargo, a diferencia de lo que sucedería en una contradicción, en el caso de estas lecturas, de tan opuestas, contrarias, como no necesariamente una de ellas debiera ser cierta, pudiendo ser ambas falsas, lo que podría tomarse en cuenta sería el carácter falaz del supuesto que compartirían, a saber, el carácter de la *skepsis* atribuida a Michel de Montaigne, entendido habitualmente como una suerte de dogmatismo negativo, que apenas se compadecería con la lectura de los textos del autor francés. Una representación perspicua del escepticismo montañiano en particular, y del pirronismo en general, desvanecería el supuesto compartido en el que se asentaban tales lecturas y eso, unido al mestizaje originario de toda cultura, que tanto militaría contra las lecturas relativistas extremas, como contra el solipsismo lingüístico y cultural radical, daría cuenta del particular carácter de la propuesta montañiana de relación con la alteridad.

¿Cuál sería, pues, el carácter y papel de las culturas exóticas en relación con la identidad del ciudadano europeo? Claramente la de abrir nuestras perspectivas y

hacernos presente la diversidad de las culturas humanas, de sus usos y costumbres, llegando a concienciarnos de que los principios que creíamos universales adquieren formas distintas en latitudes diversas.

El autor francés, pues, estaría constantemente tratando de situarse en lo exótico para que su juicio, nuestro juicio, no se anquilosara en exceso en lo acostumbrado, mediante la constante sucesión de costumbres que irían despertándolo constantemente. De esta manera, y gracias a este paseo por la alteridad, el juicio sería capaz de superar la extrañeza que pudiera producirlo lo ajeno y, al mismo tiempo, mirar lo propio como si fuera inusual, volviendo a maravillarse delante de lo acostumbrado.

Sin embargo, la fuerza de la costumbre es especialmente violenta y no se deja vencer tan fácilmente, por ello, para que cada uno no piense que la suya es la más perfecta sociedad, que el suyo es el mejor culto religioso y que, en definitiva, que él está viviendo en el mejor de los mundos posibles, el que se reduce al jardín de su casa, sería preciso atacar al prejuicio con sus mismas armas, vencer la fuerza de la costumbre con otra fuerza de igual violencia. La dureza del combate explicaría, de esta manera, que la apología del caníbal tuviera, como hemos expuesto, una cierta tendencia a la exageración.

Pero es preciso poner de manifiesto que si bien en Montaigne hay una idealización parcial del caníbal, también sería cierto que ésta no resultaría ser doctrinaria sino, antes bien, una suerte de credulidad metódica. La estrategia de Montaigne sería opuesta a la posterior cartesiana: ambas se enfrentarían a los prejuicios, sólo que la de Descartes apuntaría a eliminarlos para fundamentarse en la razón, mientras que el movimiento montañiano consistiría en atender a su pluralidad, aceptando la contingencia y relatividad de cada prejuicio concreto.

De esta manera, la violencia de la credulidad se opondría a la violencia de la costumbre y el prejuicio, no para someter al juicio a una potencia diversa, sino para liberarlo, para forzar al sujeto a aceptar la contingencia de sus propias formas sociales. Así, no buscaría Montaigne sustituir la centralidad de la propia cultura por otra diversa de ésta, sino, antes bien, proceder escépticamente a una búsqueda sin término de una identidad cultural abierta.

Sin embargo, demasiado consciente de las muertes y catástrofes que ocasionó la Reforma, no pretendería Montaigne que las virtudes de otras culturas sirvieran como ideal regulativo para la propia. Y a esta desconfianza añade el autor francés otra y es que habría aprendido que el hombre, por su debilidad constitutiva, difícilmente puede vivir sin la costumbre: sólo la tendencia irracional a recaer una y otra vez en los mismos actos libraría al ser humano del caos de la indeterminación, atándole a ciertos hábitos que le proporcionarían una forma reconocible.

Nos encontramos pues en una disyuntiva, por un lado nos oprime el prejuicio socialmente aceptado, por otro, la excesiva libertad de nuestro juicio personal parecería abrumarnos. Por una parte, necesitaríamos de la costumbre para vivir, por otra, de un juicio libre para poder pensar por nosotros mismos. Ante la imposibilidad de renunciar a ninguna de esas alternativas partiríamos en busca de una cultura abierta, equidistante del nosotros que nos asfixia, pero que necesitábamos, y del yo que se desvanece, sin alguna costumbre que lo sustente.

¿Qué solución ofrece Montaigne? Una aporética y paradójica, al mismo tiempo, dada la filiación escéptica e irónica de su pensamiento, en lugar de constituir el ámbito de la identidad, habitualmente entendido como íntimo, mediante el tradicional, desde el cartesianismo, ensimismamiento solitario, se propondría hacerlo mediante una apertura a lo distinto, constituido también mediante alteridades, usos y costumbres

pertenecientes a otros nosotros, pero posibilitante de una libertad que el simple estancamiento en el propio nosotros o en un ficticio solipsismo no contemplaba.

La identidad cultural del ciudadano estaría constituida desde su origen por la exterioridad y apertura. La separación entre el interior y el exterior sería tan fluctuante como la que existe entre lo propio y lo ajeno, de manera que tal identidad iría constituyéndose a partir del otro, lo interno a partir de lo externo. La atención del nosotros de la propia identidad cultural a la identidad de los otros sería la vía que nos ofrecería el autor francés en esa búsqueda sin término que propone en sus *Essais* a todo lector y, en concreto, su solución al problema del reconocimiento en el Renacimiento, en la época del Encuentro con el Nuevo Mundo.

## BIBLIOGRAFÍA

Blum, Claude; Demonet, Marie-Luce y Tournon, André (eds.) (1994). *Montaigne et le Nouveau Monde*. N.I.: SIAM, Editions Interuniversitaires.

Gellner, Ernest (1974). *Legitimation of Belief*. Cambridge: Cambridge University Press.

Gutwirth, Marcel (1977). *Michel de Montaigne ou le pari d'exemplarité*. Montreal: Presses de l'Université de Montreal.

Lestringant, Frank (1994). *Le cannibale. Grandeur et décadence*. París: Perrin.

Lévi-Strauss Claude (1992). "Releyendo a Montaigne", en Claude Lévi-Strauss. *Historia de Lince*, trad. de Alberto Cardín y Manuel Delgado. Barcelona: Anagrama.

Lévi-Strauss, Claude (1993). *Raza y cultura*, trad. de Sofía Bengoa y Alicia Duprat. Madrid: Cátedra.

Todorov, Tzvetan (1983). "L'Être et l'Autre: Montaigne", *Yale French Studies*, vol. 64, pp. 113-144.

## El reconocimiento como mecanismo articulador de la esfera pública.

Ivan López

Universitat de Girona

**Resumen:** Las críticas al liberalismo proceden de dos perspectivas teóricas fundamentales: el republicanismo y la política deliberativa. Directa o indirectamente, gran parte del debate gira en torno a la concepción de *esfera pública* que predomina en cada uno de estos enfoques teóricos. La idea de *reconocimiento recíproco* constituye otra perspectiva desde la cual podemos reconsiderar la teoría de la democracia liberal. Uno de los precedentes de este enfoque se halla en la obra de Emile Durkheim y, en concreto, en su concepción de *cooperación social*.

Esfera pública, reconocimiento, cooperación, autonomía.

**Abstract:** The criticism of liberalism comes from two basic theoretical perspectives: the Republicanism and deliberative policy. Directly or indirectly, much of the debate revolves around the concept of *public sphere* that dominates each of these theoretical approaches. The idea of *mutual recognition* is another perspective from which we can reconsider the theory of liberal democracy. One of the precedents of this approach is reflected in the work of Emile Durkheim, especially in his conception of *social cooperation*.

Public sphere, Recognition, Cooperation, Autonomy.

En los últimos años, las observaciones críticas respecto al liberalismo han ocupado un lugar destacado en el ámbito de la filosofía política. Dichas críticas se pueden enmarcar en las que, hasta hoy, representan las dos alternativas principales al modelo liberal: por un lado, el republicanismo, y, por otro lado, la teoría deliberativa de la democracia. El aspecto principal que permite a estos dos enfoques teóricos presentarse como alternativa al liberalismo es su particular interpretación de la *esfera pública*. Ante el fenómeno del pluralismo, y la exigencia de concretar un modo de existencia razonable entre diferentes grupos humanos que comparten un mismo territorio pero diferentes ideas del bien, la respuesta que tradicionalmente ha dado el liberalismo ha sido la *neutralidad*. El ámbito de la realización humana es, para el liberalismo, el de la privacidad. Sin embargo, las alternativas al liberalismo ponen énfasis en la formación democrática de la voluntad política y, en este sentido, se

desmarcan claramente del modelo de esfera pública liberal. El ámbito de realización humana es el de una esfera pública donde se llevan a cabo formas de *diálogo* y *reconocimiento* intersubjetivo.

Entre el republicanismo y la teoría deliberativa existen también diferencias importantes en cuanto a la manera de entender la esfera pública. Pero nuestra intención no es adentrarnos ahora en estas diferencias para establecer así cual podría ser la mejor alternativa al liberalismo. Nuestro objetivo es presentar la idea de *cooperación social* como elemento a partir del cual pensar una tercera alternativa al liberalismo. Para ello nos centraremos en la obra de Emile Durkheim. Sin tener una concepción definida de esfera pública, en la obra del sociólogo francés se apunta ya el alcance de la *cooperación* como elemento constituyente de la democracia. Es este aspecto el que nos interesa subrayar y el objetivo específico de la ponencia.

Nuestro análisis procederá del siguiente modo: en primer lugar, aclararemos el concepto de democracia de Durkheim y el modo en que éste se aleja de las concepciones precedentes de la democracia (I); a continuación, analizaremos la interpretación que hace Durkheim del individualismo moderno, y las posibilidades de esta forma de individualismo en la configuración de una personalidad autónoma (II); finalmente, nos centraremos en la noción de una *sociedad cooperativa*; aspecto clave para una organización de las sociedades democráticas donde la categoría de *trabajo* vuelve a tomar relevancia.

1.

Al preguntarnos sobre la concepción de democracia que predomina en la obra de Durkheim, enseguida nos topamos con algo paradójico. Por un lado, Durkheim no ha desarrollado una sociología política propiamente dicha. En su extensa obra, apenas se

dice algo en referencia a los partidos políticos o a la democracia de masas, como sí hacen algunos contemporáneos suyos como Robert Michels o Max Weber, entre otros. En nuestro autor, apenas encontramos referencias al sufragio, a las reivindicaciones del voto de las mujeres, ni a la manera como algunas feministas habían cuestionado los principios del republicanismo francés desde los tiempos de la revolución francesa –por citar algunas de las reivindicaciones sociales más relevantes de la época. En la producción de Durkheim, los textos sobre teoría política se limitan, básicamente, a los capítulos 4-9 de sus *Lecciones de sociología*, sus *Cartas a Marcel Mauss* y algunas de sus publicaciones en *L'Année Sociologique*. Ello nos muestra que Durkheim se ha interesado por el análisis político de una manera más bien marginal.

Sin embargo, el pensamiento político de Durkheim ha despertado actualmente un interés creciente en un doble sentido. Por un lado, una corriente determinada de pensadores republicanos franceses defiende argumentos que, explícita o implícitamente, vuelven a Durkheim<sup>1</sup>. Por otro lado, la teoría deliberativa halla en los escritos de Durkheim un modo original de pensar la legitimidad y la *racionalidad democrática* desde la deliberación: una decisión política es más legítima y racional en la medida en que se haya sometido a una discusión pública.

El hecho que permite esta apropiación de Durkheim por parte de ambas teorías se explica, en parte, por la particular interpretación que Durkheim hace de la democracia. El concepto de democracia de Durkheim se distancia de las teorías políticas precedentes en varios sentidos<sup>2</sup>. En primer lugar, Durkheim critica la clásica matriz aristotélica, según la cual la democracia debe entenderse como gobierno del pueblo y, de este modo, se diferencia de la monarquía y de la aristocracia. Para Durkheim no tiene sentido plantearse la pregunta por la democracia en términos cuantitativos, dado que toda forma de gobierno establece una diferencia entre

gobernantes y gobernados, donde los primeros siempre son una minoría respecto a los segundos. En Durkheim, la expresión de sociedad política lleva implícita una cierta idea de orden, por rudimentaria que sea; una constitución de poder que se ejerce sobre los individuos. En este sentido, las sociedades políticas son aquellas donde sí se establece una distinción entre gobernantes y gobernados (Durkheim, 2003: 105). Esta concepción guía la crítica de Durkheim a Rousseau, quien entiende la democracia a partir de una sociedad no diferenciada, donde los ciudadanos son al mismo tiempo gobernantes y gobernados.

Otro de los aspectos que alejan a Durkheim de las concepciones de la democracia predominantes es su reticencia a interpretar la democracia a partir del enfoque contractualista. Durkheim comprende la democracia como proceso, esto es, a partir de una identidad particular entre gobernantes y gobernados. Es en el proceso de esta relación entre gobernantes y gobernados donde Durkheim hace de la *reflexión* el rasgo distintivo de la democracia frente a las otras formas de gobierno. Esta idea –la de una *democracia reflexiva*– constituye así el verdadero elemento innovador de la interpretación de la democracia de Durkheim.

El carácter reflexivo que Durkheim atribuye a la democracia le acerca al proyecto deliberativo. Las diferentes formas de gobierno se caracterizan por su carácter más o menos reflexivo, y la deliberación es, para Durkheim, uno de los síntomas principales de la reflexividad social: «No nos damos cuenta de todos los prejuicios colectivos que recibimos desde la infancia –dice Durkheim–, de todas las corrientes de opinión que se forman aquí o allí y que nos arrastran en tal o cual sentido. No hay en ella nada deliberado. Esta vida tiene algo de espontáneo o automático, de irreflexivo. Al contrario, la deliberación, la reflexión, es la característica de lo que tiene lugar en el órgano gubernamental» (Durkheim, 2003: 142).



Los órganos deliberativos tales como las asambleas o los consejos, son los mecanismos de que dispone la colectividad para evitar los movimientos irreflexivos. Bajo esta perspectiva, Durkheim atribuye al Estado un papel preeminente en la organización democrática. Pero la característica democrática de una reflexión colectiva mediada por el órgano Estatal se contrapone a la definición clásica de la democracia como la forma política de una sociedad que se autogobierna, donde el gobierno está disperso en toda la nación. Esta última definición es, para Durkheim, contradictoria. «Es casi como decir que la democracia es una sociedad política sin Estado. En efecto, el Estado o no es nada, o es un órgano distinto del resto de la sociedad» (Durkheim, 2003: 144).

Durkheim atribuye al Estado la función de esclarecer y depurar aquellas cuestiones que puedan llevar a la población a hacer de los prejuicios o las supersticiones la guía de sus acciones. Si este círculo más o menos limitado que es el Estado, encargado de hacer un análisis más detallado de los problemas, no existiera, la población se guiaría por pensamientos vagos y confusos. En última instancia, la importancia del aparato gubernamental en las sociedades políticas se halla en que éste es un órgano reflexivo que, a su vez, contribuye al desarrollo moral de la persona.

Podemos decir, pues, que en Durkheim prima la idea de la reflexión como aspecto principal de la democracia y la reflexión es más fructífera, no cuando el órgano estatal desaparece, sino cuando se establece una comunicación fluida entre el Estado y la resta de órganos sociales. De este modo, Durkheim entiende que en las sociedades democráticas debe darse una mayor extensión de la conciencia gubernamental. Sin embargo, Durkheim hace especial hincapié en el lugar que ocupa el *individuo* en esta forma de democracia, y la comunicación que debe darse entre una conciencia gubernamental y el conjunto de conciencias individuales (Durkheim, 2003: 152).

Deberá especificarse qué tipo de relación se establece entre el Estado y el individuo; esto es, el modo como se hace compatible una mayor extensión del órgano gubernamental con la configuración de una individualidad autónoma y reflexiva.

2.

En cada conciencia particular, Durkheim distingue dos conciencias diferentes: por un lado, una que es común a la de todo el grupo al que pertenecemos y que, por consiguiente, no es nosotros mismos, sino la sociedad que actúa en nosotros; y, por otro lado, un tipo de conciencia que nos representa a cada uno de nosotros en lo que tenemos de personal y de distinto (Durkheim, 2003: 152). Esta última conciencia es la que hace de nosotros un individuo. Nuestra individualidad es inexistente cuando la conciencia colectiva recubre completamente nuestra conciencia individual.

Frente a esta sobredimensión de la conciencia colectiva, a menudo se ha interpretado la protección de los derechos individuales como una de las funciones principales del Estado. Pero existe otra interpretación para la cual el Estado tiene otra función principal. Esta es, por ejemplo, la posición de Hegel, para quien el Estado debe contribuir a lograr el fin de cada sociedad, un fin que es superior a los individuos. El Estado debe perseguir este fin verdaderamente social, y el individuo se convierte aquí en un instrumento que debe contribuir a la obtención de este fin; debe contribuir a la grandeza de la sociedad y, a su vez, disfrutar de los bienes que de ésta se derivan. Esta tesis de corte hegeliano toma relevancia en la obra de Durkheim, sin que el individuo quede sometido por entero a las aspiraciones sociales.

Históricamente, han sido muchos los momentos en los que las aspiraciones personales han quedado subyugadas a las aspiraciones colectivas. Pero, según Durkheim, esta relación se ha ido transformando en las sociedades organizadas, y ello

es síntoma de un progreso moral irreversible. El ámbito de la individualidad, al principio poco respetado, se ha ido extendiendo y convirtiendo cada vez más en objeto de respeto moral. «El individuo adquiere derechos cada vez más extensos de disponer de sí mismo, de las cosas que le son atribuidas, de hacerse las representaciones del mundo que le parezcan más convenientes, de desarrollar libremente su naturaleza» (Durkheim, 2003: 120). Pero el Estado juega un papel activo en el libre desarrollo de dicha naturaleza. En primer lugar, el órgano gubernamental es una fuerza liberadora del individuo. Así, por ejemplo, cuando en el seno de las sociedades surgen diferentes grupos que se apropian y manipulan la libertad de los individuos, el Estado debe garantizar los derechos individuales en contra de los intereses de este tipo de colectividades. Ahora bien, para Durkheim los derechos individuales no son algo innato al individuo, sino el resultado de un entorno social. El Estado no debe limitarse a una protección de dichos deberes sino a una creación y configuración de éstos. En este sentido, la interpretación de Durkheim va más allá al atribuir al Estado una función configuradora del individuo. Los individuos no son personas autosuficientes que el Estado debe limitarse a respetar, ya que es por el Estado que los individuos existen moralmente (Durkheim, 2003: 127).

El Estado es, pues, producto de los individuos pero, a su vez, debe expresar algo superior a los puros sentimientos individuales. «Es necesario que surja de los individuos pero que los sobrepase» (Durkheim, 2003: 167). Según Durkheim, esta fue la empresa y el problema de Rousseau. Para sobrepasar este particularismo individualista los individuos deben configurar sus sentimientos y pensamientos de manera conjunta. La simple agregación de opiniones no da lugar a ningún proyecto común al que los individuos puedan sentirse vinculados. Para ello es necesario un intercambio de opiniones previo que contribuya a la configuración de las opiniones personales. «Para

convertir a los individuos en otra cosa –dice Durkheim– hay que ponerlos en relación y agruparlos de manera permanente. Los sentimientos que resultan de las acciones y reacciones que intercambian los individuos asociados son los únicos que están por encima de los sentimientos individuales. Apliquemos esta idea a la organización política. Si cada individuo emite de manera aislada su voto para constituir el Estado o los órganos que deben servir a constituirlo definitivamente, es casi imposible que estos votos no estén inspirados por preocupaciones personales y egoístas: de este modo, un particularismo individualista estaría en la base de toda la organización. Pero supongamos que tales designaciones se hacen luego de una designación colectiva: el carácter será completamente diferente. Porque cuando los hombres piensan en común, su pensamiento es en parte la obra de la comunidad» (Durkheim, 2003: 167-168).

Llegados a este punto, el lugar que ocupa el individuo en la interpretación de Durkheim no se entiende sin apelar a la idea de cooperación social. Durkheim es un defensor del individualismo moderno, pero es importante observar desde donde ensalza dicho individualismo. Lo importante es que cada hombre llegue a reconocer y desarrollar sus particularidades; es este el sentido del individualismo; y dicho reconocimiento solo es posible mediante la cooperación social. Es desde esta perspectiva que debe entenderse la concepción del Estado como un órgano articulador del individuo. La función de los órganos gubernamentales es la de disponer un contexto de cooperación que garantice la realización y el libre desarrollo de los individuos; garantizar un entorno social que sea condición de posibilidad para la articulación de una individualidad genuina. No se trata de una situación en la que las particularidades quedan anuladas o subyugadas en nombre de un ideal abstracto e irrealizable de humanidad (Kant), de lo humano, sino de enfatizar el fenómeno mediante el cual la cooperación entre individuos hace que se constituyan y refuercen cada una de las

personalidades individuales. Es este movimiento del *reconocimiento* el que hace del individualismo un elemento interesante de las sociedades modernas.

En Durkheim, los criterios de la organización social vienen marcados por la necesidad de los medios que garantizan el desarrollo de las facultades de cada cual, esto es, por la necesidad de una *cooperación social*. Durkheim halla esta cooperación en la división social del trabajo, cuyo desarrollo constituye un elemento clave en la organización de las sociedades modernas.

3.

La cooperación no es, para Durkheim, el origen de la sociedad. Lo que aproxima a los individuos son toda una serie de causas mecánicas y fuerzas impulsivas (costumbres, culto a los antepasados, etc.) y, una vez el grupo se ha constituido sobre esas bases, se lleva a cabo la cooperación. Así, primero se da la sociedad y, posteriormente, la cooperación. Pero, si bien toda sociedad es una sociedad moral, esta característica moral se hace más patente en las sociedades organizadas desde un punto de vista cooperativo. El elemento que mejor ejemplifica dicha organización cooperativa es el de unas relaciones de intercambio guiadas por la *división social del trabajo*.

La postura de muchos economistas es ver en la división del trabajo un mecanismo para aumentar la riqueza y, con esto, un símbolo del progreso. Sin embargo, el fenómeno de la división del trabajo no afecta tan solo a la economía, sino que afecta a muchas otras regiones de la sociedad. Para Durkheim, la división del trabajo es también –y sobretodo– un movimiento que afecta a la constitución moral de los hombres. El individuo, que jamás se basta completamente por él mismo, recibe de la sociedad lo que necesita. Es para esta sociedad para la que el individuo trabaja. Se forma así un fuerte sentimiento de dependencia, y el individuo se habitúa a estimarse a sí mismo como la

parte de un todo. Este sentimiento le lleva a realizar los sacrificios que la vida social requiere. Por su parte, la sociedad no puede mirar a los individuos tan solo como cosas sobre las cuales tiene derechos, sino como *cooperadores* de los que no puede prescindir y frente a los cuales tiene deberes (Durkheim, 1995: 269).

A menudo también se ha criticado la división del trabajo, argumentando que se trata de un tipo de organización que reduce el individuo a simples acciones mecánicas. Pero, según Durkheim, la división del trabajo tan solo produce esas consecuencias en situaciones anormales; cuando la división del trabajo se ha desnaturalizado. Y es que la naturaleza de la división del trabajo es la interrelación mutua entre distintas actividades. «[E]l juego de cada función especial exige que el individuo no se encierre en ella estrechamente, sino que se mantenga en relaciones constantes con las funciones vecinas, adquiera conciencia de sus necesidades, de los cambios que en la misma sobrevienen, etc. La división del trabajo supone que el trabajador, lejos de permanecer inclinado sobre su tarea, no pierde de vista a sus colaboradores, actúa sobre ellos y recibe su acción. No es, pues, una máquina que repite los movimientos cuya dirección no percibe, sino que sabe que van dirigidos a alguna parte, hacia un fin, que percibe más o menos distintamente. Siente que sirve para algo. Para esto no es necesario que abarque vastas porciones del horizonte social; basta con que perciba lo suficiente para comprender que sus acciones tienen un fin fuera de ellas mismas. Desde entonces, por especial, por uniforme que pueda ser su actividad, es la de un ser inteligente, pues tiene un sentido y lo sabe» (Durkheim, 1995: 438).

Durkheim establece una distinción entre un tipo de solidaridad mecánica y un tipo de solidaridad orgánica. El primer tipo de solidaridad es la que se da en las sociedades menos desarrolladas, guiadas principalmente por las costumbres y las tradiciones. Este tipo de solidaridad tiende a producir una semejanza entre los

individuos. Por el contrario, en las sociedades más desarrolladas impera un tipo de solidaridad orgánica, donde los individuos se sienten parte integrante de un organismo más grande sin perder por ello su individualidad. Pero esta forma de solidaridad no puede surgir si los individuos no tienen un ámbito propio de acción y una personalidad propia. La división social del trabajo contribuye al desarrollo de un tipo de solidaridad orgánica; en la medida en que la división del trabajo progresa, los individuos pueden sustraerse a las influencias hereditarias y, a su vez, pueden desarrollar una personalidad individual más compleja.

Para contrastar el pensamiento de Durkheim desde la actualidad podemos preguntarnos hasta qué punto la organización de las sociedades modernas contribuyen a la configuración de una personalidad autónoma. Habermas ha alertado de las repercusiones actuales de una integración derivada de un proceso de colonización del mundo de la vida por elementos sistémicos. En este caso, la configuración de una personalidad autónoma está determinada por las posibilidades de un mundo de la vida regido por un tipo de acción comunicativa. Otra opción, siguiendo a Durkheim –y es la que ahora nos interesa–, pasa por analizar las relaciones interpersonales que, en el ámbito del trabajo, se establecen en las sociedades contemporáneas. Lo que nos interesa no es tanto la especialización –indiscutible– de las diferentes tareas, como el tipo de relación que actualmente se establece entre estos ámbitos de especialización, y las repercusiones que de ello se derivan para la configuración de una personalidad autónoma.

En las ciudades, donde hay una mayor densidad de población, aumenta el número de relaciones sociales. Pero, para lograr la influencia de la división del trabajo no basta con que la sociedad cuente con muchos individuos, sino que, además –y sobretodo– es preciso que estos mantengan un contacto particular a fin de generar un

tipo de *influencia recíproca* (Durkheim, 1995: 306). Podemos decir, pues, que el crecimiento del volumen social no acrecienta siempre el progreso de la división del trabajo; es necesario que la sociedad tenga un tipo de relaciones sociales saludables desde el punto de vista del reconocimiento.

En definitiva, Durkheim encuentra en la división del trabajo el origen de un tipo de relaciones sociales, mediante las cuales puede construirse una particular solidaridad orgánica en las sociedades modernas: en el *reconocimiento recíproco* de cada una de las contribuciones al bienestar general, los miembros de la sociedad se saben relacionados unos con otros.

Las exigencias actuales de una transformación en el mundo del trabajo se hallan relacionadas con este desajuste estructural entre el trabajo y el reconocimiento. Esta perspectiva exige, *en primer lugar*, entender el mercado de trabajo más allá de la perspectiva funcionalista de su eficiencia económica; se requiere tomar en consideración la función de integración social del trabajo (aspecto que no encontramos en el enfoque de Habermas). *En segundo lugar*, el trabajo tan solo podrá concebirse como algo más que un simple medio para liberarse de las necesidades básicas, en la medida en que se inserte en un trasfondo ético; esto es, en la medida en que experimente la determinación de una serie de condiciones normativas: de cada lugar de trabajo particular se ha de poder observar qué relación de cooperación mantiene con el resto de las ocupaciones; y esto sólo es posible, en la medida en que los trabajos que realicen los diferentes miembros de la sociedad sean complejos y exigentes; en la medida en que las particularidades de cada uno de ellos puedan llevarse a cabo de un modo coherente con el resto de trabajos socialmente necesarios.



---

## NOTAS

<sup>1</sup> Spitz, J-F; *Le moment républicain en France*. París. Gallimard, 2005.

<sup>2</sup> Sigo aquí, en parte, la interpretación de Sintomer, Y.; "Emile Durkheim zwischen Republicanismus und deliberativer Demokratie" en *Berliner Journal für Soziologie*. Junio de 2009.

## BIBLIOGRAFÍA

Spitz, Jean-Fabien (2005): *Le moment républicain en France*. París. Gallimard.

Sintomer, Yves (2009): "Emile Durkheim zwischen Republicanismus und deliberativer Demokratie", *Berliner Journal für Soziologie*. Junio de 2009. pp. 205-226.

Durkheim, Emile (1995): *La división social del trabajo*. Madrid. Akal.

Durkheim, Emile (1998): *Lettres à Macel Mauss*. París. PUF.

Durkheim, Emile (2003): *Lecciones de sociología*. Buenos Aires. Niño y Dávila.

## **El reconocimiento de las personas con diversidad funcional**

Manuel Aparicio Payá

Universidad de Murcia.

Profesor de Filosofía IES “Aljada”, Puente Tocinos (Murcia).

**Resumen:** Con frecuencia, las personas con diversidad funcional se enfrentan a la opresión en forma de barreras socialmente construidas, mostrándose así la falta de un adecuado reconocimiento. En esta comunicación definimos el marco de una *ética de la diversidad funcional*, como ética aplicada, y apuntamos la potencialidad de la categoría de *reconocimiento* desarrollada por la ética del diálogo (Apel, Habermas), así como la de *reconocimiento cordial* (Cortina), para constituirse como base para un trato justo con dichas personas. Finalmente, sugerimos una modulación de los principios bioéticos.

Ética de la diversidad funcional, justicia, reconocimiento, Bioética.

**Abstract:** Frequently, people with functional diversity face oppression in the form of socially built barriers; this shows the lack of appropriate recognition. In this talk we define the framework for functional diversity ethics as applied ethics, and suggest the potential of the category “recognition” as developed by dialogue ethics (Apel, Habermas) and the proposal of “cordial recognition” (Cortina), to be established as a base for the fair treatment of these people. Lastly, we suggest an adaptation of bioethical principles.

Ethics of functional diversity, justice, recognition, bioethics.

## 1. El *modelo social*<sup>1</sup> de la discapacidad

El llamado *modelo social* de la discapacidad, fraguado en el ámbito anglosajón, establece la diferencia entre discapacidad (conjunto de barreras económicas, sociales o culturales erigidas por la sociedad, por acción u omisión) y diversidad funcional (funcionamiento corporal diferente). La discapacidad no tiene, según este modelo, un origen meramente *natural*, sino que emerge de la interacción de las personas con diversidad funcional con unas estructuras sociales injustas. En numerosas ocasiones, dichas personas se enfrentan a la opresión en forma de barreras discapacitantes, lo que constituye un claro síntoma de la falta de un adecuado reconocimiento.

Bajo el impulso emancipador introducido por el modelo social surgen, desde hace escasas décadas, grupos organizados de personas con un funcionamiento corporal diferente (o sus familiares) que iniciaron una *lucha por el reconocimiento* (Honneth), orientada a iniciar el camino que ponga fin a las barreras causantes de la discapacidad. Estas demandas de justicia, centradas en la protección de sus derechos, tienen como objetivo el reconocimiento de su dignidad, su plena inclusión social y el ejercicio, en el grado más pleno posible, de su autonomía.

## 2. La *ética de la diversidad funcional* como ética aplicada

La cuestión del trato justo con las personas con diversidad funcional constituye un importante reto teórico para la ética y, más particularmente, para las teorías de la justicia. Es relevante considerar, como pide el modelo social, la cuestión de la diversidad funcional como un *asunto público* (Borsay, 2008), y construir una ética aplicada que aborde la problemática de la discapacidad y oriente normativamente sobre el trato justo a las personas con diversidad funcional.

La *ética de la diversidad funcional*, como ética aplicada<sup>2</sup>, viene, en mi opinión, marcada por la interrelación entre el desarrollo de la autonomía y la inclusión social. El ser humano logra una autonomía precaria, ya que ha de contar ya siempre con la fragilidad física y la dependencia social (Habermas, 2009: 151). Podemos afirmar, pues, que sin inclusión social, sin un adecuado reconocimiento de la persona, se produce un daño simbólico en la identidad personal<sup>3</sup> que mina el logro de la autonomía.

Debe entenderse esta inclusión social como un proyecto moral colectivo (Subirats, 2009) en el que están implicados, en primer lugar, las propias personas con diversidad funcional; todos los profesionales (sanitarios, educativos, servicios sociales, etc.) con los que, en algún aspecto, se relacionan; las diferentes comunidades (familia, escuela, barrio, etc.) en las que desenvuelven su vida; y las instituciones públicas o las organizaciones privadas (políticas, económicas, solidarias, etc.) a las que co-pertenecen. Los espacios en que se desenvuelve la inclusión serían, básicamente, tres: 1) el acceso a los derechos civiles, políticos y sociales ; 2) el acceso al mundo del trabajo y el ejercicio de la ciudadanía económica y 3) la potenciación de vínculos sociales mediante la inserción en redes comunitarias de solidaridad, desde la familia hasta los ámbitos públicos. La finalidad de tal proyecto sería el desarrollo y ejercicio de las capacidades humanas, en las diferentes etapas de la vida, tendente al logro de la máxima autonomía posible, todo ello en un marco de relaciones sociales justas. Éste sería, pues, el campo propio de las orientaciones correspondientes a la *ética de la diversidad funcional*.

No sería ésta una ética *especial* (Etxeberria, 2005), lo cual ahondaría en la estigmatización de tales personas. Es una ética dirigida a todos, aunque tenga en cuenta las circunstancias específicas de cada persona, entre las que se encuentra la diversidad funcional. Y ello porque: 1) Todas las personas atravesamos etapas de diversidad funcional (infancia, vejez, accidentes, enfermedades, etc.). No hay, pues, separación

tajante entre “nosotros” y “ellos” (MacIntyre, 2001). Por ello tenemos que adoptar la *perspectiva-nosotros* (Habermas, 2009) y entender que, más allá de las características físicas, intelectuales o mentales de cada individuo, todos somos *personas*, pertenecemos a una comunidad moral *inclusiva* que no excluye a ninguna; y 2) Para toda persona es relevante el desarrollo de sus capacidades, por cuanto posibilitan la consecución de la autonomía. Entendiendo por tal no tanto la capacidad de poder realizar las actividades diarias sin ayuda sino, en un sentido más relevante, la capacidad de auto-dirigir la propia vida y desarrollar una vida moral. El logro de la autonomía depende, a su vez, de una inclusión social que asuma, con justicia, los rasgos diferenciales que caracterizan la *alteridad* (Habermas, 2008). En suma, para cualquier persona, el ejercicio de sus capacidades y el logro de la autonomía están, ya siempre, mediados por una inclusión social basada en el reconocimiento mutuo.

### 3. Ética discursiva y reconocimiento

La ética del discurso desarrollada por Apel y Habermas toma como punto de partida el hecho de la argumentación. En este hecho básico inserta Apel la idea de reconocimiento, pues la argumentación presupone, para dilucidar su validez, de una comunidad de argumentación cuyos miembros se reconozcan recíprocamente como interlocutores válidos, en una situación de simetría. En ese sentido indica Apel que “todos los seres capaces de comunicación lingüística deben ser reconocidos como personas puesto que en todas sus acciones y expresiones son interlocutores virtuales, y la justificación ilimitada del pensamiento no puede renunciar a ningún interlocutor y a ninguna de sus aportaciones virtuales a la discusión”. (Apel, 1985, 380)

La comunidad ideal de comunicación es, pues, una comunidad *inclusiva* en la que ninguna persona, en tanto que interlocutor válido, queda excluida. Puede decirse, por tanto, que toda persona con diversidad funcional tendrá que ser reconocida como un

interlocutor válido, real o virtual, directamente o, cuando esto no sea posible, por medio de representantes. Como tal, habrá de aportar sus propios argumentos<sup>4</sup> respecto al establecimiento de normas que a ellos les afecten en algún aspecto (en cualquiera de las acciones llevadas a cabo o por parte de cualquier institución implicada). Esto supondrá que el proyecto colectivo de inclusión, dirigido al logro de la autonomía, habrá de presuponer, ahora como medio, la propia autonomía de las personas con diversidad funcional para elevar sus propios argumentos, con los mismos derechos que cualquier otra persona interviniente en el mismo. De ahí que, dicho en la formulación de Habermas, las normas que, en algún aspecto, pudieran referirse a las personas con diversidad funcional sólo serán válidas cuando pudieran contar con el acuerdo de todos los afectados en tanto que participantes en el discurso (Habermas, 1982) —también de ellos, como afectados por tales normas—. Así se garantiza la existencia de una cierta concordancia entre quienes establecen las normas y quienes se ajustan a ellas.

El reconocimiento de las personas con diversidad funcional como interlocutores válidos requiere que tales personas dejen de ser consideradas *anormales* y empiecen a ser tratados como seres humanos cuya voz debe ser escuchada en igualdad de condiciones. Ganarán así la posibilidad de “elevar la voz para reclamar sus propios derechos desde sus experiencias concretas de integridad vulnerada” (Habermas, 2008: 511). Nadie mejor que ellos mismos —cuando sea posible— para poder expresarlo. Este será un paso imprescindible para poder poner fin a una situación histórica de injusticia que ha configurado, por acción o por omisión, una sociedad llena de barreras discapacitantes. Dicho ordenamiento social, erigido a partir de un conjunto de normas formuladas por una mayoría (las personas *normales*) a espaldas de la minoría de personas con diversidad funcional, ignora, en muchas ocasiones, las necesidades de las mismas. En ese sentido, señala Apel que el hecho de la argumentación contiene la *exigencia de*

*justificar* mediante argumentos todas las necesidades, concebidas como posibles *exigencias* humanas (Apel, 1985a: 403-404). Cualquier miembro de la comunidad inclusiva de comunicación está obligado moralmente a reconocer la totalidad de las *necesidades* humanas (la propias o las de otro), concebidas ahora como *exigencias* comunicables que deben ser justificadas mediante argumentos. De ahí que el principio fundamental de la ética de la comunicación sea, según Apel, que “todas las necesidades de los hombres, que puedan armonizarse con las necesidades de los demás por vía argumentativa, en tanto que exigencias virtuales, tienen que ser de la incumbencia de la comunidad de comunicación”.

Este principio cobra especial importancia en la ética de la diversidad funcional. En primer lugar, porque es necesario hacer hincapié en la diferenciación (Nussbaum, 2006) entre necesidades *típicas*, estadísticamente predominantes, y necesidades *atípicas*, de carácter infrecuente. La introducción de las necesidades *atípicas* —atendibles mediante la asistencia— en el conjunto de las necesidades *humanas* habrá de responder, pues, no sólo a la *lucha por el reconocimiento*, emprendida con mayor o menor éxito sino, más bien, a la fuerza de los mejores argumentos. La apelación a dicha diferenciación tendrá que venir justificada mediante razones, en el seno de la comunidad inclusiva. De este modo se dispondrá de criterios para distinguir aquellas situaciones vitales que requieren un trato desigual tendente a compensar la desigualdad fáctica, favoreciendo así la igualdad. Con ello se expresa una segunda tendencia: además de la universalizadora que justifica las normas que responden a intereses *universalizables*, hay una tendencia particularizadora, de forma que las normas universalizables han de quedar abiertas, desde la justicia expresada mediante razones, a las situaciones concretas individuales. Es lo que Habermas expresa como un “universalismo altamente sensible a las diferencias”.

Hay otro aspecto en el que el principio fundamental de la ética discursiva sería relevante para una ética aplicada a la diversidad funcional. Aún cuando el criterio de justicia distributiva en dicha ética aplicada es la necesidad<sup>5</sup>, tal principio presupone el *a priori* de la comunicación. Es decir, la consideración de lo que tiene que ser considerado como *necesidad* presupone, ya siempre, que la misma, en tanto que responda a intereses en conflicto, quede justificada mediante argumentos consensuales, en consonancia con los recursos y exigencias de todos los demás (Apel, 1985b, 251-252). Puede decirse, en suma, que el ideal de justicia distributiva tiene como presupuesto la *justicia como reconocimiento* propia de la comunidad ideal de comunicación, de la comunidad inclusiva de los interlocutores válidos, actuales o virtuales.

#### 4. El reconocimiento cordial como base de una *ética de la diversidad funcional*.

Cortina reformula la ética dialógica partiendo de una razón íntegramente humana, que no se reduce a aspectos formal-procedimentales, sino que se manifiesta como una razón *sentiente* capaz de estimar valores; que aúna lo racional y lo emotivo, la austeridad de la justicia y la calidez de la compasión por el sufrimiento y por el gozo del otro. Una razón *experiencial* (Conill, 1991; 2006) que reconoce a los propios afectados desde su propia situación vital, desde sus propias vivencias, abriéndose al devenir histórico que las configura. En ese sentido, aunque la justicia tenga que estar basada en la fuerza de los argumentos, la comprensión de los mismos exige atender a otras formas de comunicación (Cortina, 2007: 206-207), tales como testimonios, narraciones, historias de vida, etc., que nos revelen los sentimientos, los intereses, las vivencias de los que sufren la opresión. En el caso de las personas con diversidad funcional, sus relatos o los testimonios de quienes los cuidan permiten la denuncia de las barreras discapacitantes, revelando así vivencias de marginación o exclusión. Sin sacar a la luz tales formas de



comunicación o sin capacidad de compasión seríamos incapaces de acceder a la alteridad del otro y descubrir “regiones de injusticia”.

Hay, pues, una conexión entre la compasión y la justicia. No obstante, encontramos en muchas personas con diversidad funcional un cierto rechazo a la compasión, a la que tratan de sustituir por una reivindicación de la justicia. Y no les falta razón si, por compasión, entendemos un mero sentir lástima. Ahora bien, como señala Cortina, sin compasión, sin ese sentimiento por el sufrimiento y el gozo del otro, no nos preocuparíamos por la justicia. Sin la compasión por el sufrimiento generado por las barreras discapacitantes, o por el derivado de las vivencias de una corporalidad diferente, no tendríamos interés en dialogar *en serio* para determinar la justicia de aquellas normas que, respondiendo a intereses universalizables, protejan los derechos de las personas con diversidad funcional.

Para Cortina, el motor de esa voluntad de justicia es el *reconocimiento cordial*. Por tal, entiende un vínculo que se da a través de la comunicación, aunque no se reduce a una vinculación lógica entre los seres que virtualmente participan en la argumentación. Se trata de un vínculo que une a los seres humanos “que se reconocen de algún modo como “carne de la misma carne” y “hueso del mismo hueso” y deberían, por lo mismo, sentirse y saberse obligados a apoyarse mutuamente para llevar adelante proyectos de vida digna de ser vivida” (Cortina, 2007, 214-215). Los proyectos de vida que cada uno tenga autónomamente sólo pueden ser desarrollados intersubjetivamente, en el marco de una comunidad inclusiva que despliegue normas justas, apoyadas en la razón y en la compasión. Del reconocimiento de la vinculación entre los seres humanos (*ligatio*), se deriva la obligación (*ob-ligatio*) de tratarlos como personas que tienen dignidad y, por tanto, como seres a los que debemos reconocer derechos y empoderar capacidades para que puedan lograr la autonomía, todo ello desde la inclusión social. Por eso mismo, los

seres humanos con diversidad funcional, han de ser reconocidos cordialmente como personas “a las que es preciso ayudar para que puedan vivir al máximo esas capacidades, cosa que sólo lograrán en una comunidad humana que cuide de ellos” (Cortina, 2009: 225).

Según Cortina, la obligación moral que tenemos hacia todas las personas puede ser o bien la respuesta a una *exigencia* o bien un *regalo* (Cortina, 2007: 46). En el primer caso, estamos ante derechos que pueden ser reclamados en justicia; en el segundo, ante algo que no puede ser exigido sino sólo regalado. Para desarrollar la autonomía intersubjetivamente, necesitamos bienes aportados por la sociedad. Estos pueden ser *bienes de justicia* o *bienes de gratuidad* (Cortina, 2005: cap. 11). Los primeros son mínimos de justicia exigibles por toda persona y los segundos, aunque no son exigibles, constituyen obligaciones derivadas de la mutua pertenencia entre los seres humanos.

En lo que respecta a las personas con diversidad funcional es necesario, pues, reconocer sus derechos derribando las barreras discapacitantes que la sociedad todavía mantiene y asumir justamente la alteridad de su constitución corporal. Tales obligaciones de justicia han de ser complementadas con las obligaciones de gratuidad (entre las que está el *apoyo* que gratuitamente puede ofrecerse en familias, vecinos, organizaciones solidarias, etc.). Bien entendido que éstas no sustituyen a la justicia, a los derechos que tienen las personas con diversidad funcional. Tampoco obedecerían a la beneficencia (Cortina, 2005, 56), porque la justicia, históricamente, la sustituye. Serían, en suma, un suplemento necesario a la justicia. Por eso, aunque desaparecieran las barreras discapacitantes, seguiría existiendo la necesidad de apoyar a las personas con diversidad funcional. Porque una razón sentiente, compasiva, no sólo busca la justicia sino que también invita a compartir lo gratuito. Reforzando, con ello, la autonomía y la interdependencia, desde el respeto a lo que cada uno es.

## 5. Modulaci3n de los principios bio3ticos

La 3tica aplicada a la diversidad funcional tiene un campo de intersecci3n con la Bio3tica, por cuanto la protecci3n de la salud, concebida como un medio (Velayos, 2005) para el desarrollo y ejercicio de las capacidades humanas y el logro de la autonom3a, supone el despliegue tanto de medidas de prevenci3n como de alivio de la diversidad funcional.

Los principios bio3ticos, de car3cter general, quedar3an modulados para las personas con diversidad funcional del siguiente modo:

El principio de beneficencia no se reducir3a exclusivamente al aspecto m3dico-rehabilitador sino que quedar3a ampliado a la inclusi3n social. A3n cuando el trabajo m3dico consista en prevenir y aliviar la diversidad funcional, ha de reconocer la dignidad del paciente que, m3s que presentar una carencia que lo aleja de la *normalidad*, posee un diferente modo de ser-en-el-mundo (Ricoeur, 2008). La relaci3n m3dico-persona con diversidad funcional, entendida como una relaci3n comunicativa entre un yo y un t3, sostenida sobre el reconocimiento cordial, se muestra, en el fondo, como una *alianza* (Ricoeur, 2008; Cortina, 2005) que, adem3s de prevenir o aliviar, debe alejar el estigma y la exclusi3n social, reforzando la autoestima moral en las personas con una corporalidad diferente.

El principio de autonom3a limita el paternalismo m3dico-rehabilitador, dejando en manos de las personas con diversidad funcional, cuando sea posible, las decisiones sobre su tratamiento m3dico o sobre su rehabilitaci3n. Lo cual supone, en muchos casos, introducir un cambio de paradigma desde un “modelo de sustituci3n en la toma de decisiones” hacia un “modelo de asistencia en la toma de decisiones” (Palacios, 2008), como modo de preservar dicha autonom3a. Cuando esto no sea posible, bien por tratarse de menores de edad o bien en otras situaciones (inconsciencia, extrema

vulnerabilidad, etc.), tampoco deberíamos desistir, contrafácticamente, de la relación comunicativa entre un yo y un tú, evitando así la instrumentalización de la persona. En todo caso, quien tenga que decidir, lo hará de forma que: a) tenga en cuenta, anticipadamente, un consenso dialógico con dicha persona. Con ello se tiene en cuenta que dicha decisión podría ser ratificada en el futuro por la propia persona con diversidad funcional; b) tenga que apoyarse en el conocimiento expreso de las vivencias y los valores que dicha persona haya mostrado a lo largo de su biografía; y c) tenga que considerarlo como persona, como un ser digno que cuenta con una vida valiosa. Con ello se muestra el carácter problemático (Habermas, 2009: 93) de la consideración de una vida como una vida que no merece ya vivirse.

El Principio de justicia exige que se haga un reparto equitativo de los recursos socio-sanitarios de forma que las personas con diversidad funcional cuenten con unos mínimos socialmente garantizados para su cuidado, para su rehabilitación o para el acceso a los medios técnicos que faciliten su desenvolvimiento. Por ello, el sistema sanitario no debe escudarse en un utilitarismo excluyente de las minorías. Debe, por contra, garantizar un mínimo decente también en lo que respecta a las necesidades socio-sanitarias *atípicas* que presentan las personas con diversidad funcional.

---

#### NOTAS

<sup>1</sup> Puede verse una adecuada presentación de este modelo en Agustina Palacios (Palacios, 2008).

<sup>2</sup> Seguimos el planteamiento de Adela Cortina (Cortina, 2003). Para otro planteamiento de ética aplicada a este campo, desarrollado desde la ética de Paul Ricoeur, véase el trabajo de Xabier Etxeberria (Etxeberria, 2005).

<sup>3</sup> (Ricoeur, 2008, 175). Sobre el concepto de *identidad deteriorada*, puede verse el trabajo sociológico clásico de E. Goffman (Goffman, 2006).

<sup>4</sup> Por argumento no cabe entender solamente una comunicación basada en reglas lógicas, sino también cualquier acción con sentido, cualquier expresión humana corporal, en tanto que puede ser verbalizada, como indica Apel (Apel, 1985 a, 380). Como señala Benhabib, esta concepción de la comunicación permite ampliar la comunidad moral al conjunto de toda la humanidad, como conjunto de seres capaces de habla y de acción, (Benhabib, 2006, 47 y nota 30). Tales formas argumentales exigen el desarrollo de la comprensión, mediada por la explicación. Tal sería el caso, ocurrido recientemente, de una persona en coma durante muchos años en el que se detectó actividad cerebral, descubriendo que era capaz de comunicarse; o los casos de personas con autismo (en un reciente caso, el Defensor del Pueblo de la Región de Murcia tomó como argumento la irritabilidad de un niño ante los ruidos provocados por los cohetes lanzados durante las fiestas, admitiendo el derecho a recibir la ayuda médico-psicológica cuando se diera dicha circunstancia); o, finalmente, las personas con diversidad funcional mental. A mi entender,

---

esta vinculación argumentativa, con ser necesaria, resulta insuficiente para construir la ética de la diversidad funcional. Con Cortina, cabe apelar a una vinculación complementaria a la dimensión argumentativa presente en la comunicación.

<sup>5</sup> Los planteamientos de Nussbaum (liberalismo solidario), MacIntyre o Walzer (comunitarismo) responderían a tal principio distributivo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Apel, Karl Otto (1985a). *La transformación de la filosofía*, Madrid: Taurus.
- Apel, Karl Otto (1985b). “¿Límites de la ética discursiva?” en Adela Cortina, *Razón comunicativa y responsabilidad solidaria*, Salamanca: Sígueme, pp. 233-262.
- Benhabib, Seyla (2006). “A la sombra de Aristóteles y Hegel. La ética comunicativa y las controversias actuales en la filosofía práctica” en *El Ser y el Otro en la ética contemporánea*. Barcelona: Gedisa, pp. 37-81.
- Borsay, Anne (2008). “¿Problema personal o asunto público? Hacia un modelo de políticas para las personas con discapacidades físicas y mentales” en Len Barton (comp.) *Superar las barreras de la discapacidad*. Madrid: Ediciones Morata, pp. 171-189.
- Conill, Jesús (1991). *El enigma del animal fantástico*, Madrid: Tecnos.
- Conill, Jesús (2006). *Ética hermenéutica*, Madrid: Tecnos.
- Cortina, Adela. (2003). “El quehacer público de las éticas aplicadas”, Adela Cortina. y Domingo García-Marzá (Eds.) *Razón pública y éticas aplicadas*. Madrid: Tecnos, pp. 13-44.
- Cortina, Adela (2005). *Alianza y Contrato*. Madrid: Trotta.
- Cortina, Adela (2007). *Ética de la razón cordial*. Oviedo: Ediciones Nobel.
- Cortina, Adela (2009). *Las fronteras de la persona*. Madrid: Taurus.
- Etxeberria, Xabier (2005). *Aproximación ética a la discapacidad*. Bilbao: Universidad de Deusto.

- 
- Goffman, Ervin (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Habermas, Jürgen (1982). *Conciencia moral y acción comunicativa*. Barcelona: Península.
- Habermas, Jürgen (2008a). *Facticidad y validez*. Barcelona: Trotta.
- Habermas, Jürgen (2008b). *La inclusión del otro*. Barcelona: Paidós.
- Habermas, Jürgen (2009). *El futuro de la naturaleza humana*. Barcelona: Paidós.
- McIntyre, Alasdair (2001). *Animales racionales y dependientes*. Barcelona: Paidós.
- Nussbaum, Martha (2006). *Las fronteras de la justicia*. Barcelona: Paidós.
- Palacios, Agustina (2008). *El modelo social de la discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: Ediciones Cinca.
- Ricoeur, Paul (2008). “La diferencia entre lo normal y lo patológico como fuente de respeto”, en *Lo justo 2*. Madrid: Trotta, pp. 173-182.
- Subirats, Joan (2009). “Como ser yo mismo, ser como los demás y sentirme reconocido en mi ser distinto. El reto de la nueva ciudadanía”, en *Eres Igual*. Madrid: Obra Social Caja Madrid.
- Velayos, Carmen, (2005). “Salud, enfermedad y felicidad”, en José M<sup>a</sup> G<sup>a</sup> Gómez-Heras y Carmen Velayos (eds.), *Bioética. Perspectivas emergentes y nuevos problemas*. Madrid: Tecnos, pp. 49-71.

## ¿Cómo consigue ser reconocido un niño con pluridiscapacidad?

Fernando Calvo Rigual y Gema Pedron Marzal

Servicio de Pediatría. Hospital Lluís Alcanyís. Xàtiva

**Resumen:** Los niños afectados de pluridiscapacidad (definida como a una discapacidad grave de expresión múltiple, con deficiencia motriz y retraso mental severo, con restricción extrema de las posibilidades de percepción, expresión y relación) tienen problemas de identidad, de riesgo de estigmatización, y de falta de reconocimiento. Estos problemas se manifiestan en la sociedad por actitudes de lástima, de desprecio, o de distanciamiento. Los progenitores, en cambio, adoptan acciones destinadas a promover la presentación de su niño en la sociedad, defendiendo sus derechos, y asumiendo una actitud directa, natural, no distanciada. Esta relación directa se basa en asumir que el reconocimiento no será recíproco sino que estará basado en una interacción asimétrica: se propone una implicación existencial previa a la relación comunicativa. Los progenitores, para conseguir el reconocimiento social emplearán tanto actitudes de desafío como narrativas del presente (ética de los cuidados, vida en presente, contacto físico, etc), intentando conseguir con ello la formación de una identidad adecuada para sus hijos.

Reconocimiento, pluridiscapacidad, reificación, niños.

**Abstract:** Children with pluridisability (defined as a widely acknowledged serious disability, with motor deficiency and mental developmental delay, and with perception, expression and relation possibilities severely impaired) suffer identity, stigmatization and lack of recognition problems. These problems manifest themselves in society as attitudes of pity, contempt or estrangement. However, parents fight to defend their rights, presenting their children adequately in their society as having the right to a natural and non-distanced position of respect therein. In this regard, the recognition won't be reciprocal, but grounded in an asymmetrical interaction: We suggest an existential implication prior to communicative relation. Parents, in order to succeed in the social recognition will employ both challenging attitudes as present narratives (care ethics, life in present, physical contact, etc), trying to achieve a proper identity for their children.

Recognition, pluridiscapacity, reification, children.

Los niños con pluridiscapacidad tienen riesgo de sufrir problemas de identidad, de estigmatización, y de falta de reconocimiento por otros miembros de la sociedad. Centraremos este estudio en su relación con el ambiente sanitario.

La pluridiscapacidad se define como la discapacidad grave de expresión múltiple, con deficiencia motriz y retraso mental severo, con restricción extrema de las posibilidades de percepción, expresión y relación. Si bien muchos de estos niños son capaces de mantener una mínima relación comunicativa con sus padres, otros niños, que están en estado vegetativo, no retienen ninguna capacidad comunicativa.

La pluridiscapacidad supone una visibilidad (los niños con parálisis cerebral infantil grave, una forma de discapacidad, son “visibles” a otros ciudadanos ya sea por sus rasgos expresivos, su movilidad reducida, o por los aparatos ortopédicos que precisan). Esto resulta en una tendencia a igualar la identidad del niño con su enfermedad, sobre todo en ambientes sanitarios (no se dice “X es un caso de parálisis cerebral”, sino “X es una parálisis cerebral”).

La formación de la identidad en esos niños es difícil. Por las propias limitaciones del niño, su identidad, entendida en sentido externo como conjuntos de rasgos propios que lo caracteriza frente a los demás (Real Academia Española, 2001), es formada por la madre y por las reacciones de la sociedad. Frente a la identidad moderna del ciudadano basada en la autonomía, la preparación para un futuro de participación social y laboral, la identidad del niño pluridiscapacitado es una identidad “difícil”, basada en un futuro de cuidados y de dependencia, de ausencia de posibilidades laborales, y de riesgo de estigmatización, de ser considerado un individuo “con problemas”(Fisher, 2008).

En cambio la madre construye una identidad de su hijo basada en el amor, contando con el carácter especial del niño, su capacidad de generar amor, sentimiento de hijo propio, y con unas potencialidades.

La estigmatización es la reacción adversa ante la percepción de una diferencia (Green, 2003). El riesgo de estigmatización se da tanto en el niño como en los padres. La sociedad, en lugar de reaccionar ante la discapacidad con unos mecanismos de solidaridad, puede reaccionar negativamente, tanto a nivel individual como colectivo. A nivel individual se puede manifestar con actitudes y comentarios de rechazo, burla o desprecio. A nivel colectivo la estigmatización puede señalar a estos niños como generadores de gasto excesivo, sujetos problemáticos, carga para los demás, etc. Estos



sentimientos de estigmatización suelen incluir a la madre (madre exigente, madre ansiosa, madre “que no se entera de lo que tiene”, etc) (Baumann, 2007).

Pero por otro lado la madre puede perder su condición de sujeto autónomo y convertirse en una fuente de recursos (cuidadora, fisioterapeuta, administradora de tratamientos) lo que hace tambalear su propia identidad: ya no es persona autónoma, sino persona con un niño enfermo a su cargo, con lo que supone de cambios en su vida personal y laboral.

Al mismo tiempo, tanto la estigmatización como la falta de reconocimiento pueden ser también motor para la formación de la identidad del niño y de la adaptación de la madre a la nueva situación. Para Honneth, el reconocimiento no se da gratuitamente; es resultado (en sus estadios avanzados) de una lucha ante situaciones de menosprecio o de rechazo de la propia identidad (Honneth, 1997)

El reconocimiento recíproco supone la consecución de tres estadios progresivos de relación intersubjetiva, de amor, de legalidad, y de solidaridad. El estadio del amor se da en el seno familiar. En los otros dos estadios se requiere una premisa de igualdad para que el reconocimiento pueda producirse. En cambio, para los niños con pluridiscapacidad esta premisa de igualdad no se producirá. ¿Cómo consigue la madre el reconocimiento de su hijo en esos estadios?

Dos aspectos a considerar: Cómo la madre vive la relación con su hijo y con la sociedad, que podemos describir como un proceso narrativo, y cómo podemos explicar las actitudes de la madre y de la sociedad (especialmente con el sistema sanitario y educativo) cuando aquella busca el reconocimiento de su hijo.

Las narrativas son esquemas que permiten dar sentido a la vida (Ezzy, 2000). La madre con un niño pluridiscapacitado puede adoptar distintos modelos narrativos en su relación con el niño y con la sociedad (Fisher & Goodley, 2007). El sistema sanitario

propone una narrativa lineal a la cual muchas madres se acogen: consiste en tratar el niño como una minusvalía, centrándose en los aspectos médicos y educativos. Se busca el diagnóstico como etiquetado del caso que permitirá una actuación terapéutica, una asignación escolar, y un pronóstico. La madre es cooperante pasiva de esta relación.

En cambio otras madres se rebelan contra esta línea de actuación y viven lo que se ha denominado una narrativa del desafío: la madre quiere establecer su propia agenda, discute y cuestiona las acciones médicas y educativas que se le proponen. Se puede ya de entrada plantear: ¿es un mero rechazo o es una búsqueda de reconocimiento?

Otra actitud materna estaría descrita por la denominada narrativa del presente: la madre parece olvidarse de los problemas que pueda tener su hijo, de un pronóstico incierto, y vivir la relación con él de manera natural, en tiempo presente, disfrutando de esa relación. Esta visión estaría basada en el reconocimiento materno de las cualidades del niño, asumiendo que afectación en la calidad de vida de madre y niño lo es sólo a nivel local o parcial (Barnes E, 2009), como consecuencia de una mayor necesidad de cuidados, pero que estos no hacen la vida imposible. Desarrolla además unas virtudes basadas en el vínculo con su hijo.

En este caso se hace más aparente la importancia de la presentación del niño en la sociedad (McKeever & Miller, 2004). La madre puede realizar acciones fantásticas para reivindicar la imagen de su hijo.

De nuevo podemos ver estas actitudes como búsqueda de un reconocimiento. Pero ambas, las basadas en una narrativa del desafío y una narrativa del presente pueden chocar con las expectativas y prejuicios del personal sanitario.

En resumen, la madre adopta con respecto a su hijo una actitud natural, basada en el hecho de que es la persona que mejor lo conoce, con componentes cognitivos y

emocionales, y reivindica su identidad de sujeto único y valioso. Critica la falta de reconocimiento y lucha para lograrlo.

Frente a ella el personal sanitario adopta en ocasiones una actitud diferente; si la madre desarrolla una narrativa no esperada por aquel se la tiende a acusar de alienación, [alienación entendida como separación de la realidad, transformación de su conciencia hasta hacerla contradictoria con lo que debía esperarse de su condición (Real Academia Española, 2001)], como si la madre no fuera consciente de la hipotética gravedad del problema de su hijo. En otras ocasiones se podría ver la alienación como lástima, como la percepción de que esa madre no va a alcanzar todas sus potencialidades y sería, por tanto, un sujeto incompleto (Bottomore, 1984).

Propongo, en cambio, que la actitud del personal sanitario puede ser cosificadora para la madre y el niño.

Podemos entender la cosificación como forma radical de alienación, al transformar el ser del hombre en algo parecido a una cosa. Se puede dar tanto mediante el uso de actitudes estratégicas respecto a los otros, como el en mero trato a los otros como cosas (Honneth, 2006). ¿Cómo puede el personal sanitario tener estas actitudes? Podemos descubrirlas en la relación clínica diaria, tanto hacia la madre como hacia el niño. Así, las actitudes de distanciamiento con respecto a la madre, la limitación de la relación comunicativa, y la utilización de la madre como recurso. El niño puede ser tratado más como caso que como sujeto con una identidad, y en ocasiones sufrir directamente menosprecio. De este modo el niño pierde su condición de persona, y la madre sufre una progresiva despersonalización. Cuanto más desarrolle la madre las narrativas alternativas que hemos comentado, más podrá darse esta situación.

Siguiendo a Lukacs, la cosificación sería consecuencia de una praxis fallida: la sociedad es observadora no implicada en una situación, y analiza esta situación desde el

punto de vista económico: la reificación no es entonces un fallo cognitivo ni moral, sino una actitud respecto al otro (Honneth, 2006). De este modo la sociedad dominante aliena (segrega, rechaza) al sujeto estigmatizado (Harvey, 2001).

La madre reacciona a esto mediante una búsqueda del reconocimiento. Las limitaciones del niño impiden que sea sujeto activo en esta búsqueda, y es la madre su agente. El niño ya disfruta del primer estadio del reconocimiento gracias a la implicación existencial entre ambos, implicación que ha recibido distintas denominaciones (“cura” para Heidegger, “investidura libidinosa” para Adorno, “interacción” para Brazelton, “implicación” para Lukacs) (Brazelton TB & Cramer BG, 1993; Honneth, 2006), pero que tienen en común una implicación existencial previa a la relación comunicativa. Hay pues una preeminencia del reconocimiento sobre el conocimiento: se precisa una actitud (reconocimiento) para conseguir iniciar un proceso de conocimiento.

En el niño pluridiscapacitado esta implicación materna deberá mantenerse en el tiempo ante la dificultad del niño de progresar en los otros estadios del reconocimiento (Nussbaum, 2007). La madre mantiene esta actitud tanto de manera natural (es continuación de sus cuidados en la época del bebé) como de manera reactiva ante la estigmatización que pueda sufrir el niño.

La madre promueve ese reconocimiento con armas propias: se centra en la vida del presente no buscando objetivos a largo plazo ni proyecciones idealizadas del futuro. Aprecia el valor de los cuidados, tanto para ella como para el niño; promueve el contacto físico con éste, y hace las maniobras necesarias para una óptima presentación del niño ante la sociedad (Fisher & Owen, 2008). Su actividad pública (reconocimiento colectivo mediante asociaciones de afectados) le proporciona un marco de seguridad que es complementaria a su lucha personal. Esta lucha personal es ante quien tiene

enfrente, el personal sanitario y educativo que puede cuestionar sus afirmaciones, sus dudas e inquietudes, o puede llevar una agenda diferente a la de ella.

Si bien todo profesional ha de tratar a sus pacientes con respeto, la asistencia a niños con pluridiscapacidad puede ser más difícil al tratarse de pacientes complicados, que requieren múltiples atenciones, y con alto nivel de exigencia.

El reconocimiento de las demandas de los pacientes debe hacerse mediante una actitud adecuada. Tienen derecho, a nivel legal, a la asistencia sanitaria con mayores prestaciones que otros pacientes, y han de sentirse reconocidos socialmente como sujetos valiosos, más allá de su discapacidad.

Cada niño debe considerarse como persona y no como un caso clínico, con su propia identidad, y siendo valioso tanto por él mismo como por lo que representa para su familia y la sociedad.

El profesional sanitario debería apreciar los esfuerzos que hace la madre por una presentación adecuada del niño y atender sus impresiones, no como alienación sino como visión subjetiva de sus deseos.

Para evitar la cosificación en madre y niño se deberían poner los medios para que la actuación médica no tuviera un componente estratégico sino de cooperación y ayuda. Además, debiera evitarse tanto la renuncia a actuaciones médicas con la excusa de un posible pronóstico ominoso, como el encarnizamiento terapéutico (terapias agresivas no destinadas a mejorar la vida y la calidad de vida).

De esta manera, y usando de manera recíproca nuestra empatía natural podremos apreciar que las demandas excesivas son a veces petición de comunicación y de reconocimiento.

Solamente tras establecer una relación basada en el reconocimiento recíproco es posible abordar aspectos de la clínica previamente vistos como agresiones. De este

modo se podría crear un clima de confianza para discutir cuáles son las mejores actuaciones médicas para el niño, incluyendo aquellas potencialmente conflictivas como son las relacionadas con la limitación del esfuerzo terapéutico.

## BIBLIOGRAFÍA

Barnes E. (2009). Disability and adaptive preference. *Philosophical perspectives*, 23, 1-22.

Baumann, A. E. (2007). Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: the individual with mental illness as a 'stranger'. *Int.Rev Psychiatry*, 19(2), 131-135.

Bottomore T. (1984). *Diccionario del pensamiento marxista*. Madrid: Tecnos.

Brazelton TB, & Cramer BG. (1993). *La relación más temprana*. Barcelona: Paidós.

Ezzy, D. (2000). Illness narratives: time, hope and HIV. *Soc.Sci.Med*, 50(5), 605-617.

Fisher, P. (2008). Wellbeing and empowerment: the importance of recognition. *Sociol.Health Illn.*, 30(4), 583-598.

Fisher, P., & Goodley, D. (2007). The linear medical model of disability: mothers of disabled babies resist with counter-narratives. *Sociol.Health Illn.*, 29(1), 66-81.

Fisher, P., & Owen, J. (2008). Empowering interventions in health and social care: recognition through 'ecologies of practice'. *Soc.Sci.Med*, 67(12), 2063-2071.

Green, S. E. (2003). "What do you mean 'what's wrong with her?'" : stigma and the lives of families of children with disabilities. *Soc.Sci.Med*, 57(8), 1361-1374.

Harvey, R. D. (2001). Individual differences in the phenomenological impact of social stigma. *J Soc.Psychol.*, 141(2), 174-189.

Honneth A. (1997). *La lucha por el reconocimiento*. Barcelona: Crítica.

Honneth, A. (2006). *Reificación*. Buenos Aires: Katz.

McKeever, P., & Miller, K. L. (2004). Mothering children who have disabilities: a Bourdieusian interpretation of maternal practices. *Soc.Sci.Med*, 59(6), 1177-1191.

Nussbaum M. (2007). *Las fronteras de la justicia*. Barcelona: Paidós.

Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española. Vigésima segunda edición* (19. ed ed.). Madrid: Real Academia Española.

# Implicación en el cuidado

## Reconocimiento de una necesidad

Esteban Galbete Teresa, Alonso Sangrador Blanca.

Hospital de Galdakao- Usansolo

**Resumen:** Es preciso reconocer la necesidad de la implicación en el cuidado desde dos vertientes; una, como profesionales : implicación como sinónimo de obtención de compromiso con la labor asistencial que realizamos y a la que nos debemos; y otra, se hace necesario el reconocimiento a esa implicación, no sólo de los profesionales, sino de terceras personas ajenas a la relación clínica, médico- paciente, que asume un papel fundamental en el cuidado, evolución y trasmisión de la voluntad del paciente, cuando este no puede ejercerlo por sí sólo y que participan activamente en la administración de cuidados.

Implicación y cuidados, cuidados, cuidadores,

**Abstract:** We must recognize the need for involvement in care from two sides: one, as professionals: implication as a synonym for obtaining health care commitment to the work we perform and we must, and another, it becomes necessary to recognize that involvement not only professionals but by third persons outside the clinical relationship, doctor-patient relationship, which assumes a fundamental role in the care, development and transmission of the patient's wishes when it can not exercise by itself and participating actively managing care.

Involvement and care, care, caregivers,

La palabra *implicar* proviene del latín “*implicare*”, verbo transitivo que significa, ni mas ni menos, envolver, enredar a alguien en algo. Y envolver o enredar, en la acepción, que aquí nos ocupa, expresa mezclar o complicar a alguien en *un asunto o negocio comprometido*, haciéndole tomar parte de él.

Asunto comprometido, fíjense si la salud no es asunto comprometido. Pero es que además, otro de los requisitos es que no *nos podemos quedar al margen, hay que posicionarse, hay que tomar parte*. Implicamos en la salud, implicamos en el cuidado. Y para envolver o enredar a una tercera persona, cuidador, en algo que afecta en primera persona al paciente o enfermo hay que tener en cuenta una serie de aspectos.



Lo que vamos a hacer es introducir en el cuidado de un enfermo, que puede ser familiar o no, y como requisito principal y previo es solicitar el visto bueno al enfermo. ¿Por qué? Porque es en él sobre el que recae la enfermedad y los cuidados que le son necesarios, por eso es importante solicitar su autorización. Su conformidad en la medida que sea posible, haciéndole participe de la delegación de su cuidado.

Además, los cuidados son, en numerosas ocasiones y por lo general, los cuidados básicos y que yo los definiría como los cuidados de la autoestima. Cuidados que son esenciales para poder seguir viviendo, que son mínimos y que reflejan la autonomía de una persona, los cuidados de la dignidad. Simples y rutinarias actividades diarias que uno realiza sin pensar, sin cuestionárselo pero que cuando no se pueden llevar a cabo nos damos cuenta de lo importantes que son y de lo bien que nos hacen sentirnos. Nos aportan confort, comodidad, bienestar....., detalles nimios, a veces, pero que nos transmiten la sensación de seguir siendo personas. Por eso son tan importantes. Por eso no debemos ni olvidarlos, ni descuidarlos.

La palabra cuidado, (Gastmans, 2009) ha ocupado un lugar central en las publicaciones sobre enfermería durante muchos años y se emplea de dos formas distintas que difieren entre si, pero también interactúan:

- 1.- tener cuidado de alguien u ofrecer cuidado a alguien, y
- 2.- preocuparse por alguien.

El cuidado entraña una motivación: querer ayudar a otra persona. El deseo del bien del otro es un rasgo común de todo cuidado. (Blum, 1980)

El cuidado es un concepto complejo, *Tronto (1993)* distingue cuatro dimensiones del cuidado.

1°.- Es el “cuidar de”: la preocupación por alguien o por algo, la inquietud, prestar atención. La preocupación acerca del estado en el que se encuentra otro ser humano sirve como punto de partida para el cuidado. La actitud es la de “estar atento”, es una postura receptiva respecto del paciente. Sin una actitud de “estar atento” no se perciben las demandas de cuidado. (Carse, 1991)

2°.- Es la de “proporcionar cuidados”; cuidar solícitamente y vigilar. Se asume la responsabilidad de mejorar el estado de la otra persona. La responsabilidad es la actitud correspondiente y correcta.

3°.- dimensión del cuidado tiene que ver con una autentica “prestación de cuidado”, exige poseer la competencia precisa. Por mucho que se este atento a las necesidades del otro, y por mucho que se asuma la responsabilidad de ello, si no conseguimos satisfacer de modo eficaz y adecuado esas necesidades, no se habrá alcanzado la meta del cuidado.

4°.- La dimensión del “cuidado recibido”. El objeto principal pasa a la persona que recibe el cuidado y no a su cuidador. Un buen cuidado reclama un proceso de feedback y la verificación de que las necesidades de cuidado están realmente satisfechas.

Para la implicación en el cuidado es necesaria la disposición hacia ese cuidado, que se puede definir como una apertura a percibir la realidad del otro en relación con la salud, (Kuhse, 1997)

Y que junto con estas cuatro dimensiones, indican que los cuidados de calidad requieren algo más que tener simplemente buenas intenciones, un buen cuidado debería entenderse como la práctica de combinar actividades, actitudes y conocimientos de la situación.

Implicar es sinónimo de compromiso: y se hace obligatorio el reconocimiento de necesidad de implicación en los cuidados, y además el reconocimiento a los implicados, a los que asumen ese compromiso.

Implicación = Información + Conocimiento + Delegación de poder + Reconocimiento
---

El éxito es un buen desarrollo de esta fórmula (Lawler, 2002), que, aunque proviene del mundo de la administración y de la organización de los RRHH, es perfectamente aplicable al tema que nos ocupa, eso sí, con las adaptaciones pertinentes.

\* Información: debemos proporcionar toda la información necesaria sobre la enfermedad y los cuidados que requiera el enfermo, adecuándola al cuidador y al momento. Que sea clara, precisa y adaptada a la situación. Debe tener información de la evolución de la enfermedad, y de las distintas etapas de la misma, para saber afrontar las diferentes necesidades que van a ir surgiendo.

\* Conocimiento: dotar a los cuidadores de la instrucción necesaria para poder realizar satisfactoriamente los cuidados de calidad. Es lo que les va a dotar de competencia.

\* Delegación de poder: son los cuidadores los que deben realizar las tareas tendentes a la satisfacción de las necesidades del enfermo en la medida en que ellos no puedan realizarlas, y será el propio enfermo el que determine donde pone el límite a su autonomía y donde comienza la prestación de ayuda de los demás.

\* Reconocimiento: debemos reconocer la labor que realizan los cuidadores, ya sean principales, secundarios, ocasionales.... Las características del cuidado que realizan son: carácter no remunerado (Wright, 1983), no se intercambia por bienes o servicios, a no ser que se contrate a alguien específicamente para llevarlos a cabo; se desarrolla en el ámbito

de las relaciones privadas, un terreno en el que siempre resulta arriesgado intervenir, sobre todo desde el papel de profesional sanitario, y tiene otra característica a resaltar la disponibilidad permanente que supone asumir el cuidado. Sobre todo para la persona en la que recae la responsabilidad de cuidar y que suele desempeñar el papel de cuidador principal. (Disponibilidad total: que se asemeja, según diversos autores, a una estación de servicio ó gasolinera, “abierto 24h.”, con las consecuencias que esto genera en los cuidadores) (Durán, 1991).

Implicación = Compromiso

Y para ello, para poder poner en práctica el compromiso, léase implicación, se requiere: educación, apoyo, entrenamiento, y asesoramiento.

\* Educación: de forma positiva, dando apoyo y oportunidad de poner en práctica los conocimientos adquirido, que previamente hemos transmitido. De está forma se desarrolla la confianza en sí mismo y en lo que se realiza.

Por eso debemos articular de forma clara lo que pretendemos, mostrar con ejemplos y reforzar el aprendizaje “haciendo que hagan”.

\*Apoyo: proporcionando información, proporcionando recursos; mostrar a las personas sus habilidades; animar para que contribuyan en esos cuidados y eliminar las barreras y las reticencias que en un primer momento hayan podido surgir o puedan surgir.

\* Entrenamiento: (entrenamiento práctico) es fundamental para aportar seguridad y confianza en lo que se hace, y por otra parte nos aseguramos de la realización adecuada de los cuidados.

\* Asesoramiento: siempre y en todo momento, enseñando y explicando, aclarando dudas, resolviendo problemas, lo que puede contribuir a conseguir un compromiso de realización adecuada de los cuidados.

Pero hay algo que no debemos olvidar: lo importante, lo más importante, son las personas, y al tratar de obtener el compromiso que nos ocupa (implicar al cuidador), deberemos tener presente que éste (el cuidador) necesita su tiempo para hacerse cargo de la situación, de la enfermedad, y del enfermo. Necesita asimilar “esto que esta pasando”.

Debemos tener presente que cada uno necesitará un espacio para captar esta nueva realidad que está viviendo, y que dependerá no sólo del carácter de la persona y de su capacidad, sino también del tipo de enfermo del que se haga cargo (no es lo mismo un anciano, que una persona joven incluso que un bebe) y del tipo de enfermedad (no es igual una enfermedad terminal, que una crónica o un proceso degenerativo...etc., etc.); y del tipo de vínculos que tenga establecidos con el enfermo, (si hay o no vínculos afectivos,) del tipo de familia....

Todas estas circunstancias deberán ser objeto de nuestro respeto y habrá que tenerlas en consideración a la hora de establecer compromisos, sin entrar a juzgar en ninguno de los casos.

No resulta fácil la implicación en los cuidados pero, una vez superadas las dificultades, los cuidadores adquieren una gran importancia al convertirse en intermediarios entre la voluntad del paciente y los profesionales. Son ellos, los que terminan transmitiendo las necesidades, la voluntad y el sentimiento del propio paciente y son los profesionales los que actúan en relación a lo expresado por ellos.

Implicación del profesional, porque malamente podremos implicar a otros, si nosotros no estamos implicados.

Debemos recordar que el personal sanitario se convierte en cuidadores temporales, y el cuidado sigue siendo la esencia de la labor profesional, especialmente de la enfermería, pero cada vez se insiste más en la reevaluación del cuidado en la práctica médica (Cluff y Binstock, 2001), porque la relación médico-paciente básicamente consiste en una relación de cuidado y confianza.

Se trata de un trabajo, y una actitud. Como trabajo expresa el esfuerzo de mantenerse y mantener a otros cuando alguien se encuentra en una situación de dependencia y necesidad. Como actitud, denota un vínculo afectivo positivo y una dedicación al bienestar del otro. Está claro que el trabajo puede llevarse a cabo sin una actitud adecuada, pero si no va acompañado de una respuesta sensible con el otro, nunca va a ser un buen cuidado.

Y, en la implicación a los “otros” cuidadores, el trabajo es desafiante, interesante y motivador, y ello porque se tiene el conocimiento y la experiencia y puede influir, y se puede transmitir y trasladar esos conocimientos ampliando la labor asistencial. Esto es un reto que se debe asumir y no se debe dejar pasar.

Pero lo más correcto, a mi forma de ver, no es hablar de implicar. Uno se implica con la organización, con la institución, con la empresa donde realiza su labor profesional. Lo adecuado es hablar de involucrarse, no sólo de participar o de cooperar, sino que va más allá de lo que supone en principio el deber contraído, va más lejos de cumplir con una obligación, parte de la opción personal y responsable. Siendo conscientes, eso si, de

las limitaciones y, también de los límites, que debemos poner para una relación asistencial sana.

Invito a hacer nuestra una locución latina “*Decus in labore*” que significa dignidad en el trabajo, a la que añado, tomando prestadas, unas palabras de Gandhi: “*Dicen que soy héroe, yo débil, tímido, casi insignificante, si siendo como soy hice lo que hice, imagínense lo que pueden hacer todos ustedes juntos*”. Todos nosotros juntos.

## BIBLIOGRAFÍA

Blum L (1980). *Friendship, altruismo and morality*. London: Routledge & Kegan Paul.

Carse E (1991). “The ‘voice of care’: implications for bioethical education”. *Journal of Medicine and Philosophy*, vol 16(1):5-28.

Cluff LE, Binstock RH (2001). *The lost art of caring: a challenge to health professionals, families, communities, and society*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Durán, MA (1991). *El tiempo y la economía española*. ICE; 695: 9-48.

Gastmans Chris (2009). La perspectiva del cuidado en la ética de la asistencia sanitaria, en A.J.Davis, V. Tschudin y L.de Raeve (eds.) *Ética en enfermería: conceptos fundamentales de su enseñanza*. Madrid: Triacastela, pp. 188-205.

Kuhse Helga (1997). *Caring: nurses, women and ethics*. Blackwell: Oxford.

Lawler Edward (2002). *Motivation in work organizations*. Dennis Publications.

Tronto Joan (1993). *Moral boundaries: a political argument for an ethic of care*. New York: Routledge.

Wright K. (1983). *The economics of informal care of the elderly*. Kent: University of Kent, Center for Health Economics.

## Comunicación intercultural: respeto por la diferencia.

Esteban Galbete Teresa, Alonso Sangrador Blanca.

Hospital Galdakao-Usansolo

**Resumen:** Si la diversidad es una de las características de nuestra sociedad y la comprensión es necesaria para el respeto de esa diferencia en la convivencia, el entendimiento se nos muestra obligatorio en la resolución de los conflictos que surgen en la práctica diaria de esa convivencia, y en nuestro caso, en la asistencia sanitaria. Los problemas de comunicación, lingüística y cultural, dificultan ese acercamiento y se agudizan en campo de la salud, donde la defectuosa comunicación puede interferir en el estado emocional del paciente, en la evolución de la enfermedad y, además, condiciona la forma de relacionarnos con él.

Palabras claves: comunicación intercultural, multiculturalidad, inmigración y salud.

**Abstract:** If diversity is a characteristic of our society and the comprehension is necessary to respect this difference in the coexistence, understanding shown to us in the resolution of conflicts that arise in daily practice of this coexistence, and our case, healthcare. Communication problems, language and culture, hamper this approach and are exacerbated in the health field, where faulty communication can interfere with the patient's emotional state in the evolution of the disease and sometimes affects the way we relate with him.

Intercultural Communication, multiculturalism, immigration and health.

“preguntas cíclope como me llamo...,  
voy a decírtelo. Mi nombre es nadie y Nadie me llaman todos...”

*Homero (Odisea, Canto IX)*

### Introducción

Para poder dar cobertura a la asistencia sanitaria es necesario, ante todo, el entendimiento y para ello se hace imprescindible la comunicación. Si, ya de por sí, la comunicación es difícil y llegar a entendernos y comprendernos con nuestros semejantes resulta, a veces, complicado mucho más difícil y más arduo es comunicarnos con personas con diferente idioma al nuestro, con una cultura distinta y en una situación especial de incertidumbre, desconocimiento y de adaptación. Si a esto, le añadimos la vulnerabilidad que conlleva tener un problema de salud, con lo que implica, se



agudizan más las complicaciones en la comunicación. Por eso, presenta un reto para los profesionales sanitarios la comunicación con los inmigrantes en el ejercicio de su actividad asistencial.

## Objetivos

1º - analizar los diversos problemas de comunicación que surgen entre los sanitarios y este grupo de personas.

2º- tratar de sensibilizar y llegar a la parte humana del conflicto.

## Material y metodología

Contamos con el método observacional de cortes retrospectivo y descriptivo, en una UCI de 10 camas polivalentes en un hospital general de agudos, Hospital Galdakao-Usansolo de la red de Osakidetza dotado de 439 camas. Da cobertura asistencial a la Comarca Interior de Bizkaia, siendo el hospital de referencia para una población de 298.190 personas, de las cuales 8.745 son extranjeras, caracterizada por ser eminentemente rural y muy dispersa geográficamente.

Realizamos un estudio estadístico cuantificando el número de inmigrantes ingresados en los cinco últimos años, 2005 – 2009, mediante la revisión de la historia clínica. Exploramos las variables sociodemográficas del muestreo (Malmusi, 2007). Se plantearon como variables de cruce sociodemográficas, la procedencia u origen, la

edad, el sexo y poder establecer un perfil sociológico. Como criterios de inclusión se consideraron el ser mayor de 16 años y pertenecer a alguno de los grupos de población inmigrante que tienen mayor representatividad en la Comunidad Autónoma del País Vasco: magrebíes-subsaharianos, latinoamericanos, de Europa del Este y otros países de CEE.

Valoramos en los identificados los problemas lingüísticos y los relativos a aspectos culturales. Se validó un cuestionario ad hoc, en cuya ficha se diferencian dos grandes apartados de preguntas tipo test con cuatro posibles respuestas: los referidos a aspectos lingüísticos con 7 ítem vinculados a expresión, comprensión, interpretación, necesidad de mediador, interferencia del lenguaje en la relación con el paciente, interferencia en la evolución del paciente; y los que analizan cuestiones culturales con otros 7 ítem: hábitos (higiene), religión (modificación de tratamiento), modificación de alimentación, colaboración y desconfianza o no del paciente. Analizando la respuesta en cada pregunta y estableciendo un intervalo de confianza del 95%. Error =  $\pm 1,77$ .

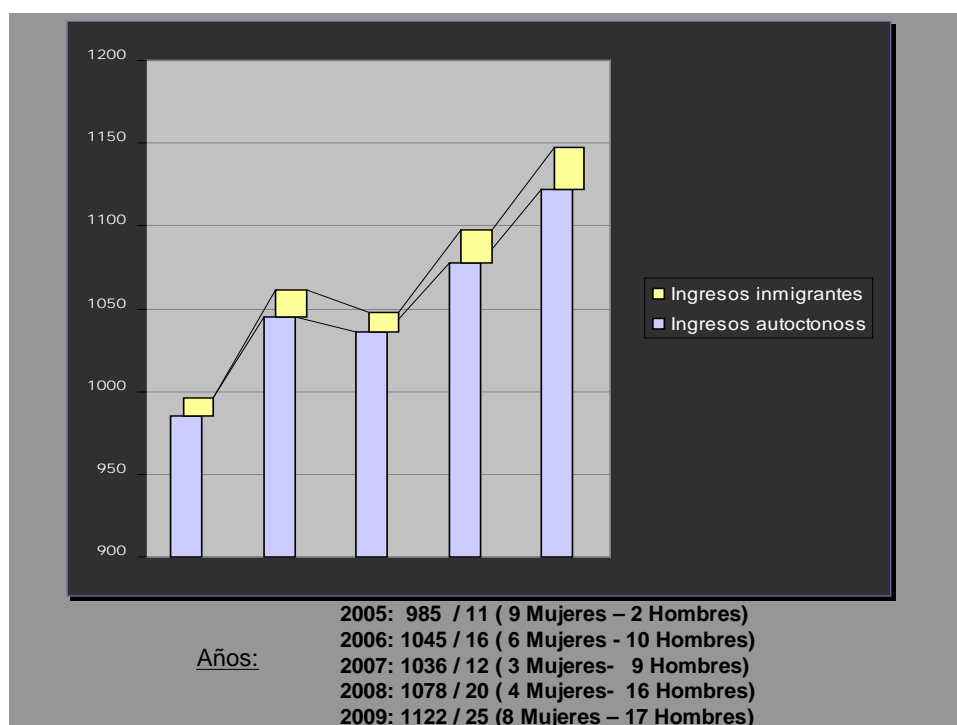
Planteamos como variables tanto el tiempo de estancia en la Comunidad autónoma, como la situación socioeconómica, pero la ausencia de ambos datos, en numerosas historias clínicas, no nos ha aportado una información de peso para establecer diferencias de comunicación con estas determinaciones.

## Resultados

La muestra obtenida es de 84 ingresos de personas inmigrantes en el periodo 2005-2009: año 2005, 11 pacientes fueron inmigrantes representando el 1,12% de los ingresos cifrados en 985; año 2006, los pacientes de otros países fueron 16 lo que

representa el 1,53% de los pacientes ingresados que ascendieron a 1.045; año 2007 el número de inmigrantes atendidos fue de 12 de una totalidad de 1.036 lo que da una representación del 1,36%; año 2008, 20 pacientes fueron inmigrantes representando el 1,85% de los ingresos cifrados en 1078; año 2009, los pacientes de otros países fueron 25 lo que representa el 2,23% de los pacientes ingresados y que ascendieron a 1.122 .

Por tanto, la media de los cinco últimos años se establece en 16,8 pacientes inmigrantes /año (1,62%), representando un 8,09 % de media en los ingresos totales de este periodo estudiado.



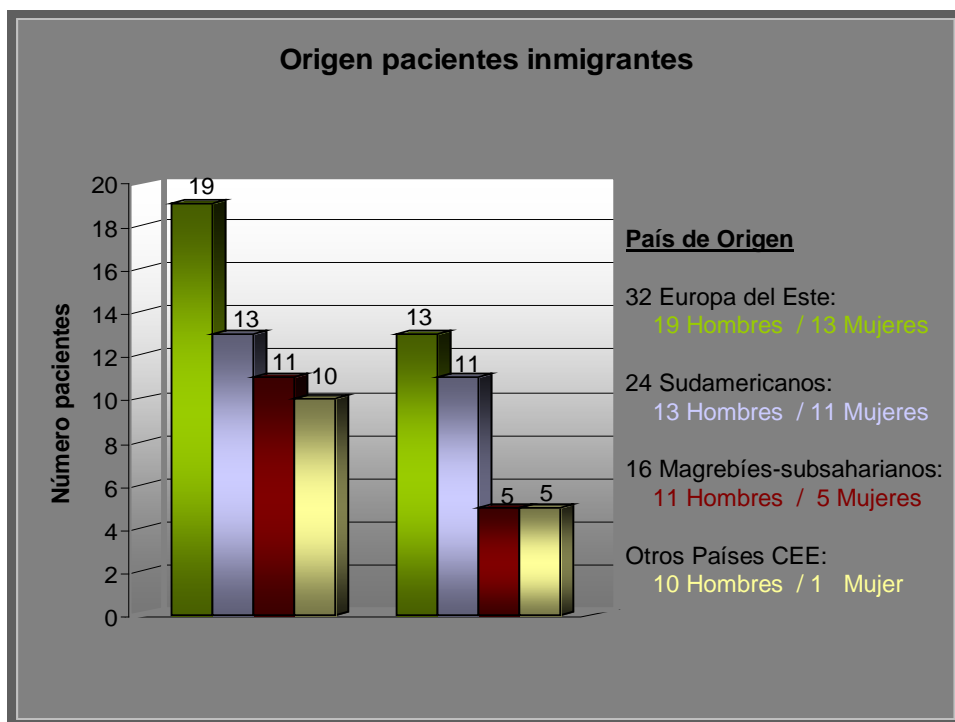
Del total de pacientes inmigrantes ingresados 54 fueron hombres y 30 mujeres, repartiéndose de la siguiente manera: 11 pacientes ingresados en el año 2005, 9 fueron mujeres y 2 hombres; en cambio, en el año 2.006 de los 16 inmigrantes ingresados, 6 fueron mujeres y 10 hombres; en el transcurso del 2007 ingresaron 3 mujeres y 9 varones; en el año 2.008 fueron 16 hombres y 4 mujeres y durante el año 2009 de los 25 pacientes 17 fueron hombres y 8 mujeres. A la vista de estos datos podríamos

establecer que, respecto al sexo, el 64,29% han sido varones y el 35,71% fueron mujeres.

En cuanto al país de origen: de los 54 ingresos masculinos (64,29%), 19 fueron de Europa del Este (22,62%) siendo Rumania la nacionalidad con mayor presencia, 13 con nacionales de Latinoamérica (15,48%), 11 magrebíes-subsaharianos (13,10%), y 10 pertenecientes a otros países de la Europa comunitaria (11,90%). Un paciente asiático (1,19%).

De los 30 ingresos femeninos (35,71%), 13 procedían de Europa del Este (15,47%), 11 de Latinoamérica (13,10%), 5 eran magrebíes-subsaharianas (5,95%), y 1 de CEE (Portugal 1,19%)

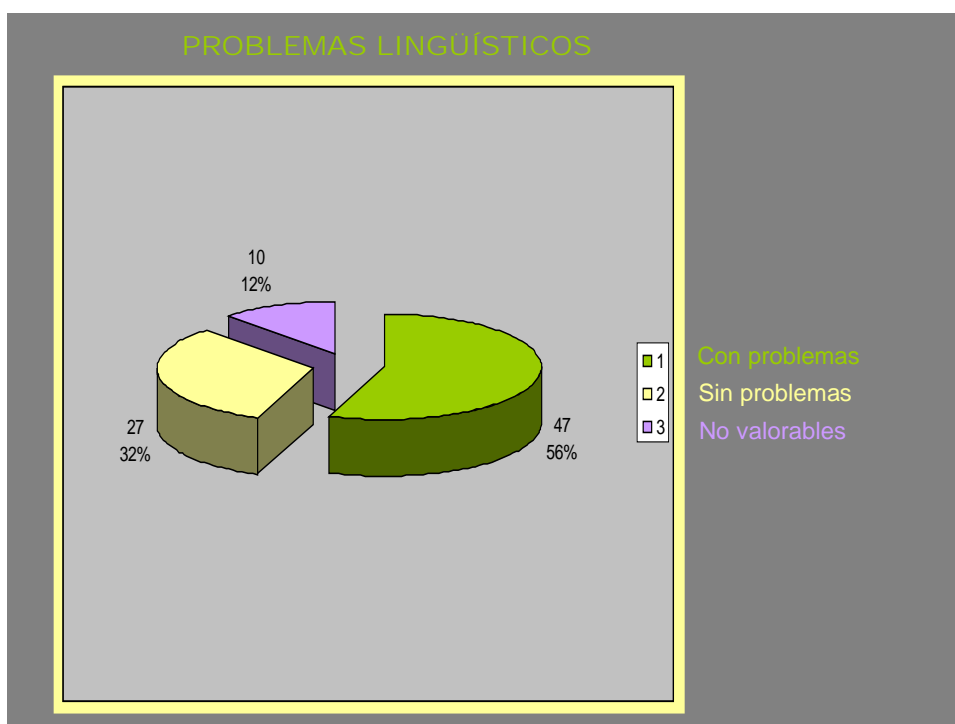
El grupo de población inmigrante con más ingresos han sido los procedentes de Europa del Este (32) con un 38,10%, donde hay un predominio masculino (19/13). Seguido de los originarios de Latinoamérica (24) con un 28,57 % donde ambos sexos estaban más equilibrados (13/11); y un 19,05% de paciente africanos (16) donde predomina el sexo masculino (11/5). El 13,09 % (11) lo ocupan los procedentes de algún país de la CEE., donde ha habido más ingresos de hombres (10/1). Hay un 1,19% que corresponde a un único ingreso masculino de origen asiático.



La edad media de ingreso de estos pacientes se establece en 48,7 años, (año 2.005 fue de 47 años; 2.006 fue de 49 años; año 2.007 se cifra en 44 años; en el año 2.008 en 51,6 y año 2.009 en 52,1). La media de edad de los pacientes autóctonos quedó establecida en 64,2 años, (año 2.005 fue de 63,7 años, 2.006 fue de 64,2 años; año 2.007 fue de 63,4 65 años; en los años 2008 y 2.009 la edad media fue de 64,9 años). A la vista de este indicador podemos reseñar la diferencia existente entre la edad media de uno y otro grupo, siendo inferior la de los pacientes inmigrantes (15,5 años menos de media).

En cuanto a los problemas lingüísticos, durante el periodo en global, y atendiendo al número de ingresos (84) los resultados obtenidos son los siguientes: en 47 de los pacientes, es decir el 55,95 %, presentan algún problemas de comunicación, en alguno de los ítem analizados, bien a nivel hablado, de comprensión, o dificultades para entenderse y necesidad de interprete que suele ser un familiar o alguien cercano a su

entorno y de su misma etnia. La utilización de signos y señas con este tipo de pacientes se constata con un 55,95%.

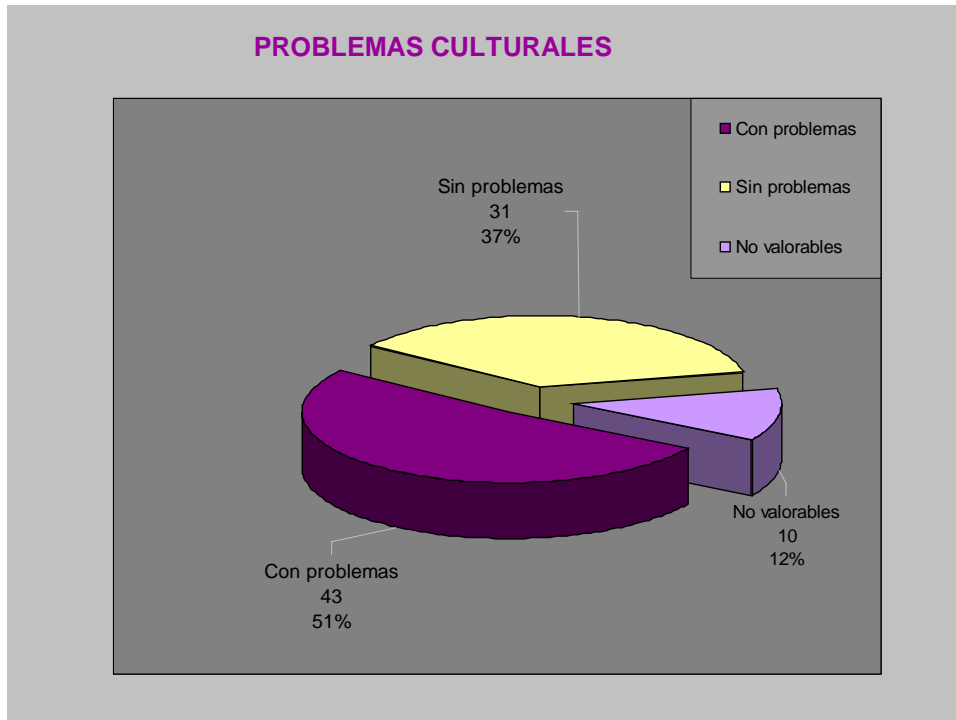


En un 32,14 %, en 27 pacientes, no hubo obstáculos de comunicación por el idioma ya que lo dominaban sin dificultad, la mayoría eran pacientes procedentes de Latinoamérica (24), donde el problema con la lengua no existe aunque si las dificultades de comprensión por expresiones o significados. El resto pacientes donde no existieron problemas lingüísticos fueron dos procedentes de Europa del Este, un hombre y una mujer, y otro paciente masculino de la Europa comunitaria.

El 11,91%, 10 pacientes, no es valorable por su situación bien se encontraban intubados (VMI) y/ o por su estado (estado vegetativo persistente, coma....).

Referido a los problemas culturales, siguiendo con la misma línea de investigación, de 84 pacientes inmigrantes ingresados, en un 51,19 % (43 pacientes) presentan algún aspecto referido a la cultura (dietas, horario de visitas, higiene...) que

interfieren con la comunicación. 31 de los pacientes (36,90 %) no presentan ningún problema. Igualmente, un 11,91%, es decir, 10 pacientes, no es valorable por su estado y situación.



Señalar que de los Item referentes a las cuestiones culturales analizadas que obstaculizan la comunicación, los que alteran la actividad cotidiana establecida para la operatividad del servicio son el ajuste del horario de visitas e información a la situación personal de los familiares de estos pacientes 57,14% (48 pacientes). La adecuación de la dieta es otro de las cuestiones que origina cambios, en un 53,57% (45pacientes) se realizaron cambios y por motivos culturales prácticamente en la totalidad de los pacientes de origen magrebíes-saharianos, (de los 16 pacientes de ese grupo de inmigrantes en 15 se practicaron cambios). En es este grupo también se produjo, por parte de las mujeres, la petición de cubrirse la cabeza con un paño a la hora de la visita (de 5 ingresos femeninos de origen magrebíes en 2).

Igualmente de 32 pacientes procedentes de Europa del Este, 3 solicitaron permiso para practicar su doctrina ortodoxa acompañados por su sacerdote y realizar sus ritos.

Señalar, que no consta ningún cambio en la administración u horario de medicación ni problemas relacionados con los hábitos de higiene en los 84 pacientes estudiados durante su ingreso.

Referir de los resultados obtenidos: por un lado, que los pacientes inmigrantes ingresados presentan un grado de colaboración en torno al 80,95%,( unos 68 pacientes) del resto, un 7,14 % no colabora (6 pacientes), y el otro 11,90 % (10 pacientes) no es valorable por su diagnóstico.

Por otro lado, un 76,20% (64 pacientes) se muestra apático, triste, deprimido..., un 11,90% (10 pacientes) no hace referencias de este ítem y otro 11,90%( 10 pacientes) no es valorable por su situación.

Mencionar, igualmente las anotaciones realizadas en la historia clínica, tanto por los facultativos como por el personal de enfermería: “Dificultad de comunicación”, “Problemas para entendernos”, “Importante barrera lingüística”, “No conseguimos valorar, parte por el idioma parte por la incomprensión de la situación”.....etc. Estas anotaciones se expresan en todas las historias clínicas de pacientes con los que por diversos motivos la comunicación no se ha establecido o ha contado con limitaciones. Establecer que en un 55,95% (en 47 pacientes inmigrantes) de las historias estudiadas de estos pacientes aparecen este tipo de anotaciones. Este dato, coincide con el porcentaje donde se presentan problemas de comunicación, también es donde se refleja



una mayor inversión de tiempo empleado en la asistencia y un aumento del esfuerzo realizado por parte del personal sanitario.

## DISCUSION

Existen dos tipos de problemas principales a los que nos enfrentamos y que inciden directamente en el fracaso de la comunicación: los de tipo lingüístico y los culturales, entre estos habría que diferenciar los problemas o prejuicios nuestros y los problemas de la gente que llega.

Respecto a los lingüísticos, el fracaso de comunicación no sólo viene dado por el diferente idioma, sino también por diferentes significados de las palabras, por los gestos, por el giro de las expresiones...etc. y son importantes las expresiones no verbales.

Referente a los culturales, nos enfrentamos a prejuicios adquiridos por nuestra parte, etnocentrismo, tendemos a juzgar las creencias y las costumbres de otras culturas considerando que lo nuestro es superior y por lo tanto lo mejor, es lo válido.

Referidos a los problemas de los inmigrantes habría que decir que alrededor de la persona que emigra pocas cosas permanecen inamovibles. La inmigración es una situación de cambio vital y como todo proceso de cambio comporta pérdidas y ganancias:

\*Síndrome de Ulises, o síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple.  
(Achotegui, 2.007)

\*Duelo migratorio, el proceso de reorganización de la personalidad que tiene lugar cuando se pierde algo significativo para el sujeto. En el caso de la emigración tendría

que ver con la reelaboración de los vínculos que la persona ha establecido. Al marcharse el inmigrante debe conjugar esos vínculos que expresan su personalidad e identidad con los del país de acogida, para adaptarse y que sustituyan los que deja atrás. (Achotegui, 2002).

\*Choque cultural, con la consiguiente percepción de lo que es la salud, y la enfermedad que cada pueblo tiene y los distintos hábitos sanitarios que cada cultura posee.

Los factores culturales y ambientales tienen mucha repercusión e implicación en determinadas enfermedades y las emociones se expresan de forma diferente según las culturas.

\*Desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario. Los inmigrantes carecen a menudo de información sobre los hospitales y sobre los servicios de cuidados ambulatorios o sobre asuntos de salud en general en el contexto específico de la sociedad a la que llegan. (Mayberry, Mili ,2000).

Todas estas circunstancias hacen que los inmigrantes, somaticen la situación con la repercusión que esto conlleva para la salud, cayendo en la enfermedad, y debido a la mala comunicación, no salimos del problema, no avanzamos, generándose una rueda o un círculo cerrado.

Mención a parte merecen los “sin papeles”, la situación de irregularidad administrativa conlleva una serie de condiciones que hacen a este grupo especialmente vulnerable y que le lleva a exponerse a condiciones higiénico sanitarias de riesgo, pero que si enferman no acudirán al sistema sanitario, porque salud es la herramienta para trabajar y enfermedad el obstáculo (Dummett, 2004). Su condición administrativa irregular, condiciona el acceso y la utilización de los servicios de salud. En los

inmigrantes irregulares, los problemas están más incrementados y las barreras más agudizadas.

## Conclusiones

Nuestra Comunidad no es una de las de mayor afluencia de inmigrantes, por lo tanto el hospital y la unidad objeto de estudio no son un referente en este tipo de cuestiones. Pero los conflictos que se nos han presentado, se pueden presentar en cualquier Unidad de cualquier Hospital con la matización que se intensificarán más allá donde haya un número más elevado de pacientes inmigrantes y que dependerán del país de origen o comunidad de inmigrantes a la que pertenezcan. No es lo mismo un paciente de Europa del Este, que un sudamericano o un inmigrante magrebí.

Este estudio tiene una serie de limitaciones que obligan a interpretar los resultados con precaución, ya que el muestreo obtenido no garantiza la representatividad de las tres muestras de colectivos inmigrantes y la naturaleza retrospectiva de algunas variables plantea la posibilidad de algún sesgo. Además hay que especificar, que existe una característica añadida a los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos, y es que muchos de ellos pasan días intubados. Esta situación dificulta notablemente la comunicación, o cuanto menos la dota de características peculiares. Con los pacientes inmigrantes es doblemente dificultosa, por un lado por su imposibilidad de expresión, que es obvia y por otro lado de comprensión, es complicado por la problemática lingüística.

Establecer, una vez contrastado los datos, que durante el periodo estudiado, se ha producido un aumento constante y considerable de ingresos de pacientes

inmigrantes, que ha habido un mayor número del sexo masculino. Que los pacientes procedentes de Europa del Este han sido los más numerosos, y la edad media es notablemente inferior a los pacientes autóctonos ingresados.

Igualmente determinar, que el desconocimiento del idioma dificulta notablemente la comunicación. Hacemos uso de los signos, señas, y tratamos de buscar un intermediario traductor que nos acerque y facilite nuestra labor asistencial. Normalmente esta figura la ocupa un familiar del paciente o algún compañero de su grupo.

Si puede parecer que la comunicación, o la falta de ella, no interfiere en la evolución de la enfermedad, si que lo hace en el estado emocional y anímico del paciente inmigrante ingresado. Además, la defectuosa comunicación condiciona la forma de relacionarnos con él, entorpece el seguimiento, y nos requiere mayor esfuerzo y emplear más tiempo.

Subrayar que, al aumentar el tiempo de estancia en la unidad del paciente hay un incremento de la confianza y de trato por ambas parte, y se involucra en mayor medida el personal sanitario.

## Propuesta

No podemos evaluar al inmigrante únicamente de acuerdo con los patrones dominantes en la sociedad de acogida, ya que interpretar su realidad de esa manera es sesgar su peculiaridad (Vázquez, 2001). Cuando se entra en relación con personas de culturas muy distintas, se puede producir lo que se denomina un “choque cultural” (Bueno, 2002). Para superar este choque cultural hay que comunicarse.

Para la buena comunicación es necesario que las sociedades que acogen sean suficientemente flexibles para comprender algunas de sus costumbres (Goytisolo y Nair, 2000). Porque la comprensión de esas otras culturas nos garantiza el éxito de nuestra tarea sanitaria. Deberíamos reconocer que, sin duda, podríamos aprender muchas cosas de otras culturas. Nunca debemos caer en la creencia de que nuestra cultura tiene todas las respuestas, ninguna cultura tiene el monopolio completo de la verdad (Leininger, 1999).

Señalar que el idioma es necesario para un buen diagnóstico, para un tratamiento correcto, para dar las indicaciones adecuadas, para la comprensión de los síntomas y para hacer prevención, pero tenemos que ir más allá porque un mismo idioma no garantiza el entendimiento.

Nuestra propuesta final: en la comunicación intercultural hay dos aspectos fundamentales que deben conjugarse, de un lado el reconocimiento del otro y de otro lado, el acercamiento de las partes (Giménez Romero, 1997). De este reconocimiento y acercamiento, surge la comprensión mutua. Si hay comprensión: se admite la “otra” cultura y se solventan con mayor facilidad los problemas lingüísticos, si esto se produce estamos en el camino de la comunicación efectiva y eficaz.

La comunicación, no sólo nos sirve para el hecho explícito, sino que nos sirve para la prevención y para la construcción de la convivencia. No es un simple intercambio de información, implica también ser capaz de compartir emociones. Es decir, hay que ser capaz de crear una relación de empatía, esta es necesaria para la comprensión mejor de “el otro” (Moreno, 2006).

El personal sanitario debe asumir, su cuota de responsabilidad como parte integrante del sistema de salud al que pertenece, además, un mayor conocimiento favorecería una mayor comprensión (Comellas, 2007). Si estamos informados seremos capaces de llevar a cabo una asistencia sanitaria acorde con lo que las circunstancias y la situación del paciente inmigrante nos demande y necesite.

Todo ser humano merece ser tratado con igual consideración y respeto. La inmigración es una realidad, acerca culturas y lo más importante acerca personas. Pero también es cierto que origina controversias y hay que trabajar por ambas partes para solventarlas. Por ello, tenemos que establecer lazos de confianza, de igualdad, y de autonomía, entendida como libertad, porque estos son los que definen y generan la relación asistencial de colaboración que estamos obligados a buscar y encontrar.

#### BIBLIOGRAFÍA:

Achotegui, J (2007). *El Síndrome de Ulises, El síndrome del inmigrante con estrés crónico múltiple*. (Hika,186zka. ko martxoa).

Achotegui, J (2002). *La depresión de los inmigrantes: una perspectiva transcultural*. Barcelona: Ediciones Mayo.

Bueno Gustavo, (2002). “Etnocentrismo cultural, Relativismo cultural y Pluralismo Cultural”, *Revista del Critica del presente*, nº 2, Abril.

Comellas, J. M<sup>a</sup>, y Bernal M., (2007). “El hecho migratorio y la vulnerabilidad del sistema sanitario en España”, *Humanidades médicas*, nº 13 Marzo.

Dummett, Michael (2004). *Sobre inmigración y refugiados*. Madrid: Cátedra.

Giménez Romero, C. (1997). “La naturaleza de la mediación intercultural”, *Revista de Migraciones*, nº 2, pp.125-159.

- Goytisolo, J., Sami Naïr (2000). *El peaje de la vida. Integración o rechazo de la emigración en España*. Madrid: El País-Aguilar.
- Leininger, M (1999). “Cultura de los cuidados”, *Revista de Enfermería y Humanidades*, nº 6, pp.5-12. (Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados de Alicante)
- Malmusi D, Jansá JM, Del Vallado L. (2007). “Recomendaciones para la investigación e información en salud sobre definiciones y variables para el estudio de la población inmigrante de origen extranjero”. *Rev. Esp. Salud Pública*, 81, pp.:399-409.
- Mayberry RM, Mili F, Ofili E. (2000). “Racial and ethnic differences in access to medical care”. *Med Care Res Rev.*; 57(Suppl 1):108-45.
- Moreno Moreno, Julia (2006). “La mediación en el ámbito de la inmigración y convivencia intercultural”, *Acciones e investigaciones sociales*, número extra 1, pp.114.
- Vázquez, O. (2004). “Inmigración, trabajo social y política social”, *RTS*, nº 173.

# III

DEMOCRACIA

DELIBERATIVA



# La deliberación moral en bioética.

## Interdisciplinariedad y pluralidad frente a especialización.

Diego José García Capilla.

Universidad de Murcia.

**Resumen:** El artículo pretende mostrar la contradicción entre el carácter plural e interdisciplinar de la bioética y la figura del bioeticista. Las éticas aplicadas, de las que la bioética es una rama muy desarrollada, surgen a finales del siglo XX ocupándose de retos planteados por nuevas tecnologías en sociedades moralmente pluralistas. El núcleo de la bioética es una ética cívica construida a partir del proceso deliberativo en comités, evidenciando que la competencia moral pertenece a todos los agentes, siendo contradictorio con la figura de un único experto dedicado exclusivamente a la resolución de los conflictos que le son propios.

Nuevas tecnologías, ética aplicada, ética cívica, bioeticista.

**Abstract:** This paper tries to show the contradiction between the open and interdisciplinary character of Bioethics and the *bioethicist* or expert. The applied Ethics, from which Bioethics is a very developed branch, arise in late XX century, taking an interest in the challenges raised by new technologies in morally pluralistic societies. The hardcore of Bioethics is a civic Ethics built on the deliberation process in committees, proving that the moral competence belongs to all agents, being contradictory with the figure of only one expert exclusively devoted to the resolution of conflicts that make him or her responsible of.

New technologies, applied ethics, civic ethics, bioethicist.

### 1. Las éticas aplicadas.

A finales del siglo XX asistimos a un cambio de gran trascendencia en el ámbito de la Filosofía Moral: la sustitución progresiva de su objeto de estudio. Se pasa de la fundamentación a retos planteados por los cambios sociales y tecnológicos acaecidos a final del siglo pasado. Estos cambios consistieron, esencialmente, en la irrupción de nuevas tecnologías (biomédicas, económicas, empresariales, de la información, etc.), demandando hacerse cargo de las consecuencias presentes y futuras de su aplicación; pero también se imponía la necesidad de que la sociedad en la que se producía este impacto tecnológico, debía de ajustarse a una composición moralmente pluralista. Para ello, las condiciones

básicas del nuevo desarrollo de la Filosofía Moral debían ser su doble carácter, interdisciplinar y pluralista.

A todo el conjunto de la citada e innovadora producción epistemológica de la Filosofía Moral se le llamó ética aplicada. Por tratarse de múltiples campos de aplicación, pasó a utilizarse el plural, hablándose de las éticas aplicadas. Así, pues, “las éticas aplicadas” nacieron por imperativo de una realidad social que necesitaba respuestas multidisciplinares en sociedades moralmente pluralistas” (Camps y Cortina, 2007: 445).

#### 1.1. Carácter interdisciplinar de las éticas aplicadas.

Viene determinado por diversos factores que han interactuado, modificando el objeto tradicional de la Ética. Entre estos factores destacan (Camps y Cortina, 2007: 445-446): *la realidad social* que toma la iniciativa ante los nuevos retos (demandando respuestas propias de una *ética cívica*); *los gobiernos* que precisan comités de ética para afrontar cuestiones relativas a nuevas tecnologías; *los ciudadanos* conscientes de sus derechos y demandantes de respeto a su autonomía moral, *algunos filósofos morales* que han entendido el compromiso con las éticas aplicadas como un compromiso con su época y con el futuro.

#### 1.2. Sociedades moralmente pluralistas.

Son aquellas en las que convive más de un código moral, no pudiendo dar por supuesto un acuerdo básico de referencia. Éste ha de construirse tomando como punto de partida las distintas “éticas de máximos” propias de los grupos que conviven en un espacio

y tiempo determinados. En este tipo de sociedades no existe una instancia legitimada para determinar la bondad o corrección de los juicios morales que afectan a toda la sociedad.

En este punto resulta de gran utilidad traer a colación una distinción de gran utilidad: éticas de máximos y éticas de mínimos (Cortina, 1996: 202-206 y también, Cortina y Martínez, 1996: 117-119). Las éticas de máximos (o “éticas de la felicidad”) tratan de dar razón del fenómeno moral en toda su complejidad, entendiendo la moral como un diseño holístico de vida feliz. Las éticas de mínimos (o “éticas de justicia) son morales que proponen los mínimos axiológicos y normativos compartidos por la conciencia de una moral pluralista, desde los que cada uno ha de tener completa libertad para hacer sus ofertas de máximos; se ocupan de la dimensión universalizable del fenómeno moral, es decir de los deberes de justicia exigibles a cualquier ser racional.

La articulación de éticas de mínimos y de máximos hace posible construir una *ética cívica* –propia de sociedades moralmente pluralistas, cuyo contenido son los mínimos compartidos a partir de los máximos que profesan; asimismo permite aplicar los mínimos a los distintos ámbitos de la vida social (medicina, empresa, ciencia, etc.) haciendo posible que los miembros de una sociedad tomen decisiones morales compartidas en cuestiones relativas a las *éticas aplicadas*.

Por ello, en sociedades moralmente pluralistas resulta prácticamente imposible delimitar en qué consiste el bien común. Se trata de algo cambiante, porque resulta de los mínimos compartidos por los distintos grupos que conviven en una sociedad y en un momento histórico determinado.

## 2. La bioética como ética aplicada.

La bioética nació a finales de la década de los sesenta y principios de los setenta del siglo pasado como un método de resolución de problemas morales que empezaron a plantearse, de manera novedosa, en relación con valores relacionados con la vida humana. La necesidad de un utillaje conceptual que podía encontrarse en la ética fue decisiva para revitalizar esta disciplina de la Filosofía que se debatía en cuestiones de fundamentación, muy apartadas de los problemas morales del ser humano en la realidad de finales del siglo XX (Toulmin, 1997).

La bioética, desde sus inicios, forma parte de las denominadas *éticas aplicadas* (junto con la ética económica y empresarial, la ética de la información, la ecoética, etc.), caracterizadas por su dimensión práctica de *saber obrar*.

Tanto en su dimensión epistemológica como institucional, el contexto histórico que vio nacer a la bioética es el de las sociedades occidentales de finales del siglo XX, caracterizadas por su carácter plural, necesitando del diálogo interdisciplinar y la deliberación por parte de todos los sectores implicados para sustituir la voz de la autoridad o del experto. Como señala Adela Cortina: “Afirmar que este tipo de reflexiones prácticas no encierra más novedad que la de los problemas que se presentan ahora y no se presentaron antes es no entender qué nos está ocurriendo a comienzos del siglo XXI. Porque lo bien cierto es que las éticas aplicadas configuran una *forma nueva de saber*” (Cortina y García-Marzá, 2003: 9-14).

### 3. La bioética fruto del diálogo racional, plural y crítico.

La dimensión histórica de la racionalidad es un punto de partida necesario en este apartado, puesto que cada época histórica se define por un tipo de racionalidad y la ética ha utilizado los presupuestos de esa racionalidad para dotarse de contenidos. De manera resumida, podemos distinguir, con Diego Gracia, tres tipos de racionalidad en la historia del pensamiento occidental: la racionalidad objetiva (típica del pensamiento naturalista griego), la racionalidad subjetiva (que surge con la modernidad y el *cogito* cartesiano, situando a la racionalidad subjetiva como punto de referencia) y la intersubjetiva (a partir de la crisis de la razón acaecida en el siglo XIX, y continuada en el XX, coincidiendo con la muerte de Hegel) (Gracia, 1998: 51-59).

Los juicios de valor o juicios morales tienen la consideración de probables, nunca de carácter absoluto siendo esta consideración propia de una racionalidad que surge con la crisis de la razón, con unos presupuestos sólo razonables, no completamente racionales. Desde esta perspectiva, en cualquier debate racional, nadie puede aspirar a una verdad total, de manera que todo debate racional es, necesariamente, plural.

Una tercera característica señalada en el epígrafe es el carácter crítico de la bioética. Esta es una peculiaridad irrenunciable de la razón. La racionalidad que vio nacer a la bioética no es absoluta, sino razonable y, por tanto, sometida a la posibilidad de la crítica. El pluralismo tiene como consecuencia la necesidad de confrontación crítica. Esta crítica supone que toda propuesta no está apoyada por razones y argumentos de igual peso; es decir, en el debate bioético no todas las opciones valen lo mismo.

#### 4. El método de la deliberación en bioética: el argumento genealógico

En la ética aristotélica la racionalidad moral no pertenece al nivel de la *episteme* o ciencia (entendida como un conocimiento cierto y universal sobre la realidad) sino al de la *doxa* u opinión. La opinión es probable, por tanto nunca absolutamente cierta, pero no por ello se convierte en irracional. Esta característica hace posible el desacuerdo, las opiniones diferentes (este es el significado del vocablo griego *pará-dóxa* o paradoja). Las cuestiones morales no son propias de juicios analíticos (de absoluta certeza), ni el método deductivo es el adecuado; al tratar con ellas utilizamos los juicios sintéticos (probables, nunca absolutos) que explican la posibilidad de pluralidad de opiniones en torno a un tema concreto, incluso su carácter paradójico.

En la terminología aristotélica, la *phrónesis*, es un conocimiento práctico o prudencial, un uso correcto de la razón en condiciones de incertidumbre. Y, el camino para realizar los juicios prudentes es la *boulesis*, la deliberación. Aristóteles entendió la deliberación como el procedimiento fundamental en ética. La razón práctica es deliberativa. Aristóteles dice que nadie delibera acerca de cosas que son invariables sino sobre las cosas que pueden realmente ser de otra manera. Diego Gracia se refiere a la deliberación como el método para resolución de problemas bioéticos. Considera que las situaciones de pérdida de control emocional y de angustia son las que nos llevan a tomar posturas extremas, de aceptación o rechazo totales, de amor u odio, convirtiendo los conflictos en dilemas, con sólo dos salidas, extremas y opuestas entre sí (Gracia y Júdez, 2004: 26-27).

5. La contradicción entre la figura del bioético como experto y la deliberación como ámbito y procedimiento de decisión colectiva en Bioética.

Desde sus inicios, la bioética se ha ido construyendo y aplicando en comités de participación múltiple e interdisciplinar, en las sociedades pluralistas de finales del siglo XX. Como apunta Victoria Camps en este tipo de sociedades no puede haber moralistas profesionales, siendo la moral una dimensión del comportamiento humano que no es exclusiva de nadie (Camps, 2001: 218-219).

Es necesario hacer una distinción entre dos figuras: por un lado el bioeticista o especialista sólo en cuestiones de Bioética y, por otro lado, los expertos procedentes de distintas disciplinas con formación para abordar las cuestiones morales propias de la Bioética. Lo que en este artículo se pretende defender es que no es imprescindible el primero, al que podemos denominar bioeticista o bioético (el experto en bioética, sólo en bioética), y sí son necesarios los expertos en distintas profesiones aportando diferentes enfoques sobre los problemas morales. Como señala Francesc Abel los que se denominan “bioeticistas” tendrían la misión de orientar la resolución de los problemas éticos que se presentan en la clínica cuando surge un conflicto de valores; es decir, su ámbito de actuación sería la propia de los comités de ética asistencial. Y añade: “Sin ánimo de minimizar la aportación de estos profesionales, considero que no son un recurso válido para sustituir con igual valor un comité interdisciplinar, capaz de deliberar aportando perspectivas desde la experiencia de los diversos profesionales sanitarios” (Abel, 2006: 81).

De esta manera, el experto en bioética es una figura que aparece a la misma vez que la Bioética compartiendo con ésta el carácter liberal y pragmático propio de la sociedad

norteamericana. Son profesionales que no son médicos obligatoriamente, pero con capacidad para analizar los temas de Ética médica. En los comienzos de la Bioética los bioéticos eran en su mayoría teólogos, pero poco a poco estos expertos fueron asumiendo una ideología secular y funciones cada vez más definidas: informes, consultas, actividades formativas, investigación y asesoramiento a los profesionales de la salud y a las instituciones (López de la Vieja, 2008a: 244).

El nacimiento y desarrollo de la Bioética y de la figura del experto bioético durante las primeras décadas se han orientado al consenso y al pragmatismo. Los acuerdos han reforzado, en un principio, un tipo de Bioética liberal y pragmática, centrada en el principio de autonomía y los resultados concretos, dando lugar a un modelo capaz de afrontar y superar con éxito relativo las tensiones internas de la disciplina. La contrapartida hubo de ser obviar los debates ideológicos.

La elaboración y aplicación al caso concreto de los contenidos de las éticas aplicadas no es función de ninguna persona individual, formando parte de una responsabilidad colectiva asumida por expertos en distintas materias en los diversos comités y comisiones de bioética. El paradigma de la complejidad propio de las sociedades contemporáneas nos parece contradictorio con la creación de un nuevo experto, el bioético o bioeticista, que vendría a anular el carácter interdisciplinario y moralmente pluralista de la bioética.

Desde finales de los noventa hasta nuestros días se ha ido debilitando la *pax bioética*, pasando de un escenario en el que primaban (tanto entre los expertos como en la disciplina) el consenso minimalista, el pragmatismo y la neutralidad ideológica (propios del



pragmatismo norteamericano que vio nacer a la disciplina) a otro en el que empiezan a imponerse análisis cada vez más comprometidos, acuerdos más densos y menos duraderos, con el objetivo y como consecuencia de dar entrada a los ciudadanos en los procesos de decisión. Se ha transitado desde una etapa inicial en la que primaban la defensa de los derechos fundamentales a la etapa actual en la que se tiene en cuenta la dimensión global de los agentes implicados consolidando el perfil internacional y pluralista de la Bioética. Podríamos hablar de una evolución de la Bioética de un enfoque liberal a otro cívico. O en otras palabras, la democratización de la Bioética frente al poder de los expertos tal y como constata López de la Vieja: “Es más que probable que el consenso de los expertos tenga que ser reemplazado por otro tipo de consenso, con bases más amplias, más “republicanas” por así decirlo. Es decir, con mayor participación de todos los afectados, sensible también a las diferencias y a las identidades. Un consenso más cosmopolita, más cívico en definitiva. Este nuevo tipo de consenso será más modesto, provisional. Tal vez esté menos centrado en los aspectos técnicos o en la opinión de los expertos, pero así favorecerá los acuerdos en la esfera pública. En suma, será el consenso de los ciudadanos, sin otra autoridad que su competencia moral” (López de la Vieja, 2008b: 54).

#### BIBLIOGRAFÍA.

Abel, Francesc (2006). “Comités de ética asistencial”, An. Sist. Sanit. Navar. Vol.29 (Suple. 3), pp.75-83.

Aristóteles (1999). *Ética a Nicómaco*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales.

Aubenque, Pierre (1999). *La prudencia en Aristóteles*. Barcelona: Crítica.

- Beauchamp, T. y Childress, J. (1999) *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson.
- Campillo, Antonio (2008). *El concepto de lo político en la sociedad global*. Barcelona: Herder.
- Camps, Victoria (2001). *Una vida de calidad. Reflexiones sobre bioética*. Barcelona: Ares y Mares.
- Camps, Victoria y Cortina, Adela (2007). “Las éticas aplicadas” en C. Gómez y J. Muguerza, *La aventura de la moralidad (paradigmas, fronteras y problemas de la ética)*. Madrid: Alianza Editorial.
- Cortina, Adela (1993). *Ética aplicada y democracia radical*. Madrid: Tecnos.
- Cortina, Adela (1996). “El estatuto de la ética aplicada. Hermenéutica crítica de las actividades humanas”, *Isegoría*, vol.13, pp.119-134.
- Cortina, Adela y Martínez, Emilio (1996). *Ética*. Madrid: Akal.
- Cortina, Adela y García-Marzá, Domingo (eds.) (2003). *Razón pública y éticas aplicadas*. Madrid: Tecnos.
- Ferrer, Juan José (2003). “Historia y fundamentos de los comités de ética”, en José Luís Martínez (ed.). *Comités de bioética*. Bilbao: Desclée de Brouwer y Universidad Pontificia de Comillas.
- García, Diego (2007). *El nacimiento de la bioética*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007.
- González, Juliana (2002). “Ética y Bioética”, *Isegoría*, vol.27, pp. 41-53.
- Gracia, Diego (1996) “Problemas éticos en medicina”, en O. Guariglia (Ed.), *Cuestiones morales*. Madrid: Trotta.

Gracia, Diego (1998). *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. Santa Fe de Bogotá: El Búho.

Gracia, Diego (2000). “La deliberación moral. El papel de las metodologías en ética clínica”, en A. Sarabia y M. Reyes (eds.), *Comités de Ética Asistencial*. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica.

Gracia, Diego (2003). “Teoría y práctica de los comités de ética”, en José Luís Martínez (ed.), *Comités de bioética*. Bilbao: Desclée de Brouwer y Universidad Pontificia de Comillas.

López de la Vieja, María Teresa (2002). ““Expertos” en Bioética”, *Isegoría*, vol.27, pp. 167-180.

López de la Vieja, María Teresa (2008a). “Bioética. El final del consenso”, *Azalea*, vol.10, pp.51-74.

López de la Vieja, María Teresa (2008b). *Bioética y ciudadanía. Nuevas fronteras de la Ética*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Luján, José Luís (1995). “Conflicto social, controversias científicas y debate ético. Sobre el contexto de la bioética”, *Isegoría*, vol.12, pp.172-180.

## Pluralismo moral y deliberación.

José Luis García Martínez\*

Fundación Oriol Urquijo – Universitat de València

**Resumen:** En el presente texto intentamos analizar el concepto de “pluralismo”, tomando como referencia a MacIntyre y su análisis en “Tras la virtud”. En el marco pluralista los conceptos morales presentados por la Ilustración funcionan, pero la imposibilidad de funcionar tal y como el proyecto ilustrado lo deseaba ha provocado un fracaso del mismo. La deliberación debiera llevarnos a la posibilidad de acuerdo que sustentara la decisión práctica y su acción. No obstante, el uso de un lenguaje incoherente en el plano moral es causa de un debate moral interminable que imposibilita el acuerdo.

Pluralismo, deliberación, MacIntyre, lenguaje.

**Abstract:** The main purpose of this paper is to analyze the concept of “pluralism”, proposed by MacIntyre in his work “After Virtue”. Within this context of pluralism the central moral concepts of the Enlightenment are at home, but the divorce between them is such that original projects of the Enlightenment have been frustrated. The aim of deliberation is to arrive at as large a measure as possible of agreement that will issue in effective practical decision-making. But the use of an incoherent language of morality is the cause of the interminable moral debate that makes the agreement impossible.

Pluralism, deliberation, MacIntyre, language.

### 1. Palabras más, palabras menos.

¿Qué sucede cuando alguien nos vincula a esta expresión? ¿Está señalando que da igual que una expresión tenga un número y unas palabras que otras? Parece que no, y defenderemos que la palabra es la proclama de nuestra relación en el mundo: no somos completos hasta que no tenemos voz, no eres en el lugar hasta que te dan la voz y, desgraciadamente, dejas de ser cuando tu voz se apaga. Y es que la voz nos vehicula con lo que nos rodea mágicamente, mostrándonos una realidad cuyos matices quedan refinados con las aristas que las palabras encubren. Unas palabras que nos enmarcan la realidad y que nos ordenan el pensamiento.

La palabra te inserta en la sociedad cuando nombras: “papá”. La palabra te integra cuando puedes empezar a preguntar: ¿por qué? La palabra se rebela cuando la das y no la cumples. Así que no es lo mismo palabras más que palabras menos. Con menos palabras se puede decir más que con muchas. Si da igual la cantidad de palabras que nombres, entonces es que no has dicho nada. Y si no dices nada mejor que estés callado (Wittgenstein, 2009).

La palabra te seduce con el calor que arroja o te rebela con los cuchillos que te lanza; te agranda y te hincha cuando penetra a través de la sonrisa que provoca; o te humilla con la losa que crea de la nada pero que te aplasta como si tuviera el todo. Somos lo que decimos y cómo lo decimos, y somos esclavos de nuestras palabras y dueños de lo que callamos. No da igual lo que dices, ni lo dicho ni lo que dirás. Porque hay palabras que dicen demasiado, otras que no dicen nada, otras que pasan sin pena ni gloria, y otras que te obligan por una vida.

Y la palabra es como es porque nombra. La forma de apalabrar la enseñanza es señalando y nombrando, y cuando la línea que proyecta el índice indicador coincide con lo referido miras al aprendiz y nombras con orgullo que lo marcado lo haces tuyo.

Los cuentos populares han resaltado la importancia de la palabra y cómo posee al nombrado el conocimiento de lo que se nombra (lo ecos bíblicos suenan claramente). ¿Podemos imaginar un mundo en el que lo que se nombra no estuviera claro? ¿Podemos imaginar un mundo en el que lo que se dice no sirve de nada? Si el mundo fuera así la palabra dejaría de tener todas las atribuciones que hemos señalado con anterioridad. ¿Y puede ser una palabra aquello que no nombra? ¿Es una palabra o meramente un conjunto de letras unidas al azar?

## 2. Palabras que no son como tales.

Ahora podemos presentar varios tipos de palabras. El científico demarca la realidad y la verifica; el poeta fuerza la realidad para, desde la palabra, transformarla en imágenes que evocan emoción (“¡Qué alegría más alta: / vivir en los pronombres!” señalaba Pedro Salinas); otros encierran las palabras en relaciones que regulan las vidas de los que vivimos bajo su influjo: el legislador. No da igual palabras más que palabras menos. De hecho, cuando mentimos, nuestra actividad mental es superior. Dicho de otra forma, dar a las palabras un uso diferente del que las legitima cuesta más, que es decir que cuesta mucho.

Las palabras incluso se pueden retorcer haciendo que digan lo que no quieren decir, algunos las torturan hasta que ya no pueden resistir y se venden enunciando algo que ellas no querían decir, algo para lo que no habían sido creadas y elegidas. Y las palabras saben que, a pesar de su oposición y debido a la fe que hemos depositado en ellas, nos engañarán. Y qué bella es la palabra alegre y sincera que se contonea armónicamente con el que la enuncia para que susurre el oído del destinatario. Y qué horrible es la palabra escupida viperinamente que se inocular en la mente del confiado receptor. Y es que a la corrupción del hombre le sigue la corrupción del lenguaje (Emerson). Si las escucháis, las palabras os dirán esto o algo parecido. No da igual palabras más que palabras menos.

La palabra que nombra no es puesta en duda, porque sólo al nombrarla ya está nombrando. Cuando digo “lápiz” estoy refiriendo al objeto que todos tenemos en la cabeza. Si entre varios objetos que tengo en la mesa de mi despacho indico a mi sobrino de 9 años que me traiga el lápiz es muy probable que, salvo que el lápiz sea un portaminas metálico con apariencia de bolígrafo, el encargo se realice con una gran probabilidad de éxito. Si

necesitara el lápiz y le dijera a mi sobrino que me lo trajera y él fuera intentando probar con uno u otro objeto trayéndolo ante mi presencia y preguntándome: “¿es esto un lápiz?” tendría que preocuparme. Todos consideramos que un niño de 9 años tiene la capacidad de reconocer un lápiz con la apariencia que suelen tener habitualmente estos objetos que llamamos lápices. En caso de no traérmelo tendría que preguntarme, en primer lugar, si los lápices que utilizan hoy en día no son para nada análogos o parecidos a mi imagen de lápiz. En el caso de que los lápices fueran tan diferentes mi sobrino seguiría en el equívoco y me vería impotente para poder explicarle cómo escoger el lápiz que se corresponde con mi imagen de lápiz. Pero este ejemplo es demasiado forzado.

Puede suceder, como me contaba mi tía hace unos días cuando ella y una amiga fueron a servir siendo casi niñas a una casa. Me contaba que a su amiga le encargaron entrar en la cocina y sacar la fuente para repartir las viandas. Ante la tardanza de la sirvienta los señores acudieron en su busca y la encontraron tirando del grifo. El miedo a no realizar de forma correcta uno de sus primeros encargos provocó esa situación.

Al igual que hemos tratado la relación de la palabra con el objeto que designa es el momento de hacernos cargo de palabras que no refieren a objetos (entendido en sentido extremadamente amplio). Algunas trasladan el pensamiento hacia objetos que existieron hace mucho (un dinosaurio) o hacia objetos que ni tan siquiera han existido (un unicornio). Pero las palabras pueden ir más allá, y señalar cuestiones que, sin ser materiales poseen la consideración de asunto relevante. En este aspecto entraría la valoración moral. Y algunas de esas palabras poseen, sin duda, el mismo sentido unívoco que el designador que

proclamaba “lápiz”. Cuando alguien aprueba una acción y asevera “eso está bien”, ¿tiene sentido decir que tiene un sentido unívoco?

### 3. Deliberación.

Aristóteles, en su libro III de la *Ética a Nicómaco*, nos dice que *la deliberación tiene lugar, pues, acerca de las cosas que suceden la mayoría de las veces de cierta manera, pero cuyo desenlace no es claro y de aquellas en que es indeterminado*. Dicho de otra manera, deliberamos sobre cuestiones que pueden ser de más de una manera, puesto que la determinación de la manera en la cosa haría de la deliberación algo efímero, puesto que reside en la misma estructura deliberativa el cuestionamiento de varios cursos de acción. Deliberar sobre algo que sólo puede ser de una manera sería una pérdida de tiempo, puesto que, a pesar de que consideremos la conveniencia de una acción diferente, la propia necesidad acabaría imponiéndose. Una necesidad que suele equipararse a aquello que no podemos variar. *Deliberamos, entonces, sobre lo que está en nuestro poder y es realizable* (por nosotros, aclara Aristóteles).

Y deliberación supone analizar los medios para conseguir el fin, *pero no deliberamos sobre los fines, sino sobre los medios que conducen a los fines*. Los fines y los bienes que aportan parecerían incontrovertibles. Buscar el bien y la felicidad no parecen cuestiones problemáticas, y podemos decir con cierta seguridad que todo sujeto racional puede estar de acuerdo en que estos bienes son deseables y deberían de procurarse los medios para conseguirlos. Todos tenemos claro en qué se concreta el bien al que llegar, ¿o no?



#### 4. Conflicto.

Hemos visto que la deliberación precisa que entre dos cursos de acción distintos e incompatibles tengamos buenas razones para defender cualquiera de los dos cursos. Promover buenas razones para cada acción puede ser tanto a través de una deliberación individual o de una deliberación colectiva. En la deliberación individual actuamos cómo si dialogáramos con nosotros mismos, dándonos y cuestionándonos esas mismas razones. Y ese diálogo lleva al sujeto a la obligación de no contradecirse en su foro interno, una posición en la que se faltaría al trato del hombre consigo mismo: no debe colocarse en una posición en la que haya de despreciarse a sí mismo. Moralmente hablando, ello debe bastar para distinguir lo que está bien de lo que está mal, además de hacer lo primero y evitar lo segundo. De esa forma se colocan los deberes que tiene el hombre consigo mismo por delante de los que tiene con los demás (MacIntyre, 1994).

Esta tradición, de raigambre claramente cognitivista y procedimentalista, fuera de la interpretación o evaluación que realicemos, ha dado lugar a la primera generación desde la aparición del cristianismo en Occidente, en que las masas, y no sólo una pequeña élite, han dejado de creer en “estados futuros” (como todavía los Padres Fundadores lo expresaron) y en que la gente (al parecer) acepta pensar en la conciencia como un órgano que reaccionará sin la esperanza de premios y castigos (Arendt, 2007). De esta forma hemos hecho nuestra la réplica que Sócrates realiza a Calicles, cuando le dice: “Sin embargo, yo creo, excelente amigo, que es mejor que mi lira esté desafinada y que desentone de mí, e igualmente el coro que yo dirija, y que muchos hombres no estén de acuerdo conmigo y me contradigan

antes de que yo, que no soy más que uno, esté en desacuerdo conmigo mismo y me contradiga”.

Y una vez que la opinión de los demás nos resulta fútil y que nos movemos en un campo en el que las cosas pueden ser de diferentes maneras y que diferentes maneras pueden ser exigibles por buenas razones desde diferentes individuos el conflicto en la deliberación colectiva resulta inevitable.

El conflicto es, por lo tanto, parte integrante de nuestras vidas. Y para que ese conflicto exista en el marco moral y sea susceptible de atención debe sustentarse desde personas que presentan diferentes creencias, proyecto y/o actitudes: ha de haber un pluralismo. Algunos, como Berlin, señala que los Grandes Bienes no pueden vivir juntos, y que renunciar al pluralismo es ser víctima de una miopía autoprovocada, de antojeras que pueden provocar satisfacción, pero no una comprensión del ser humano en la actualidad (Berlin, 1992). Otros, como puede ser Anders, observa que el pluralismo, en cuanto que están interesados en la verdad, no deberían de simpatizar con el pluralismo. El pluralismo se compondría de un policosmismo que derivaría en un acosmismo (Anders, 2007). Otros prefieren moverse en un terreno intermedio (Cortina, 2005) que permita vascular entre una sociedad moralmente politeísta (a lo Berlin) y una sociedad moralmente monista (a lo Anders) proponiendo una sociedad moralmente pluralista, como sería Cortina. Lo interesante de todas las posiciones señaladas es el diagnóstico que realizan de nuestra sociedad como pluralista, sea para algunos más deseable que para otros.

## 5. MacIntyre:

Uno de los autores que ha puesto de relieve los problemas de fundamentación para la moral que se derivan de un pluralismo mal entendido ha sido MacIntyre. En *Tras la Virtud* indicaba que el pluralismo se asentaba sobre una tradición emotivista. Aún así el tratamiento del conflicto en los colectivos le resulta recurrente, hasta defender la necesidad de gestión de los mismos si un colectivo quiere llegar a su mejor forma posible. Dos males pueden surgir ante la constatación de un conflicto. El primero de ellos es el mal de la supresión, de pensar que uno ha evitado el conflicto privando de un modo u otro a una de las partes que participan de él de los medios para expresar sus actitudes, sus preocupaciones y sus argumentos. El otro mal es el de la ruptura, el del tipo de desacuerdo y los modos de expresión de ese desacuerdo que destruyen la posibilidad de llegar a la clase de consenso necesaria para la toma de decisión compartida.

La historia de una sociedad cualquiera es, por tanto, en gran parte, la historia de un conflicto distendido o de un conjunto de conflictos (MacIntyre, 1994). Si finalmente conseguimos sentarnos para deliberar podemos tomar cuatro actitudes frente a las declaraciones de los demás (MacIntyre, 2008):

1. Podemos acogerlas de buen grado porque refuerzan nuestras conclusiones, o porque nos ayudan a reformular o a revisar esas conclusiones.
2. Podemos acogerlas porque contribuyen a un desacuerdo agudo, pero constructivo, al ofrecer razones convincentes para adoptar un punto de vista distinto e incompatible con el nuestro.

3. En un tercer caso podemos ver la declaración de alguien como algo no tan cooperativo como en los casos anteriores, pero aún así como algo que requiere una respuesta razonable en orden a convencer a quien la ha hecho, si es posible, por ejemplo, de que la dificultad que prevé no va a producirse , o de que el punto de vista expresado se basa en un malentendido fácilmente corregible.

4. Pero hay también otro tipo de declaración, ante la cual la única respuesta apropiada es excluir al hablante de la discusión, temporal o permanentemente. Lo que ha dicho ha arruinado su estatus de participante en la conversación. La declaración es intolerable.

Podemos encontrar sujetos que responderán con diferentes actitudes frente a las mismas acciones, y en este punto reside la clave del pluralismo. Un pluralismo monista se mostrará demasiado displicente en el momento de introducir argumentos en el cuarto grupo, mientras que un pluralismo politeísta, en sentido contrario, padecerá de graves reticencias a realizar un juicio del tipo que señalábamos en (4).

Y esta línea, la que separa lo que estamos dispuestos a tolerar de lo que nos negamos a tolerar siempre nos define. Y las posiciones extremas resultan graves. Pero si antes hemos indicado que el pluralismo contemporáneo en los colectivos próximos a nosotros padecía de multitud de diferencias, de formas de comprender el bien, quizá tendríamos que pensar que nos encontramos en el segundo caso, en un pluralismo mal entendido que tiende a tolerar de forma no justificada.

## 6. Reproche y lenguaje.

Hemos de hacernos cargo que la deliberación tiene, en el marco en el que tratamos un marcado carácter moral. Y que, si estamos tratando de deliberación moral, la forma en la que esta deliberación se muestra es en función del reproche y de la alabanza. Este aspecto nos lleva a un primer aspecto: hemos de analizar cómo canalizamos el reproche en la actualidad a través del lenguaje.

Primero hemos de indicar que parecería que el reproche que busca unificar los bienes a los que debe tender el colectivo se ha reducido. Más allá, el reproche se está cimentando sobre aquellas visiones que buscan una forma compartida (que no tolerada) de vida. Pero las resistencias a estos intentos son fuertes y nuestro lenguaje moral se ve lastrado por ellas.

Dos situaciones se proyectan sobre nuestro lenguaje moral. Por un lado, la imposibilidad de compartir formas de vida nos lleva a usar las palabras de forma distinta, e incluso en la deliberación podemos encontrar que se defienden distintas acciones recurriendo a las mismas palabras. Ello ha llevado a una imposibilidad de imponerse con argumentos, llevando a los sujetos a intentar imponer su criterio en forma de repetición continuada de su postura, cuando no recurriendo a figuras que intentan enmascarar la voluntad oculta del emisor de imponer su criterio evadiéndose de las reglas que debieran construir una deliberación deseable. Por otro lado cualquier cuestionamiento de que esto fuera así, de que debiéramos de movernos en un lenguaje que posibilitara llegar a acuerdos es tachado de totalitario, y cualquier apelación a univocidad de sentido suele ser eliminada al no ser tolerada por los adalides de una sociedad que defiende un pluralismo que ella

misma ha fomentado con enfoques emotivistas. Para éstos, puesto que la deliberación racional resulta imposible, la única manera de elegir entre diferentes cursos de acción es apelar a cuestiones lejanas de la deliberación racional, y mostrar que tras nuestras argumentaciones de apariencia moral se esconden exclusivamente preferencias personales. Unas preferencias personales que son para mí, pero que para el otro pueden ser diferentes. Y las palabras que tratan sobre la moral no hacen más sino que significar preferencias. Palabras que para cada uno significan cosas diferentes son palabras a medias, y si son palabras a medias no son palabras. Por otro lado, cualquier intento de lograr univocidad terminológica es tachado de totalitario, puesto que, al ofertar una palabra que significa claramente, construye el mundo en un sentido determinado. Como si esto fuera reprochable, como si a la palabra se la pudiera censurar que cumpla con su función.

Esta visión provoca dos formas de reducción del mundo, porque las palabras dejan de significar y porque las palabras se usan con miedo. Y si, como hemos indicado al principio, las palabras nos ofertan mundo, nos ofertan opciones a elegir, la reducción en el uso de palabras, ya por indeterminación o por miedo, conllevará una relación con el mundo carente de matices y un coste añadido en el momento de elegir.

---

#### NOTAS:

\* Este trabajo se incluye dentro del GIBUV y dentro del Proyecto financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación con referencia: FFI2008-06133/FISO con el nombre de "El reconocimiento recíproco como base de una bioética intercultural". Para contactar con el autor [joseluisgarcia32@gmail.com](mailto:joseluisgarcia32@gmail.com).

---

## BIBLIOGRAFÍA

- Anders, G. (2007). *Hombres sin Mundo: Escritos de arte y literatura*, Valencia: Pre-textos.
- Arendt, H. (2007). *Responsabilidad y juicio*, Barcelona: Paidós.
- Aristóteles (2000). *Ética Nicomáquea*, Madrid: Gredos.
- Berlin, I. (1992). “La persecución del ideal”, en *El fuste torcido de la humanidad*, Barcelona: Edicions 62.
- Cortina, A. (2005). *Ciudadanos del mundo*, Madrid: Alianza Editorial.
- MacIntyre, A. (1987). *Tras la virtud*, Barcelona: Crítica.
- MacIntyre, A. (2008). *Ética y Política: Ensayos escogidos II*, Granada: Nuevo Inicio.
- MacIntyre, A. (1994). *Justicia y Racionalidad*, Eiuinsa, Barcelona.
- Platón (2000). *Diálogos II*, Madrid: Gredos.
- Wittgenstein, L. (2009). “Tractatus lógico-philosophicus”, en *Wittgenstein I*, Madrid: Gredos.

# Democracia deliberativa, democracia participativa y derechos fundamentales

José Mateos Martínez.

Universidad de Murcia.

**Resumen:** La democracia requiere, por su propia naturaleza y fines, un origen deliberativo que dote a las decisiones tomadas del mayor rigor racional y, consiguientemente, utilidad; así como una institucionalización de todas las vías factibles para maximizar la participación popular, inspirada por la anterior deliberación. En la presente comunicación analizaremos la necesaria naturaleza deliberativa y participativa de toda democracia que desee alcanzar su máximo desarrollo, así como diversos ejemplos de técnicas jurídico-positivas destinadas a lograr tal fin.

Democracia, deliberación, participación, derechos.

**Abstract:** The democracy needs, for its own nature and aims, a deliberative origin that provides to the decisions taken of the major rigor rational and, consequent, usefulness; as well as an institutionalization of all the feasible ways to maximize the popular participation inspired by the previous deliberation. In the present communication we will analyze the necessary deliberative and participative nature of all democracy that wants to reach his maximum development, as well as diverse examples of juridical - positive techniques destined to achieve such an aim.

Democracy, deliberation, participation, rights.

## 1. Una breve introducción.

En las siguientes líneas pretendemos destacar la necesidad de una democracia deliberativa y participativa a la hora de lograr un modelo político verdaderamente democrático y capaz de maximizar las probabilidades de justicia en el Derecho. Como sostiene Allegretti “Una democracia en tiempo real no es democracia sino demagogia (...), la democracia se debe basar en discusiones maduras entre los particulares, debe necesariamente fundarse sobre una discusión...horizontal” (Allegretti, 2009: 342), por lo que el carácter deliberativo es presupuesto imprescindible de toda democracia.

De otra parte, la democracia participativa y sus resortes para extender la participación popular en el gobierno más allá de las elecciones periódicas, representa sin duda un elemento esencial para la calidad democrática, pero debe destacarse que, sin deliberación, la participación directa se reduce a una mascarada plebiscitaria, a la vez que la deliberación, sin más plasmación práctica que unas elecciones cada cuatro años, ve drásticamente reducida su influencia positiva sobre la realidad política. Por ello, un



modelo de democracia deliberativa y participativa constituye la mejor vía para asegurar una democracia auténtica, legítima y con todos los beneficios para el buen gobierno que se derivan del diálogo colectivo. A continuación analizaremos, con la brevedad que exige el espacio disponible pero también con el máximo detalle posible, los conceptos de democracia deliberativa y participativa, junto con las más recientes y comprometidas técnicas para su desarrollo reflejadas en el Derecho positivo actual.

## 2. Democracia deliberativa:

### 2.1 Análisis del concepto y su inherencia a la auténtica democracia:

El necesario carácter deliberativo de la democracia se basa en la evidencia de que “las personas no se gobiernan por sí mismas, si carecen de la información que necesitan para tomar decisiones inteligentes, o se les escatima la crítica que necesitan para juzgar de forma efectiva el grado de cumplimiento de sus representantes” (Dworkin, 2008: 193).

Hablamos de una doble influencia deliberativa: en primer lugar, el pueblo debe ser plenamente consciente de la realidad de los asuntos públicos y las alternativas que tiene para decidir sobre ellos. Por tanto, a la hora de emitir su voto, el ciudadano ha de contar con los elementos que precisa para hacerlo con rigor, fruto de la información y el intercambio de opiniones en el debate público del que tiene derecho a ser partícipe. En segundo lugar, la deliberación pública traslada necesariamente el debate ciudadano y sus virtudes al Parlamento. Si la ciudadanía es exigente en la reclamación de soluciones fundadas, solventes y dialogadas a sus problemas, la clase política no tendrá otro remedio que abandonar la demagogia y convertir su actividad en un proceso transparente y apoyado en la justificación argumentativa.

Mediante la democracia deliberativa, el Derecho encuentra una imprescindible fuente de legitimidad, consecuencia de la calidad racional de los acuerdos y de la convergencia de voluntades en torno a ellos. En palabras de Habermas “El Estado Constitucional moderno sólo puede esperar la obediencia de sus ciudadanos a la ley si, y en la medida en que, (ésta) se apoya sobre principios dignos de reconocimiento a cuya luz (...) pueda justificarse como legítimo lo que es legal” (Habermas, 2002b: 81).

En cuanto a las condiciones precisas para asegurar el rigor deliberativo del debate público, Habermas defiende un diálogo donde nadie sea excluido, existan idénticas posibilidades de hablar y ser escuchado, los participantes actúen de buena fe y buscando la verdad, y ningún interlocutor sea coaccionado para guardar silencio o apoyar posturas que no comparte (Habermas, 2002a: 56). Autores como Alexy aceptan a grandes rasgos el modelo citado (Alexy, 2010: 54)

Sin embargo, el resultado de esta deliberación no puede ser cualquiera. Como afirma Bongiovanni, refiriéndose al pensamiento de Alexy, los derechos fundamentales son a la vez “presupuestos y éxitos del discurso” (Bongiovanni, 2000: 216). En palabras del propio Alexy “la identidad de un sistema jurídico racional está determinada tanto por propiedades universales como por propiedades contingentes” (Alexy, 2010: 75). El respeto de los derechos fundamentales de la persona como elemento inherente a todo sistema jurídico válido asegura la corrección material de éste, pero a la vez garantiza los presupuestos básicos de la deliberación, pues sin estos derechos es imposible que el ciudadano alcance la posición que le permite ser parte de la misma con un mínimo rigor.

Sin formación intelectual y cultural ni aseguramiento de los derechos sociales que aparten al individuo del sufrimiento y la marginación que anularán su potencial crítico y participativo, la democracia deliberativa es imposible. En tal sentido, Habermas reconoce que “la esencia de los derechos humanos reside en las condiciones

formales para la institucionalización legal de los procesos discursivos de formación de opinión y voluntad, a través de los cuales la soberanía del pueblo puede ser ejercida” (Habermas, 1994: 230).

## 2.2 Experiencias legislativas de democracia deliberativa.

Las medidas para el fomento de la deliberación pública deben comenzar con la educación de la juventud. En este sentido, Dworkin propone introducir “un curso de política contemporánea en el programa de estudios de todos los centros de enseñanza media” donde se planteen las cuestiones que hoy son objeto de polémica política “más acalorada” para inscribir esos problemas en las diversas interpretaciones de los principios morales y constitucionales que es previsible que los alumnos acepten (Dworkin, 2008: 187).

Así, diversos países europeos han instaurado asignaturas específicas destinadas al debate sobre los asuntos públicos (aparte de la inculcación de valores básicos de ciudadanía) como Francia (programas de Educación Cívica) Inglaterra (*Cityzenship*) o España (la asignatura de Educación para la Ciudadanía), si bien esto no debe degenerar en un adoctrinamiento que inculque ideologías concretas más allá de los valores democráticos y de respeto a la dignidad de la persona.

Por otro lado, son objetivos de importancia fundamental el pluralismo informativo y la participación popular en los medios de comunicación, con el fin de que todas las sensibilidades sociales queden representadas y la manipulación de las informaciones no aisle a la ciudadanía del conocimiento de sus problemas y las soluciones a los mismos. En este sentido, algunas constituciones, como la boliviana, recogen en su articulado medidas precisas para promover tales fines. Así, el art. 107.3 prohíbe los monopolios u oligopolios de los medios de comunicación social y el art. 107.4 consagra el

compromiso del Estado de fomentar la creación de medios de comunicación comunitarios “en igualdad de condiciones y oportunidades” con respecto a los privados.

Veamos el desarrollo legislativo de estos objetivos analizando el ejemplo venezolano. En Venezuela, el art. 12 de la Ley de Responsabilidad Social de Televisión y Radio crea las organizaciones de usuarios de radio y televisión con amplísimas potestades destinadas a garantizar el pluralismo informativo y la participación popular en los medios, entre las que destaca “Participar en el proceso de formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas destinadas a la educación para la percepción crítica de los mensajes difundidos por los servicios de radio y televisión” (art. 12.5). La creación de estas organizaciones está sometida a una serie de requisitos, que buscan asegurar su independencia de los centros de poder político y económico (no podrán tener fin de lucro, sus integrantes no podrán tener intereses económicos ni cargos en los medios de comunicación, y tampoco podrán recibir ayudas o subvenciones de entes públicos o privados que puedan condicionarles).

El art. 13 de la misma Ley crea la figura del productor nacional independiente (persona física o jurídica), ajeno a las cadenas de radio y televisión y al gobierno (no puede ser ni funcionario público dependiente de los órganos destinados a hacer cumplir la ley ni empleado o accionista de las cadenas si es persona física, estando sometido a análogos requisitos si es persona jurídica). Mediante esta categoría se pretende que el ciudadano, no vinculado al poder político ni a las grandes empresas mediáticas, pueda participar en los medios de comunicación creando sus programas.

En el art. 15 de la Ley se establece una Comisión de Programación y Asignación de Producción Nacional, la cual tendrá por función establecer los mecanismos y las condiciones de asignación de los espacios a los productores nacionales independientes, persiguiendo “la democratización del espectro radioeléctrico, la pluralidad, la libertad

de creación y el aseguramiento de condiciones efectivas de competencia”. Para garantizar su pluralismo, la comisión estará integrada por un representante del organismo rector en materia de comunicación e información del Ejecutivo Nacional, quien la presidirá, un representante de los prestadores de servicios de televisión, un representante de los productores nacionales independientes y un representante de las organizaciones de usuarios.

La normativa asegura una presencia suficiente de los programas de producción nacional independiente en televisión y radio y prevé medidas para evitar el trato de favor en la asignación de espacios, que pueda degenerar en una presencia excesiva de determinados productores. Así, el art. 14 de la ley asegura “un mínimo de siete horas de programas de producción nacional, de las cuales un mínimo de cuatro horas será de producción nacional independiente. Igualmente, deberán difundir diariamente, durante el horario supervisado, un mínimo de tres horas de programas de producción nacional, de los cuales un mínimo de una hora y media será de producción nacional independiente”, y “En ningún caso, un mismo productor nacional independiente podrá ocupar más de veinte por ciento del período de difusión semanal que corresponda a la producción nacional independiente de un mismo prestador de servicios de radio o televisión”.

Concluyendo este apartado, debemos destacar que el art. 16 de la Ley de Responsabilidad Social de Televisión y Radio prevé la figura de los prestadores de servicios de radio y televisión comunitarios de servicio público sin fines de lucro, cuyo fin es acoger y fomentar el diálogo, la participación y la información sobre los asuntos relativos a una determinada comunidad popular (municipios o comunidades indígenas, por ejemplo). A través de esta figura se logra establecer un marco de discusión y

análisis informativo más reducido y próximo a las inquietudes de las pequeñas comunidades, que constituye una excelente vía para interesarles en los asuntos públicos.

Dejando aparte las amenazas a la libertad de expresión que, a consecuencia de otras disposiciones normativas, hoy existen en Venezuela, consideramos que el modelo descrito constituye una magnífica forma de fomentar la deliberación pública, usando la innegable influencia mediática.

### 3. Democracia participativa.

#### 3.1 Un sucinto análisis del concepto.

Mientras se potencia la información y formación política del ciudadano, analizada en las líneas precedentes, resulta también imprescindible que se construyan los cauces precisos para que cada individuo ejerza su legítima influencia en los asuntos públicos sin que ésta quede circunscrita a una cita con las urnas por legislatura. Debemos partir de la premisa de que el representante político no es sino un intermediario circunstancial entre ciudadanía y poder, siendo el pueblo el verdadero titular de la soberanía. Por consiguiente el ciudadano debe emplear su poder de gobierno de forma directa, siempre que no resulte imposible por razones prácticas, evitando así que una élite reducida (y muchas veces entregada a sus intereses particulares) monopolice el gobierno considerándose prácticamente inmune al sentir popular.

Afirma Mascotto, definiendo la democracia participativa o directa, que “Constituyen verdaderos instrumentos de democracia directa aquellos derechos del pueblo o de una parte del mismo de participar en la elaboración y adopción de medidas legislativas, con éxito vinculante para la autoridad” (Mascotto, 1997, p. 89). A esta participación, a través de instrumentos como el referéndum vinculante o los presupuestos municipales participativos, se une la capacidad para revocar el mandato de

sus representantes cuando éstos traicionen los compromisos electorales que realizaron. Veamos a continuación diversos ejemplos del desarrollo jurídico-positivo de estas medidas.

### 3.2 La democracia participativa en el Derecho positivo.

En el art. 70 de la constitución venezolana pueden observarse algunos de los instrumentos de democracia participativa más evolucionados de la actualidad: “refrendo, consulta popular, revocación de mandato, iniciativas legislativa constitucional y constituyente, cabildo abierto y asamblea de ciudadanos”. Muchas de estas medidas son desarrolladas en la propia constitución, evidenciándose así el compromiso del constituyente a favor de la democracia participativa.

Así, la revocación de mandato, prevista en el art. 72, otorga al elector el derecho, inexistente en Europa, de anular el mandato de los representantes políticos elegidos unipersonalmente, pero también de los miembros de órganos colegiados (aunque en este último caso se remite al desarrollo extraconstitucional que se haga de tal derecho), cuando haya transcurrido la mitad de su mandato. Si el 20% de los electores lo solicitan, se convocará un refrendo y, si el representante recibe más votos en contra de los que en su día obtuvo a su favor, será revocado.

Por otra parte, y en virtud del art. 74 de la Constitución Venezolana, la ciudadanía podrá revocar las leyes del parlamento mediante refrendo solicitado por el 10% del cuerpo electoral, y los decretos-ley presidenciales a través de un refrendo que tan sólo deberá ser solicitado por el 5% de los electores. Ciertas materias, como la presupuestaria, quedan excluidas de esta medida, pero sin duda supera con creces la más osadas iniciativas de participación popular institucionalizadas en Europa.

Centrándonos ahora en el ámbito municipal, el art. 184.2 del texto constitucional garantiza la participación ciudadana en la configuración de los presupuestos a través de sus propuestas. El presupuesto participativo se recoge también en la Ley de los Consejos Locales de Planificación Pública. Estos consejos integran a representantes del ayuntamiento y de las comunidades vecinales, indígenas o de asociaciones civiles que representan a los distintos sectores sociales (educación, transporte, ecología...) llamadas todas ellas “comunidades organizadas” según el art. 2 de la ley.

Allí se plantea el presupuesto participativo como una obra en la que participan los representantes municipales y las comunidades organizadas presentando sus proyectos a financiar. El art. 15 de la ley establece que el presupuesto deberá cubrir los proyectos prioritarios planteados por las comunidades. El consejo remitirá a la cámara municipal su proyecto presupuestario, la cual, si quiere modificarlo, deberá argumentarlo conforme a Derecho, quedando aprobado en caso contrario el presupuesto original del consejo (art. 18).

Centrémonos ahora en el ámbito europeo. Aquí, el único ejemplo destacable de democracia participativa se encuentra en Suiza. En este país existe la figura del referéndum, en virtud de la cual un grupo de ciudadanos puede reclamar la derogación de alguna ley que haya sido aprobada por el Parlamento, si consigue reunir más de 50.000 firmas contra ésta en un plazo de cien días. Si lo logra, se lleva a cabo una votación nacional donde se decide por mayoría simple si la ley es rechazada o no. Ocho Cantones unidos también pueden realizar un referéndum para la aprobación de alguna ley federal.

De otra parte, numerosos municipios suizos, el órgano legislativo “se confunde con el pueblo” votándose en asamblea (donde cada ciudadano tiene iniciativa popular) las normas municipales. En muchos municipios estas asambleas coexisten con un



Parlamento electo (Mascotto, 1997: 90) y existe también la figura del referéndum municipal obligatorio para determinadas materias como la ordenación territorial, y facultativo para el resto de temas competencia del Parlamento municipal. A nivel de Cantón el referéndum constitucional obligatorio está presente en todos ellos, y también prolifera la figura del referéndum facultativo para muchas materias (Mascotto, 1997: 91). La iniciativa legislativa popular es otro de los instrumentos de democracia directa en Suiza y obliga al Parlamento de los Cantones a decidir sobre la materia planteada. Si refuta la petición popular, “el pueblo es casi siempre llamado a decidir” sobre la misma, pese al carácter teóricamente no vinculante de esta figura (Mascotto, 1997: 92).

En el resto de Europa, y a efectos de democracia participativa, tan sólo podemos hablar de algún proyecto testimonial. Un ejemplo son las conferencias de ciudadanos. Como explica Cotturri, en estas experiencias “pocas decenas de personas, bien informadas y elegidas por sexo, edad, profesión (con el fin de reflejar la composición de la comunidad local) son llamadas en Dinamarca y, experimentalmente, en Francia, a realizar “conferencias de ciudadanos” sobre grandes cuestiones” a cuyas conclusiones las autoridades deben atenerse, si bien tales métodos tienen el problema de la “relevancia cuantitativa de la participación” y del control sobre el grado de respeto del poder político hacia tales conclusiones (Cotturri, 2005: 30).

## BIBLIOGRAFÍA

- Alexy, R. (2010). *La institucionalización de la justicia*, Comares, Granada.
- Allegretti, U. (2009). *L'amministrazione dall'attuazione costituzionale alla democrazia partecipativa*, Giuffrè, Milano
- Bongiovanni, G., (2000). *Teorie “costituzionalistiche” del diritto. Morale, diritto e interpretazione in R. Alexy e R. Dworkin*, CLUEB, Bologna.

Cotturri, G., (2005). "La democrazia partecipativa", en *Democrazia e diritto*, nº1/05, pp. 27-40.

Dworkin, R., (2008). *La democrazia posible*, Paidós.

Habermas, J., (2002b). *Acción comunicativa y razón sin transcendencia*, Paidós, Barcelona

Habermas, J., (1994) "Derechos humanos y soberanía popular: la concepción liberal y republicana, trad. di Jesús González Amuchastegui", en *Derechos y Libertades*, n. 3, Univ. Carlos III, Madrid, pp. 215-230.

Habermas, J., (2002a). "Otoño de 1983 o la neutralización moral del derecho", en *Ensayos políticos*. Barcelona: Ediciones Península, pp. 69–128.

Mascotto, C., (1997). "Democrazia diretta e federalismo: quale integrazione?", en *Democrazia e diritto*, nº 1/97, pp. 81-100.

# Cómo enriquecer la deliberación pública desde las diferencias.

Pedo Jesús Pérez Zafrilla.\*

Universidad de Valencia

**Resumen:** La democracia deliberativa articula una forma de participación política asentada sobre la defensa pública de las diferentes propuestas. Sin embargo, el proceso deliberativo debe establecer qué razones son aceptables dentro de la esfera pública. A este respecto, los autores de la democracia deliberativa entienden que esas razones aceptables serán las basadas en valores políticos o seculares, compartidos por todos los ciudadanos, quedando fuera del debate público las razones religiosas. En esta comunicación intentaremos defender que dicha pretensión es contraria a los elementos fundamentales que caracterizan a esta misma teoría de la democracia.

Democracia deliberativa, pluralismo, razón pública, razones religiosas.

**Abstract:** Deliberative democracy articulates a way of political participation based on the public defence of each proposal. However, the deliberative process should establish which reasons are acceptable within the public sphere. In this sense, the authors of the deliberative democracy understand that the acceptable reasons are the reasons based on political or secular values, shared by all citizens, leaving outside the religious reasons. In this paper we will try to defend that this aim is contrary to the core elements that characterize this theory of democracy.

Deliberative democracy, pluralism, public reason, religious reasons

## 1. Introducción.

La democracia deliberativa constituye un innovador modelo de democracia surgido a comienzos de los años ochenta de la mano de autores como Benjamin Barber o Joshua Cohen, entre otros. El núcleo central de esta teoría política lo representa su fuerte oposición a la corriente elitista del liberalismo, la cual entendía la participación política de los ciudadanos en el voto secreto y la agregación de intereses egoístas (Schumpeter, 1984: 132). Frente a esta concepción, la democracia deliberativa concibe la participación en un sentido público y deliberativo, de tal forma que los ciudadanos deban esgrimir razones públicas que justifiquen su apoyo a las diferentes propuestas.

La idea central de la democracia deliberativa es que las decisiones políticas, para ser legítimas, deben justificarse mediante razones que todos los ciudadanos puedan aceptar (Gaus, 1997: 209; Richardson, 2002: 149). Se requiere, por tanto, el

establecimiento de un debate entre los ciudadanos de tal forma que sea posible obtener el consentimiento de una mayoría de ellos. Esto es así ya que en las sociedades democráticas es el consentimiento de los ciudadanos la fuente de la legitimidad política.

Ahora bien, si la democracia deliberativa basa el proceso político en la justificación pública, por oposición al sistema que se asienta sobre el voto secreto, la pregunta que surge es la siguiente: ¿qué tipo de razones serían aceptables en dicho proceso? En un principio parece lógico pensar que no serían válidas aquellas razones asentadas en el autointerés. Nadie aceptaría que alguien dijera “debe aprobarse esta medida porque me beneficia a mí”. No obstante, los autores de la democracia deliberativa van más allá. Desde esta teoría de la democracia se asienta el razonamiento público sobre una base compartida de deliberación que parte de la prioridad de lo justo (valores políticos, derechos y oportunidades) sobre los valores perfeccionistas. Es decir, se requiere que las razones ofrecidas respeten los derechos fundamentales de los ciudadanos. Pero no sólo eso. Exigen además, que las razones ofrecidas sean “públicas” (Rawls, 1996: 251). Esto significa que deben ser razones basadas en los valores políticos de la cultura política democrática, como la libertad, la igualdad o la tolerancia; pero no se admitirían, por el contrario, las razones basadas en una doctrina comprehensiva, y en particular una confesión religiosa. Ello es así ya que si la política se determinara por razones no públicas, es decir, de acuerdo a los dictados de una confesión religiosa, muchos individuos podrían perder sus libertades, ya que primarían sobre sus derechos personales unas consideraciones del bien que no comparten. Por ese motivo la participación debe asentarse en razones públicas, que por definición serán razones compartidas por todos. Esta es una idea central que comparte la práctica totalidad de los autores de la democracia deliberativa (Gaus, 1997: 205).

## 2. La democracia deliberativa frente al pluralismo moral.

Este es sin duda un planteamiento bastante restrictivo para lo que hace a la presencia de las convicciones religiosas en la esfera pública que estos autores han intentado defender de maneras similares. Según entienden, las razones ofrecidas deberían ser unas que tengan en cuenta la situación del resto de personas (para mostrarles con ello respeto), y no sólo los intereses de un grupo concreto. Este es un motivo por el que las razones religiosas no son aceptadas en la deliberación pública dentro de la democracia deliberativa. En una sociedad pluralista, las razones religiosas no pueden convencer más que a los miembros de ese mismo grupo de fe, a la vez que generarán un gran rechazo entre otras personas, seculares y de otras confesiones. Así, cuando alguien defiende una medida por razones religiosas, él es consciente de que la está apoyando por razones que otros ciudadanos podrían razonablemente rechazar. En consecuencia, esa persona está violando el deber de respeto mutuo exigido por autores de la democracia deliberativa como Gutmann y Thompson o Richardson, pues el respeto hacia otros lleva consigo el ofrecer razones que ellos puedan aceptar (Richardson, 2002: 81; Gutmann y Thompson, 2004: 133-138).

La idea latente entre autores como Gutmann y Thompson, David Crocker o incluso el mismo Habermas, es que los creyentes no piensan en el resto de ciudadanos, sino sólo en sus deberes religiosos, cuando toman decisiones políticas sobre la base de sus convicciones religiosas. Además, dado que diversas personas poseen una concepción diferente de la naturaleza de esos mandatos divinos, no serán aceptadas las convicciones de otros como base legítima para la toma de decisiones políticas, dado el profundo desacuerdo que divide a los creyentes de los seculares, así como a los creyentes entre sí.

Por otro lado, como en las sociedades pluralistas no existe un acuerdo en torno a qué religión sea la verdadera, las convicciones religiosas son consideradas un fenómeno privado. Esto hace que nadie esté legitimado para imponer las suyas sobre otros. Es decir, las convicciones religiosas son asimiladas a las preferencias personales, quedando lejos de las razones públicas genuinas aceptables para todos en una democracia deliberativa para fundar el ejercicio de la acción estatal. En este sentido, Thomas Christiano defiende en su *The rule of the many* que los grupos religiosos no procuran intereses universalizables sino sólo particulares. En paralelo, John Dryzek (2000: 23) excluye a los grupos religiosos de la esfera pública por esa misma razón.

Esto último nos conduce a un tercer argumento esgrimido desde esta teoría de la democracia. Si en una sociedad pluralista las personas saben que las razones religiosas no son válidas para convencer a otros, entonces quien apoya una medida política por razones religiosas pretende imponer sus convicciones sobre otros. Esta es una idea defendida por Habermas, en su reciente libro *Entre naturalismo y religión*. En él acepta la presencia de las razones religiosas en la esfera pública informal, la sociedad civil, pero no en la formal, referente al aparato institucional. Efectivamente, para Habermas la sociedad civil constituye una esfera polifónica donde pueden ser escuchadas sin restricción ni discriminación diversas voces, tanto de grupos religiosos como seculares. Sin embargo, el ámbito institucional constituye el dominio de las decisiones políticas que afectan a todos. Por ello, siguiendo el principio liberal de legitimidad, se requerirá el consentimiento de todos los afectados. De ahí que las justificaciones que se ofrezcan de las decisiones políticas deban ser aceptables para todos. En consecuencia, entiende que si una mayoría religiosa en una sociedad defendiera una medida política sobre la base de sus convicciones, el Estado se convertiría en el órgano ejecutor de esa mayoría

religiosa para imponer su voluntad sobre la oposición (Habermas, 2006: 141-2; Habermas 2008: 7).

Habermas, coincidiendo aquí con Robert Audi, un autor liberal, defenderá que en la esfera pública política deben presentarse sólo razones seculares, para obtener el consentimiento de todos los ciudadanos y evitar la imposición de las convicciones religiosas sobre el conjunto de la sociedad. Pero de este modo, Habermas está asumiendo otro de los supuestos liberales: que lo secular es compartido por todos, mientras que lo religioso es sectario y divisivo, y debe por ello la política asentarse sobre el primero y restringir la presencia de las razones religiosas en la arena pública institucional.

Amy Gutmann apoya también esta distinción. En su libro *La educación democrática* rechaza la pretensión de los fundamentalistas de que se permita a sus hijos estudiar el Creacionismo en lugar del Evolucionismo ya que éste último contradice su fe. Frente a esta exigencia, Gutmann argumenta que si la aceptáramos estaríamos equiparando el saber científico y una creencia religiosa fanática. Además, en una sociedad pluralista moderna, los modos de razonamiento deben ser compartidos por todos los ciudadanos, y sucede que el único razonamiento compartido disponible es el de tipo secular. Por el contrario, el Evolucionismo no puede ser aceptado por muchos ciudadanos debido a su naturaleza sectaria y a que se basa en unas creencias religiosas particulares (Gutmann, 2001: 133-6). Por consiguiente, nos encontramos con que para Gutmann el pensamiento secular es compartido, mientras que la religión es percibida como particular e incluso sectaria en el marco de una democracia deliberativa.

### 3. Por una nueva concepción del pluralismo en la democracia deliberativa.

No obstante, este planteamiento tan restrictivo mantenido desde la democracia deliberativa no parece asumible en los contextos de pluralismo moral. Esto se muestra de una forma clara si atendemos a uno de los elementos fundamentales que dan cuerpo a esta teoría de la democracia: la idea de persona razonable. Este concepto fue desarrollado principalmente por John Rawls. Según este pensador, la persona razonable es, por definición, aquella que reconoce la prioridad de la justicia y no trata de imponer sus convicciones sobre otros ciudadanos (Rawls, 1996: 125). Esta concepción de la persona razonable es esencial dentro de la democracia deliberativa, sobre todo por lo que hace a los autores más próximos a Rawls, como Gutmann y Thompson o Richardson.

La persona razonable dentro de esta teoría de la democracia es aquella que se muestra receptiva a debatir con los otros y a reconocer que los argumentos y posiciones de éstos pueden ser mejores que los propios. Las personas razonables otorgan un valor moral a los argumentos expuestos por el resto de personas razonables al considerar a éstas comprometidas con el bien común. Dicho de otro modo, el reconocimiento del otro como un ser moral debe pasar también por el reconocimiento del valor moral de sus razones en el debate público. Por último, los ciudadanos razonables no son unos hipócritas que presentan unas propuestas para el bien común con la única intención de ocultar sus intereses egoístas. Son, por el contrario, individuos que se preocupan por el bien común.

En consecuencia, en una sociedad con pluralismo razonable, en la que todas las personas reconocen la prioridad de la justicia sobre el bien, todas mantendrán posturas razonables, y por lo tanto, todas sus razones ofrecidas para defender sus posiciones deberán ser merecedoras de respeto por parte de todos los ciudadanos. Así también, una



sociedad compuesta por personas razonables debe estar abierta a las diferentes contribuciones que se lleven a cabo en el debate público para el logro del bien común sin prejuzgar cuál es su fuente.

Ahora bien, esta tesis arroja cuatro implicaciones fundamentales para la idea de razón pública: En primer lugar, el reconocimiento de del valor moral de las razones de los otros sólo será posible si se produce un giro en el planteamiento dado a la idea de respeto. Para los autores liberales es el hablante quien debe someterse a unos criterios de respeto a la hora de expresar sus razones en público, puesto que respetar al otro implica ofrecer razones que éste pueda aceptar. En cambio, autores como Douglas Smith (1997: 1.605), e incluso algún autor próximo al liberalismo como Lawrence Solum (1989: 1.097), pondrán el acento en una ética de la escucha, para que el oyente intente reconocer lo que pueda haber de provechoso para el bien común en los razonamientos que hacen las distintas personas desde sus convicciones comprensivas. Este es sin duda un requisito previo a todo proceso deliberativo para poder ser inclusivo, en palabras de Habermas, que todos los ciudadanos “no excluyan el posible contenido cognitivo de estas contribuciones (las religiosas)” (Habermas, 2006: 147). Y este reconocimiento sólo será posible si aceptamos la posibilidad de la comprensión mutua desde esquemas cognitivos diferentes.

Dicho esto, si todos poseemos una abierta disposición a reconocer un cierto valor moral en las perspectivas diferentes a la nuestra (al no presuponerles una intención espuria), un argumento para aceptar la inclusión de las razones religiosas en la esfera pública es que éstas contribuyen a enriquecer el debate y la misma razón pública. No es que las personas al intervenir pretendan intencionadamente reforzar la razón pública, como piensa Rawls (1.996: 261), sino que la refuerzan de una forma natural al introducir sus argumentos. Ello es así ya que permitir un número mayor de

contribuciones supone, para los autores antes citados, enriquecer el debate público con nuevas perspectivas que arrojen luz sobre los asuntos tratados. Puede ser que haya soluciones a los problemas que pasen desapercibidas al conjunto de ciudadanos y que sea algún grupo concreto, desde su enfoque particular, quien pueda aportar esa alternativa que contribuya a su resolución. Una razón pública en la que pueden participar todas las personas razonables desde sus propios posicionamientos resulta sin duda una razón pública más rica y fructífera en la resolución de asuntos que aquella que desde el principio restringe la entrada de ciertos argumentos sin ni siquiera tener en cuenta su razonabilidad (Hollenbach 1991: 103; Wolterstorff, 1997: 110-111).

En tercer lugar, hemos de tener en cuenta que ese enriquecimiento de la razón pública sólo será posible si el centro de atención lo constituye el contenido de las propuestas y no las razones que apoyan a las mismas. Lo que debe importar en todo debate público, como bien señalan Nicholas Wolterstorff (1997: 92) o Douglas Smith (1997: 1.611-12), es el contenido de la propuesta y no sus presupuestos comprensivos. En este sentido dice Smith que desde premisas diferentes se puede llegar a una misma conclusión. Sólo será posible el acuerdo en la razón pública si se atiende a los contenidos. Por el contrario, si se van a rechazar éstos por el mero hecho de no admitir sus fundamentos, por ser de tipo religioso o secular, el acuerdo será imposible.

Es más, ese rechazo de las premisas no tendría sentido, pues cuando alguien defiende una postura en el debate, de lo que se trata es de estar de acuerdo o en contra de lo que propone, no de por qué lo defiende, si suponemos que nuestro interlocutor es razonable. Alguien puede estar en contra del aborto porque va contra los mandatos de su religión y otro tal vez porque crea problemas en el índice de natalidad. Pero si el primero defiende una medida contraria al aborto, el segundo estará de acuerdo, aunque

sea de una religión diferente o incluso enfrentada a la del primero. En este sentido, señala Charles Taylor (1999: 51-52) que no debería restringirse la expresión de los fundamentos diferentes que permiten llegar a una misma conclusión.

Por ese motivo entiendo que en el debate público aquello que debe ser objeto de atención debe ser el contenido de las propuestas y no tanto las razones en que cada ciudadano se apoye. Ahora bien, poner el acento en las propuestas no implica despreciar o relativizar las razones morales, lo que nos conduciría a una especie de emotivismo. Al contrario, centrar el debate en las propuestas significa otorgar un reconocimiento moral a las razones expresadas por cada ciudadano para defender su postura. Sólo si mostramos una actitud ética de reconocimiento de las razones de los otros, seremos capaces de atender a sus argumentos y permitir que éstos puedan iluminar el debate público. Si, por el contrario, se pretende -como hacen los liberales y los autores de la democracia deliberativa- desviar la atención hacia las razones, ello no supone sino un cuestionamiento *a priori* de algunos posicionamientos, estigmatizando un tipo de razones comprensivas frente a otras, negándoles desde el principio ese reconocimiento moral que esta nueva propuesta aquí esbozada quiere rehabilitar. Del mismo modo, negando el valor moral a algunas posiciones por el mero hecho de expresar razones no compartidas se dificultará también la posibilidad de encontrar las mejores soluciones a los problemas planteados.

En cuarto lugar, la revitalización de la razón pública no debe entenderse como un propósito de los ciudadanos, sino como un resultado de la deliberación. La escucha atenta de los argumentos de las otras personas no sólo puede generar convencimiento sobre la conveniencia de adoptar ciertas políticas, sino una misma transformación de la razón pública: razones que en un principio tenían un carácter religioso, a través del diálogo y el mutuo entendimiento, pueden pasar a formar parte del conjunto de razones

compartidas y muchos las aceptarán también desde sus convicciones religiosas. En este sentido, al expresar esas nuevas razones públicas, estarán dando voz también a sus convicciones religiosas. La razón pública es dinámica, no estática. Pero ese dinamismo puede correr serio riesgo si se restringe arbitrariamente el número de argumentos que pueden ser expresados en la deliberación pública. Dada la razonabilidad de las personas, la inteligibilidad de las distintas razones y la actitud tolerante hacia los argumentos de las distintas cosmovisiones, podrá alcanzarse una razón pública más vigorosa capaz de aunar voluntades distintas y de encontrar mejores soluciones a los problemas tratados.

#### 4. Conclusión.

Como se deduce de todos estos argumentos, la democracia deliberativa necesita adoptar un nuevo modelo inclusivo que supere los prejuicios adoptados del liberalismo referentes a la presencia de la religión en la esfera pública. Esta nueva democracia deliberativa debe ser receptiva a las propuestas ofrecidas en la deliberación pública desde los diferentes puntos de vista sin poner en duda la moralidad de su fundamento. Sólo de este modo esta teoría de la democracia podrá alcanzar su mayoría de edad proclamada por Bohman (1998: 422) y ser capaz así de resolver los problemas surgidos en nuestras sociedades pluralistas.

---

#### NOTAS

\* Este trabajo se enmarca dentro del Proyecto de Investigación “El reconocimiento recíproco como base de una ética intercultural” (FFI2008-06133/FISO) financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación.

#### BIBLIOGRAFÍA:

Bader, Veit (1999). “Religious pluralism. Secularism or priority for Democracy”, *Political Theory*, vol.27, pp.597-633.

---

Bohman, James (1998). "Survey article: The coming of age of deliberative democracy", *Journal of Political Philosophy*, vol.6, pp.400-425.

Dumont, Louis (1977). *Ensayos sobre el individualismo*. Madrid: Alianza.

Dryzek, John (2000). *Deliberative democracy and beyond*. Oxford: Oxford University Press.

Gaus, Gerard (1997). "Reason, justification and consensus: why democracy can't have it all", en James Bohman y William Rehg (eds). *Deliberative democracy. Essays on reason and politics*. Cambridge: The MIT Press.

Gutmann, Amy (2001). *La educación democrática*. Barcelona: Paidós.

Gutmann, Amy y Thompson, Dennis (2004). *Why deliberative democracy?*, Princeton: Princeton University Press.

Habermas, Jürgen (2006). "La religión en la esfera pública", en *Entre naturalismo y religión*. Barcelona: Paidós.

Habermas, Jürgen (2008) "La voz pública de la religión. Respuesta a las tesis de Paolo Flores d'Arcais", *Claves de razón práctica*, núm. 180, pp.4-7.

Hollenbach, David (1.991). "Religion and political life", *Theological Studies*, vol.52, pp.92-115.

Rawls, John (1996). *Liberalismo político*. Barcelona: Crítica.

Richardson, Henry (2002). *Democratic autonomy Public reasoning about the ends of policy*. Oxford: Oxford University Press.

Schumpeter, Joseph A. (1984). *Capitalismo, socialismo y democracia*. Barcelona: Folio.

Smith, Douglas G (1997). "The iliberalism of liberalism: Religious discourse in the Public Square", *San Diego Law Review*, vol. 34, pp.1571-1642.

Solum, Lawrence (1989). "Faith and Justice", *DePaul Law Review*, vol.39, pp.1.086-1642.

---

Taylor, Charles (1999). "Modes of secularism", en Rajeev Bhargava (ed.) *Secularism and its critics*. Oxford: Oxford University Press, pp.31-53.

Wolterstorff, Nicholas (1997). "The role of religion in decision and discussion of political issues", en Robert Audi y Nicholas Wlterstorff *Religion in the public square. The place of religious convictions in liberal debate*. London: Rowman & Littlefield, pp.67-120.

# ¿Es posible la creación de formas deliberativas dentro de la iglesia católica?

## La propuesta de la teología feminista crítica de Elisabeth Schüssler Fiorenza

Montserrat Escribano Cárcel

**Abstract:** Public space is a meeting place for believers and non-believers alike. Democratic societies provide a setting in which every sphere that comprises them can develop and carry their corresponding function. This framework, nevertheless, can act to question the institutions contained within, including religions. That is where questions arise as to the mode in which the theological knowledge is obtained, or as to their understanding of biblical texts, knowing full well the central place that these interpretations occupies in their identity, both personal and as a group.

Religión, deliberación, teología feminista crítica y hermenéutica retórica-emancipadora

### 1. Introducción

La identidad religiosa continua siendo hoy para los creyentes uno de los modos más arraigados para definir quiénes son, tanto en la esfera pública como en el ámbito personal. Las confesiones tradicionales mayoritarias y las distintas formas religiosas que están surgiendo, lejos de perder actualidad, como se auguraba tras la Ilustración, continúan teniendo una vitalidad poco imaginable hasta el momento. Este dinamismo está traduciéndose en nuevas propuestas religiosas que exceden tanto a las religiones tradicionales como a sus instituciones. Asistimos por un lado, al surgimiento de nuevos modos de expresión de lo religioso, lo celebrativo y de la búsqueda de nuevos cauces que canalizan la necesidad espiritual de los seres humanos en la actualidad. Pero, por otro lado, constatamos que esa gran pluralidad no está circunscrita a los recintos ofertados por las religiones tradicionales y, excede sus propias fronteras. El resultado es su incidencia en el ámbito público. Sin embargo, a la vez que excede su espacio propio e interactúa con lo público se suceden al menos dos cosas. La primera es que estos creyentes aportan valores, lenguaje y la experiencia de su propia tradición religiosa. La segunda es que, al quedar expuestos

en el espacio público pueden sentirse interpelados al mismo tiempo por otras tradiciones, culturales, científicas o democráticas. De ahí que los/as creyentes lancen, de manera *crítica*, sus interrogantes hacia las instituciones a las que aun se sienten vinculados/as y de las cuales demandan respuestas significativas.

Este es el papel que está desempeñando, en la actualidad, el feminismo crítico dentro de la iglesia católica. Su empeño gravita sobre varios puntos focales: recuperación del papel que las mujeres tuvieron desde los inicios de esta tradición religiosa; poner en valor sus interpretaciones bíblicas, doctrinales y prácticas litúrgicas dentro de una tradición mayoritaria que ocultó y silenció sistemáticamente sus puntos de vista, al no tenerlos en cuenta como autorizados; y también, evidenciar la dimensión política que tiene la fe, las creencias y los valores de los sujetos, así como repensar las formas retóricas utilizadas a la hora de construir, sostener y diseñar sociedades democráticas más dignas para todas las personas.

## 2. Repensar la religión católica desde un marco social democrático

Las peticiones de sentido y de reconocimiento, a la vez personales e institucionales, que plantean los/as creyentes en la actualidad hunden sus raíces en los acontecimientos culturales, históricos y políticos de los que formamos parte. Las sociedades, llamadas occidentales, son complejas y pluriformes, necesitadas, cada vez más, de métodos deliberativos que permitan poner en diálogo a las distintas propuestas creyentes y no creyentes que transitan en ellas, pues todas reclaman su derechos dentro del ámbito público que ha de ser compartido por todos. Las ofertas religiosas, no podemos pasarlo por alto, que desempeñan una parte esencial en la identidad de aquellos ciudadanos/as que se definen como creyentes y que a la vez pueden compartir con el resto su comprensión particular del mundo para mejorarlo.



De ahí que podamos afirmar que los seres humanos, gracias a su desarrollo moral social y cultural, van tomando cada vez mayor conciencia de la necesidad de formar parte activa de aquellos ámbitos que les afectan y en los que se sienten implicados por sus creencias políticas, culturales o económicas.

En cada una de estas esferas sus miembros demandan legítimamente ser reconocidos como ciudadanos de pleno derecho y así queda recogido en las constituciones de los diferentes Estados democráticos y en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Hasta aquí, por lo menos, el planteamiento no entraña muchas dificultades, otra cosa serán los problemas que provoca llevarlos a la práctica. Sin embargo, la novedad aparece cuando el marco de las sociedades democráticas en las que nos movemos, cuestiona si las religiones están cooperando, o no, en la tarea de alentar, sostener y promover los ejes centrales sobre las que éstas se sostienen, como son el gobierno del pueblo y la representación de los ciudadanos; y, los valores esenciales que las definen tales como: la libertad, la civilidad o la agencia. Se trata ésta de una pregunta pertinente si consideramos el papel que aun hoy desarrolla la religión católica dentro del ámbito público. Acotando la cuestión un poco más y sirviéndonos de los procedimientos de la ética del discurso, podríamos plantearlo del siguiente modo: puesto que la iglesia católica incide en el ámbito público dentro del marco de las sociedades democráticas ¿debería ésta tomar sus decisiones de modo *ético*, es decir, reconociendo a todos y cada creyente como un interlocutor válido?

La crítica, como vemos, se traslada ahora al interior mismo de la religión. El reconocimiento de los creyentes es una petición antigua, pero ahora, en el marco de las sociedades democráticas, ha encontrado otros modos de ser repensado gracias a los cambios provocados por la perspectiva feminista desde la cual es elaborado. Así,

sirviéndonos de la terminología de la Escuela de Frankfurt y de las teorías políticas de la deliberación, surgen, tímidamente, las siguientes cuestiones: ¿considera la iglesia católica a todos sus miembros como interlocutores válidos a la hora de la toma de decisiones?, ¿son las mujeres dentro de la iglesia católica reconocidas como miembros partícipes de una comunidad de hablantes?, ¿podemos valorar como *éticas* algunas de las propuestas morales elaboradas por la iglesia católica y que nacen con pretensión de validez universal, mientras ésta sigue sin reconocer como sujetos de pleno derecho a la mayoría de sus creyentes por razón de su sexo, orientación sexual o condición social?, ¿pueden o deberían demandar las personas o grupos que son alejados de modo sistemático de la toma de decisiones, ser reconocidas como sujetos de la comunidad de hablantes? y, ¿podrían darse espacios democráticos deliberativos y emancipadores dentro de la iglesia católica?

### 3. La propuesta teológica de Elisabeth Schüssler Fiorenza

Las teorías científicas se adaptan a un paradigma de enfoque (Kuhn, 1994) que establece los métodos, los problemas y las normas de resolución más apropiadas y cuyos resultados son aceptados por cualquier comunidad científica. De ahí el empeño de la teóloga feminista Elisabeth Schüssler Fiorenza por señalar, comprender y transformar una metodología de trabajo y una búsqueda de expresiones lingüísticas, interpretativas, o celebrativas que nos permitan tomar conciencia y comprometernos con una metodología de trabajo que responda a otros paradigmas retórico-emancipadores que puedan ser más *éticos*. Su propósito es manifestar la necesidad de espacios deliberativos en los que encontrar posibles soluciones liberadoras que, a través de un proceso dialógico analicen, de modo crítico, la reflexión y los intereses con los que llevamos a cabo nuestra producción de conocimiento dentro de los

estudios bíblicos y la teología católica. Su objetivo es el de aliviar a aquellos y aquellas que están sufriendo todo tipo de opresiones a nuestro alrededor. Quizá al acercarnos a esta propuesta metodológica podamos descubrir si es posible establecer formas deliberativas dentro de la iglesia católica.

Elisabeth Schüssler Fiorenza nació en 1938, en Tschand, Rumanía. Tras el estallido de la Segunda Guerra Mundial se trasladó, buscando un lugar seguro con su familia, primero a Austria y después a la zona alemana de Baviera, concretamente, a la ciudad de Weilbach. Allí cursó su formación inicial. Más tarde comenzó su carrera teológica en la Julius-Maximilians-Universität de Würzburgo, siendo la primera mujer en obtener la Licenciatura en Teología, en 1963 y la primera también que decidía comenzar su doctorado en esa universidad, aunque no le fue permitido. Pasó a formar parte del departamento intertestamental de estudios bíblicos de la Universidad Münster, especializándose en Testamento cristiano. En el año 1970, se trasladó hasta la Universidad de Notre Dame, en el estado de Indiana, para poder desarrollar su vocación investigadora y educativa dentro del ámbito de la teología que en Europa no era posible en ese momento. Después de desarrollar su carrera profesional en diferentes universidades estadounidenses –Union Theological Seminary de Nueva York y Episcopal Divinity School en Cambridge– es en la actualidad, profesora de la Harvard Divinity School. Fue además la primera mujer presidenta de la Society of Biblical Literature. Pertenece también a la American Academy of Arts and Sciences desde 2001 y, ha sido cofundadora de varias revistas, como la *Journal of Feminist Studies in Religion*<sup>2</sup>.

En los Estados Unidos de América, a partir de los años 60 y 70, del siglo XX, los movimientos de mujeres ganaban fuerza junto a otros que lograban activar las

conciencias de los ciudadanos, haciendo que se levantaran a favor de la ecología, de las protestas en contra de la Guerra de Vietnam, de la discriminación sexual y antisegregacionista, y de una mayor demanda de derechos civiles para los homosexuales. Este contexto interpeló a Schüssler Fiorenza y le hizo virar su pensamiento hacia la elaboración de una teológica crítica feminista que plasmó en una de sus primeras obras: *En memoria de ella. Una reconstrucción teológica-feminista de los orígenes del cristianismo*.

Su concepción del feminismo parte de una verdad moral: todas las personas poseen valor y dignidad por sí mismas y no por comparación a otras. Esta verdad contrasta con las relaciones de marginación y dominación que Schüssler Fiorenza ha descubierto a través de sus estudios bíblicos, de la realidad que le envuelve y que también ha padecido en primera persona. Esta experiencia de contradicción entre su experiencia y valores le llevó a indagar las causas por las que se establecían las relaciones asimétricas entre los seres humanos, dentro del ámbito bíblico, y algunas posibles soluciones a un sistema de producción de conocimiento que resultaba opresor para las mujeres.

Su propuesta fue desarrollar una hermenéutica crítica, diferente a la elaborada desde perspectivas masculinas-mayoritarias. Perspectivas éstas que califica de sesgadas y condicionadas ya que, históricamente, fueron planteadas por élites de varones blancos con la pretensión de convertirse en universales y asumidas por el resto. El resultado de estas perspectivas fueron, dentro de los estudios bíblicos y teológicos, modos de lectura que, bajo la pretensión de responder a enfoques científicos, sostuvieron y alentaron posturas políticas colonialistas, sexistas, homofóbicas o bélicas. Estos enfoques actúan bajo el amparo de una comprensión excesivamente estrecha de los textos bíblicos considerados revelados y de la

Tradición de la iglesia católica. En ella se selecciona a ciertos miembros –varones célibes que forman parte de la cúpula eclesiástica– considerados como autorizados para poder ejercer la interpretación textual y transmitir de modo legítimo la doctrina católica al resto de fieles que, a su vez, recibe esta enseñanza sin intervenir en este proceso hermenéutico o exegético. Este proceso que se realiza en una única dirección entorpece, enormemente, cualquier ejercicio deliberativo. Así como la creación de posibles espacios democráticos donde los creyentes, principalmente, las mujeres y los grupos minoritarios, puedan ser reconocidos como interlocutores válidos en el seno de la iglesia católica.

Schüssler Fiorenza elabora un planteamiento pionero que podemos resumir en tres momentos: evaluación, reconstrucción e imaginación. Ella lo aplica a su ámbito específico de investigación, el Testamento cristiano, pero teniendo como trasfondo la afirmación feminista de los años 60 de que: “todo lo personal es político”. A este ensanchamiento de los horizontes políticos, Schüssler Fiorenza, añadió el papel decisivo que la Biblia ha desempeñado en la vida de muchas personas y que determinó el modo antropológico por el que durante generaciones se comprendió a la divinidad, a la sociedad y al ser humano mismo.

#### 4. El momento de la evaluación: ver y nombrar

Su propuesta parte de una necesaria revisión de los paradigmas de enfoque a los que recurrimos cuando interpretamos un texto. Afirma que toda interpretación conlleva una comprensión del texto y que ésta es determinada. Pues, partimos de un *ethos* común, es decir, de una comunidad de lectores, de oyentes y de observadores que comparten unos “regímenes de verdad” (Foucault, 1980). Así, al leer los textos lo hacemos desde unas convicciones de lectura previas que nos han sido inculcadas y

que permanecen en el tiempo a través de creencias no siempre críticas. Su propuesta metodológica feminista es analizar las relaciones sociopolíticas que intervienen en este proceso interpretativo y tomar conciencia de cómo influyen sobre nosotros. Para ello, echará mano de distintos métodos hermenéuticos, que por razón de espacio únicamente puedo apuntar, y son la:

- ✓ Hermenéutica de la sospecha
- ✓ Hermenéutica de la experiencia
- ✓ Hermenéutica de la dominación y la ubicación social

Schüssler Fiorenza evidencia que la lectura que realizamos de la Biblia es resultado del fundamentalismo masculino-autoritario imperante que da paso a ideologías de sumisión. Su propuesta tiene como punto de partida la experiencia de las mujeres pero entendida éstas no solo desde su ubicación social, por las cuales definimos a la mujer como: latinoamericana, negra o española. Según la opinión de esta teóloga, deberían ser evaluadas dentro de la compleja organización social en la que todos estamos inmersos y que está sostenida por relaciones de poder que interaccionan entre sí. El resultado –elaborado desde este análisis sistémico– es un entramado de relaciones socio-políticas que son multiplicativas. Schüssler Fiorenza las define con el término *kyriarcal*, pues está persuadida de que éstas relaciones dominantes operan a través de la segregación y de la identificación emocional. Examinó en sus obras a) las modernas estructuras políticas de la dominación y de la ubicación social; b) las estructuras *kyriarcales* de la antigüedad inscritas en los textos bíblicos; y c) nuestro modo de participación personal en estas relaciones *kyriarcales*. La comprensión de este complejo sistema, central para entender el lugar ocupado por las mujeres a lo largo de la historia de la iglesia, le llevó a afirmar que una de las prioridades fue el asegurar la posición asimétrica entre los seres humanos.

## 5. El momento de reconstrucción

Schüssler Fiorenza advierte que el método dualista se adecua a las creencias y su objetivo final es reforzarlas. Por ello, en su lugar propone utilizar un método dialógico aplicado a la historia del cristianismo inicial. Este método, que ella llama de reconstrucción, consiste en: hacer una evaluación crítica de los lugares en los que aparecen las mujeres, pero utilizando otros lentes. Es decir, otros marcos de sentido que al ser utilizados, permiten un deslizamiento del sentido de los textos bíblicos que puede variar significativamente nuestra comprensión al descubrir significados nuevos. Con ello no persigue volver a situar a las mujeres en la historia, sino capacitarlas como sujetos históricos válidos que han producido su propio conocimiento. Schüssler Fiorenza no intenta, simplemente, sumar capítulos a los ya existentes en la historia, sino entender las luchas y esfuerzos llevados a cabo por estas mujeres y entenderlos como una parte esencial de la historia común. No se trata tampoco de una tarea de apropiación, sino más bien de tomar conciencia sobre el modo en el que ha sido elaborado el pensamiento y transformarlos críticamente de modo que, las mujeres puedan servirse de su propia voz intelectual como interlocutoras válidas. Los métodos que utilizará para alcanzar este fin son:

- ✓ Hermenéutica de la evaluación crítica
- ✓ Hermenéutica de la remembranza y la reconstrucción

## 6. El momento imaginativo

Schüssler Fiorenza desde su compromiso con la Biblia aboga por una transformación de nuestra imaginación literaria y teológica. Señala, junto con

Martha. C. Nussbaum, que la literatura tiene la habilidad de representar las circunstancias y problemas específicos de las personas. Nos permite entender a la gente que nos rodea, siendo un recurso especialmente valioso, para la formación de la ciudadanía universal. Puede hacer que las personas invisibles sean visibilizadas “y eso, al menos, es un comienzo de justicia social”<sup>3</sup>.

Esta teóloga propone crear espacios democráticos en donde puedan generarse discursos críticos que evidencien la autoridad de las personas que son excluidas, para enzarzarse juntos, en un proceso deliberativo de interpretación bíblica. Schüssler Fiorenza aboga por la creación de espacios cooperativos basados en el reconocimiento. Para ello utiliza como herramientas:

- ✓ Hermenéutica de la imaginación creativa
- ✓ Hermenéutica de la acción transformadora por el cambio

Schüssler Fiorenza tiene en cuenta que nuestro saber se halla limitado por nuestro lenguaje e ubicación religiosa, social, económica, de clase, al mismo tiempo que por la retórica que utilizamos para narrarlas. Sabe que las diferencias, si son argumentadas racionalmente, pueden enriquecer el pensamiento común y mover nuestros horizontes. Por lo tanto, defiende que esta metodología hermenéutica-retórica y emancipadora es capaz de genera pensamiento democrático y modos liberadores que nos permitan imaginar y redefinir la iglesia y, por qué no, algunos ámbitos de nuestra sociedad.

## NOTAS

<sup>1</sup> Segovia, Fernando (ed.) (2003). *Toward a New Heaven and a New Earth. Essays in Honor of Elisabeth Schüssler Fiorenza*. Orbis Books, Maryknoll 2003, p. 1-30.

<sup>2</sup> Nussbaum, Martha C (2005). *El cultivo de la humanidad. Una defensa de la reforma en la educación liberal*. Paidós, Barcelona 2005, pp. 117-148.



## BIBLIOGRAFÍA

- Conill Sancho, Jesús (2006). *Ética hermenéutica*. Tecnos, Madrid.
- Foucault, Michael (1980). *Power/Knowledge*. Nueva York: Pantheon Books.
- Frank Parsons, Susan (ed.) (2002). *Feminist Theology*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Habermas, Jürgen y Ratzinger, Joseph (2006). *Dialéctica de la secularización. Sobre la razón y la religión*. Madrid: Encuentro.
- Habermas, Jürgen (2010). *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Trotta.
- Kuhn, Thomas Samuel (1994). *La estructura de las revoluciones científicas*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Nussbaum, Martha C (2005). *El cultivo de la humanidad. Una defensa de la reforma en la educación liberal*. Barcelona: Paidós.
- Pears, Angie (2010). *Doing Contextual Theology*. Abingdon: Routledge, 2010.
- Segovia, Fernando (ed.) (2003). *Toward a New Heaven and a New Earth. Essays in Honor of Elisabeth Schüssler Fiorenza*. Orbis Books, Maryknoll 2003
- Schüssler Fiorenza, Elizabeth (1989). *En memoria de ella. Una reconstrucción teológica-feminista de los orígenes del cristianismo*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Schüssler Fiorenza, Elizabeth (1995). *Bread Not Stone. The Challenge of Feminist Biblical Interpretation*. Boston: Beacon Press.
- Schüssler Fiorenza, Elizabeth (1998). *Discipleship of Equals. A critical Feminist Ekklesi-ology of Liberation*. Nueva York: Crossroad.
- Schüssler Fiorenza, Elizabeth (1996). *Pero ella dijo. Prácticas feministas de interpretación bíblica*. Madrid: Trotta
- Schüssler Fiorenza, Elizabeth (2000). *Cristología Feminista crítica. Jesús, Hijo de Miriam, Profeta de la Sabiduría*. Madrid: Trotta.

Schüssler Fiorenza, Elizabeth (2003). *Apocalipsis. Visión de un mundo justo*. Estella: Verbo Divino.

Schüssler Fiorenza, Elizabeth (2004). *Los caminos de la sabiduría. Una introducción a la interpretación feminista de la Biblia*. Santander: Sal Terrae.

Schüssler Fiorenza, Elizabeth (2007). *The power of the Word. Scripture and the Rhetoric of Empire*. Mineápolis: Fortress Press.

Schüssler Fiorenza, Elizabeth (2009). *Democratizing Biblical Studies. Toward an Emancipatory Educational Space*. Louisville: Westminster John Knox Press.

# La confesionalidad en las cuestiones éticas asistenciales y en los CEA's.

Elsa González Esteban,

Universitat Jaume I, Castellón. CBA Hospital La Magdalena de Castellón.

Ricardo Abizanda Campos

CBA Hospital General de Castellón

**Resumen :** El objetivo de este artículo es plantear la cuestión de la confesionalidad desde una visión problematizadora, metodología propiamente bioética, con la finalidad última de abordar con mayor profundidad las posibles orientaciones. La tesis que se mantiene es que es necesario que entre los miembros de estos CEA exista la posibilidad de recoger la sensibilidad de la fe de los distintos individuos para que desde la deliberación se enmarque en su justa importancia, defendiendo el derecho a la diferencia. Ahora bien, ello implica contrapesar la repercusión del dictamen asesor favorable a ese respeto con las posibilidades reales y logísticas de plantear una solución. En este sentido se aboga por situar la cuestión de la confesionalidad en las cuestiones éticas asistenciales dentro del marco de las democracias deliberativas donde los CEA's pueden ser considerados espacios públicos de deliberación.

Comités de Ética Asistencial, confesionalidad, deliberación, ética discursiva, democracia deliberativa.

**Abstract:** The purpose of this paper is to raise the issue of religious beliefs from the bioethics method based on problems, with the ultimate aim to address more thoroughly the possible orientations. The thesis put forward is that it is necessary that the Institutional Ethics Committee's members have the possibility of collecting the sensitivity of the faith of different individuals so that from the discussion is framed in its proper importance, defending the right to difference. However, this involves offsetting the impact of favourable advisory opinion in this respect with the real possibilities and logistics in order to pose a solution. In this sense, the paper calls for placing the issue of religious beliefs on clinical ethical issues within the framework of deliberative democracy where the Institutional Ethics Committees can be considered public sphere for deliberation.

Institutional, Ethics Committees, religious beliefs, deliberation, discourse ethics, deliberative democracy.

## 1. Planteamiento

La fe, como valor y creencia del individuo, determina conductas, justifica teleológicamente actitudes, y puede hallarse detrás de múltiples cuestiones éticas que se encuentran en la práctica clínica convencional. En este trabajo se pretende problematizar esta cuestión dado que el papel asesor de los CEA no puede realizarse sin considerar en profundidad estas cuestiones en la actualidad.

Tanto en los centros sanitarios de dependencia confesional, como en los de titularidad pública, no confesional, la composición de los CEA deben permitir incorporar a la deliberación la defensa y facilitación del entendimiento de las posturas y valores de aquellos pacientes que profesen convicciones religiosas que, aunque no mayoritarias, puedan representar un obstáculo a la práctica asistencial establecida y planificada.

Para ello, se argumenta que es necesario que entre los miembros de estos CEA exista la posibilidad de recoger la sensibilidad de la fe de los distintos individuos y se enmarque en su justa importancia, defendiendo el derecho a la diferencia. Ahora bien, ello implica contrapesar la repercusión del dictamen asesor favorable a ese respeto con las posibilidades reales y logísticas de plantear una solución. Existen numerosos interrogantes que se podrían abrir a título de ejemplo: ¿Puede permitirse a una mujer musulmana el uso del velo islámico durante su ingreso en un centro sanitario? ¿Con qué límites?, ¿Debe el sistema sanitario público ofrecer a la misma paciente asistencia a cargo de mujeres, descartando los servicios de los hombres? ¿Con qué límites?, ¿Es razonable aceptar limitaciones transfusionales en una embarazada a término, con una “placenta previa”? ¿Con que límites?

En definitiva, el objetivo de este trabajo es plantear la cuestión de la confesionalidad desde una visión problematizadora (Gracia, 2001), metodología propiamente bioética, con la finalidad última de abordar con mayor profundidad las posibles orientaciones. No podemos olvidar que la experiencia asistencial demuestra que ni la composición de los CEA es uniforme en nuestros centros asistenciales y que las cuestiones prácticas no permiten estandarizar análisis recurriendo a fórmulas simplistas de respeto.

## 2. Los Comités de Ética Asistencial como espacios de deliberación

En este trabajo se toma como punto de partida la esencia de los Comités de Ética Asistencial como órganos multidisciplinares que tienen por delante un trabajo interdisciplinar de carácter asesor y consultivo. En palabras de Couceiro (1999:4) “la multidisciplinariedad es una cuestión de fundamento”. Y lo que se espera de los miembros del CEA, como recogen sus principales teóricos y promotores en el ámbito español (Abel, 2006; Cortina, 1996; Couceiro, 1999), es que: a) realice informes y recomendaciones sobre conflictos éticos en la asistencia sanitaria, b) actúe a petición de los profesionales y usuarios sobre casos concretos, c) posea autonomía absoluta en sus actuaciones, d) garantice la confidencialidad de la información a la que tiene acceso y, e) preserve el secreto sobre las deliberaciones entre sus miembros.

Cabe recordar también que su autoridad es únicamente moral y sus decisiones no tienen carácter vinculante, sin embargo son sumamente relevantes en la sociedad actual puesto que quizás no lleven a decisiones inmediatas, si que son instancias o esferas de deliberación. O parafraseando a Cortina (2002) son lugares donde la ética aplicada cobra vida puesto que en ellos los interlocutores se ven impelidos a exponer los términos de sus desacuerdos, a argumentar sus propuestas, tratando en todo

momento de hacerse entender y de dejarse llevar por los mejores argumentos, pudiendo llegar a acuerdos informados e incluso, aunque no siempre a tomar decisiones al respecto. Pero lo relevante de los comités, y en concreto de los comités de ética asistencial no es llevar a decisiones sino a buenas deliberaciones sobre conflictos de valores o aspectos en los que es necesario ir construyendo mediante la razón comunicativa y responsable un “nosotros”.

Así pues se podría decir que los CEA's debieran ser espacios de deliberación que pueden favorecer la clarificación de los conflictos o problemas de carácter moral desde diferentes perspectivas y que mediante la clarificación y argumentación pueden llegar a aportar luz en las decisiones difíciles y colaborar en la prevención de futuros conflictos éticos.

Desde esta perspectiva las funciones básicas que se le suelen asignar son las siguientes (Abel, 2006; Cortina, 2002 y Couceiro, 1999)

1. Función asesora y consultiva: que implica examinar y asesorar en la resolución de situaciones de conflicto ético que surjan en el desempeño de la labor asistencial para que en todo momento quede amparada la dignidad de las personas y la calidad de la asistencia sanitaria
2. Función pedagógica y de cambio de actitudes: mediante la que tiene que ofrecer recomendaciones generales, de carácter pedagógico, cuando acerca de algunas temáticas relevantes en materia de bioética haya alcanzado, mediante la deliberación colegiada de sus miembros, conclusiones relevantes.
3. Función formativa docente: el CEA ha de servir de cadena de transmisión de la ética (valores) en la atención sanitaria, mediante la

formación interna para luego difundirla, generando espacios para la reflexión conjunta y la formación en bioética a todos sus profesionales por medio de charlas, seminarios y difundiendo las iniciativas y jornadas de formación promovidos por otros organismos.

4. Función de relaciones institucionales: que sirva de vínculo entre las distintas instituciones sanitarias que velan por favorecer la calidad ética de las relaciones sanitarias.

Así pues, de los miembros del CEA se espera que se reúnan regularmente para formarse y también para deliberar sobre posibles conflictos bioéticos y/o sobre casos concretos para los que se haya solicitado su asesoramiento o consulta. En nuestro contexto español aunque el número puede variar “es una máxima ya aceptada contar con médicos, enfermeras, juristas, bioeticistas, representantes de la religión mayoritariamente aceptada por la comunidad y representantes de los ciudadanos” (Couceiro, 1999: 4). La razón de fondo es que se entiende que la deliberación se realiza sobre el análisis de casos y temas concretos, desde distintas perspectivas - médica, enfermería, ética, religiosa, legal, psicológica y social- acerca de los mejores cursos de acción y de las distintas implicaciones que tendrían. Y como apunta certeramente Abel (2006:78) requiere de un auténtico diálogo interdisciplinar entre interlocutores competentes en su propia disciplina y profesión donde se dé un esfuerzo de paciencia, tolerancia y receptividad activa para superar las posibles confrontaciones que se pueden producir entre la racionalidad científico-técnica, la racionalidad ético-religiosa y la racionalidad jurídico-política.

A modo de síntesis si tuviéramos que resumir brevemente el quehacer esencial de los CEA's podríamos apuntar junto con Cortina que su tarea prioritaria es: “crear conciencia en un ámbito profesional de que hay valores morales

implicados en su forma de vida y en sus decisiones, que han de ser encarnados si es que quienes desempeñan esa profesión y la profesión misma quieren alcanzar su quicio y eficacia vital” (1996:292). En este punto es donde queremos en este trabajo plantear la cuestión de la confesionalidad en el marco de los CEA’s y de posibles cuestiones éticas asistenciales, pues como se señalaba en la introducción la fe, como valor y creencia del individuo puede hallarse detrás de múltiples cuestiones éticas que se pueden dar en la práctica clínica convencional.

### 3. La deliberación en los espacios públicos y la confesionalidad

Como se ha apuntado la composición habitual de los CEA’s sigue la pauta habitual de incorporar a “representantes de la religión mayoritariamente aceptada por la comunidad y representantes de los ciudadanos” (Couceiro, 1999:4). La razón de esta incorporación radica en que se puedan incorporar en la discusión los argumentos de quienes están afectados por la decisión del comité, y la incorporación del sacerdote en nuestro contexto español se justifica en base a que de él se espera que ayude a la comprensión de unos valores religiosos determinados. Es decir, que sirva de “interprete” a los demás miembros del comité de las razones que pueden encontrarse tras los valores religiosos. En definitiva, al menos en el diseño de los CEA’s la confesionalidad se ha contemplado aunque en numerosas ocasiones ahora que en nuestro contexto se produce también una gran pluralidad de confesionalidades quizás sea interesante, desde nuestro punto de vista que se aborde su presencia en los CEA’s desde una perspectiva más amplia.

Para poder fundamentar esta posición acudimos a los defensores de una democracia deliberativa en clave ético-discursiva y especialmente tomaremos como



referencia los trabajos de Habermas tratando de aportar a esta problemática su posición para la discusión.

En este sentido cabe comenzar por apuntar que Habermas en las últimas publicaciones en las que aborda la temática de la religión (2006, 2008), manifiesta con convicción dos aspectos relevantes: en primer lugar, que la religión tiene el derecho de hacerse oír no sólo en el ámbito público sino también en el ámbito político y, en segundo lugar, que la democracia debe escuchar esa voz, en beneficio de la política. Su posición, en palabras de Conill (2007: 573), “favorece ahora la línea de aquellos que han defendido una *articulación hermenéutica* entre razón y religión”, entre los que se encuentra Cortina (1986, 1995) partiendo desde los propios presupuestos de la teoría ético-discursiva.

El punto de partida es reconocer que estamos en un contexto de *sociedad postsecular* que posee tres rasgos distintivos. El primero que el contexto es crecientemente secular y al mismo tiempo la sociedad cuenta de modo indefinido con la pervivencia de las comunidades religiosas. El segundo que las comunidades religiosas realizan una contribución funcional a la sociedad en cuanto a reproducción de motivaciones y actitudes deseables. El tercer rasgo es que se ha producido un aprendizaje complementario entre “mentalidades religiosas” y las “mentalidades seculares” de modo asincrónico para dar paso a la “modernización de la conciencia pública”. Por lo que en este tercer aspecto se hace necesario que “ambas partes, si conciben la secularización de la sociedad como un proceso de aprendizaje *complementario*, pueden realizar sus contribuciones a los temas controvertidos en la esfera pública y tomarse en serio recíprocamente también por motivos cognitivos” (Habermas, 2006: 117).

De este modo no hay relación eliminatoria entre la religión y la actitud secular, sino más bien deben ser de complementación pues “es posible ser creyente y ciudadano, y no sólo posible, sino también necesario” (Cortina, 1995: 13). En definitiva, la conciencia postsecular es aquella que reconoce que la conciencia pública está compuesta de tradiciones laicas y religiosas que se enriquecen y transforman mutuamente. De aquí la importancia de la vía del “aprendizaje complementario” donde el secular que quiere que el creyente valore racionalmente sus puntos de vista, deberá al mismo tiempo reconocer al interlocutor que “no es totalmente irracional” en los suyos. Por tanto, debe existir un movimiento por ambas partes, de un lado el creyente tiene que “determinar *autocríticamente* la relación entre fe y saber desde la perspectiva de un saber mundano” mientras que el no creyente debe conceder “desde el punto de vista del saber secular un estatus epistémico que no sea absolutamente irracional” (Habermas, 2006: 118).

Dentro de este contexto y partiendo de esta concepción de democracia deliberativa, fundamentada en la ética discursiva, se abren una serie de aspectos relevantes para la cuestión que nos ocupa ¿qué aportaciones y qué límites se pueden establecer a las razones o argumentaciones confesionales en las deliberaciones que se producen sobre cuestiones éticas asistenciales en los CEA's? El objetivo es pues descubrir la posición de la propuesta habermasiana del papel de la religión en los espacios públicos (González et.al., 2009) e interpretar de qué modo puede ayudarnos a interpretar tal papel en los CEA's. Esta posición se podría resumir bajo siete grandes argumentos:

- Las concepciones religiosas pueden tener un papel distinto en el ámbito político y en el público. De un lado, en el ámbito político las

concepciones religiosas deben hacer un esfuerzo de traducción a un lenguaje laico, común y accesible para todos, sus creencias religiosas. Y de otro lado, en el ámbito de la esfera pública el esfuerzo de traducción a un lenguaje asequible para todos no se debe exigir con la misma exigencia, sino que en él los argumentos religiosos pueden esgrimirse sin gravarles con tal esfuerzo. En este sentido precisa Habermas (2008) que lo que no se puede impedir es que la Iglesia actúe “como comunidad de interpretación” y que por tanto, exprese su punto de vista en la fase deliberativa, aún sabiendo, que sólo tendrá éxito tal actuación en el caso de que sepa traducir sus opiniones religiosas en “argumentos comprensibles y plausibles universalmente”.

- Las formas de vida y costumbres de los creyentes y no creyentes deben ser respetadas por el Estado siempre y cuando sean compatibles con la Constitución.
- La democracia sustentada en el pensamiento ilustrado tiene capacidad crítica y autocrítica para mantener la solidaridad cívica necesaria y por tanto un ethos compartido de valores o “denominador común de valores”.
- La religión históricamente ha mostrado tener no sólo un papel negativo sino también un papel importantísimo clave y positivo sobre la consolidación de la democracia y los derechos humanos. Papel que debe de reconocerse y no silenciarse.
- Existe un gravamen asimétrico que realizan las posiciones de las democracias de corte liberal, tipo el modelo rawlsiano, al exigir que

el creyente se desdoble entre sus creencias religiosas y seculares de modo permanente. Siendo además esta exigencia imposible pues muchos ciudadanos creyentes podrían no ser capaces de llevar a cabo tal división artificiosa sin poner en riesgo su existencia como creyentes.

- Las tradiciones religiosas poseen un potencial de conocimiento, acceso a la verdad y creación de identidad y sentido que no debería de obviarse en los estados democráticos, no sólo por su valor funcional y motivacional sino también de contenido porque “resulta también en interés propio del Estado constitucional tratar con cuidado todas las fuentes culturales de las que se nutre la conciencia normativa y la solidaridad de los ciudadanos” (Habermas 2006: 116-117).
- Las razones religiosas poseen un valor relevante, tras el proceso de autocrítica reflexiva, en la esfera político-pública aunque no tanto en la esfera político-jurídica. Habermas considera que el legislador político debe abstenerse de utilizar argumentos religiosos que no hayan pasado por la traducibilidad.

Como se puede observar por este argumentario habermasiano la preocupación de la democracia deliberativa radica en la posible contribución de la religión a una construcción racional de la ética, de la política y de razones públicas. Bajo esta propuesta se puede ver un camino abierto que consiste en volver a pensar la relación entre razón y religión considerando nuestro contexto y conciencia como postsecular (González et.al.: 2009).

La aportación de esta perspectiva a la cuestión central del presente artículo: ¿qué pueden aportar y qué límites se pueden establecer a las razones o argumentaciones confesionales en las deliberaciones que se producen sobre cuestiones éticas asistenciales en los CEA's? Podríamos formularla del siguiente modo y es que en la deliberación sobre cuestiones éticas asistenciales no se puede prescindir del papel funcional, motivacional y generador de sentido de las comunidades confesionales. Ahora bien tales comunidades tendrán que ponerse al servicio de la búsqueda de un reconocimiento recíproco tanto en la esfera política como en los discursos preparlamentarios de la esfera público-política. Tal reconocimiento recíproco implica entrar en discursos públicos sobre las cuestiones controvertidas dejando que se utilicen tanto argumentos seculares como religiosos. Como afirma Habermas (2006: 11) “el reconocimiento recíproco significa, por ejemplo, que los ciudadanos religiosos y laicos están dispuestos a escucharse mutuamente y a aprender unos de otros en debates públicos”.

#### 4. Caminos y pautas a considerar

Siguiendo de nuevo a Habermas quizás la única salida que existe es que se transite por un camino de “aprendizaje complementario” por el cual tanto el creyente como el no creyente deben embarcarse en una tarea de cooperación para traducir a un lenguaje compartido y asequible por todos y dejando abierta la puerta para que en los casos en los que no se pueda traducir, la cuestión no deje de estar presente en la esfera público-política, por tanto en las deliberaciones de los CEA's; aunque no podrá pasar a la esfera político-jurídica hasta que no haya acabado su proceso de aprendizaje complementario.

Sin salirnos de los marcos de una bioética fundamentada discursivamente el camino que se puede proponer es tratar de responder a la pregunta de hasta qué punto los discursos cumplen con las expectativas morales que cualquier persona podría poseer. Y en tal sentido para que se produzca se debería trabajar por crear las cuatro condiciones que este marco teórico establece, a saber. 1) Inclusión y carácter público: no puede excluirse a nadie que pueda hacer una aportación relevante en relación con la validez controvertida. 2) Igualdad en el ejercicio de la comunicación: a todos los interlocutores se les conceden las mismas oportunidades para expresarse sobre la materia. 3) Exclusión del engaño y la ilusión: los participantes deben creer lo que dicen. 4) Carencia de coacciones: la comunicación debe estar libre de restricciones, ya que éstas evitan que el mejor argumento pueda salir a la luz y predeterminan el resultado de la discusión. (Habermas 1999: 29-78 y Habermas 2006: 56-57).

En conclusión, si la deliberación -entendida bajo estos presupuestos del discurso- sobre las cuestiones controvertidas en el espacio político y en el espacio público-político es la condición necesaria para que la democracia sea capaz de alcanzar a definir normas y principios que todo ser humano pudiera querer que gobernara su vida política y pública, no es la condición suficiente para que se produzca la solidaridad cívica entre los miembros. O lo que es lo mismo, para que se encarnen las virtudes políticas será necesario que estén enraizadas en los contextos concretos. Obviar el potencial que tienen las religiones en este sentido así como negarle al creyente su condición de ciudadano político sería sin duda alguna un gran error en el camino hacia la construcción de un ethos democrático, pero otorgarle privilegios y excepciones sin examinar los argumentos y justificaciones de fondo puede provocar un trato no justificado ética y políticamente. Por ejemplo, en la

actualidad la confesionalidad debería de tener la posibilidad de participar en los grandes debates que nuestra sociedad pluralista tiene abiertos desde hace décadas siempre bajo las condiciones expuestas en este artículo.

Y para que esto sea posible desde hace tiempo se vienen proponiendo pautas de actuación, respecto a los CEA's y también respecto a los miembros de los CEA's, que sin ánimo de ser exhaustivos recogemos a continuación.

Respecto al CEA éste debe ser:

- Multidisciplinario y actuar siempre en su funcionamiento y procedimiento de modo interdisciplinar.
- Independiente de la dirección, gerencia o administración.
- Plural para que el mayor número de perspectivas estén consideradas.
- Respetabilidad de sus miembros, que han de ser respetados y respetables, desde el punto de vista técnico, profesional y como personas.
- Razonabilidad de sus miembros con capacidad de argumentación, con un alto grado de prudencia frente a las diferentes perspectivas no dejándose llevar por los extremos.

Respecto a los miembros del CEA, siguiendo a Cortina (1993 y 1996) los miembros del CEA tendrían que ir desarrollando un modo de ser y actuar que se acercara a los siguientes rasgos con el objetivo de trabajar por mantener y potenciar el pluralismo moral en la asistencia sanitaria siempre con la mirada puesta en el entendimiento:

- Comprometerse a adquirir una sólida formación profesional y a ejercitarse en la resolución de conflictos.

- Informarse lo mejor posible de los hechos y de los datos relevantes de la situación.
- Formular las preguntas necesarias para comprender mejor el conflicto de valores así como las diferentes perspectivas y posiciones.
- Asumir la posición de los afectados y tratar en todo momento de contemplar también la posturas de los posibles implicados a futuro.
- Aceptar “la fuerza del mejor argumento” que consiste en satisfacer intereses universalizables.
- Dejar abierto para el futuro el diálogo si en la situación concreta no es posible el consenso.
- Aportar al diálogo únicamente aquellos argumentos que los demás interlocutores pueden entender y aceptar sobre la base de los mínimos compartidos, en la línea del “uso público” de la razón.
- Poseer un moderador o presidencia que trate en todo momento de garantizar la calidad del proceso deliberativo.

Sin duda alguna como se ha señalado es un camino a transitar y construir que requiere de ir estableciendo y concretando las condiciones de posibilidad así como también que se vayan produciendo los necesarios aprendizajes complementarios dentro de los marcos deliberativos de los espacios públicos.

## BIBLIOGRAFÍA

Abel, Francesc (2006). “Comités de ética asistencial”, *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, vol.29, Suplemento 3, pp.75-83.



Conill, Jesús (2007). “Racionalización religiosa y ciudadanía postsecular en perspectiva habermasiana”, *Pensamiento: Revista de investigación e información filosófica*. vol.63, nº 238, pp. 571-581.

Cortina, Adela (1986). *Ética mínima*. Madrid: Tecnos.

Cortina, Adela (1993). *Ética aplicada y democracia radical*. Madrid: Tecnos.

Cortina, Adela (1995) *Ética civil y religión*. Madrid: PPC.

Cortina, Adela (1996). “Comités de ética” en O. Guariglia (ed.), *Enciclopedia Iberoamericana de Filosofía 12. Cuestiones Morales*. Madrid: Trotta, pp. 291-306.

Cortina, Adela (2002). “Bioética transnacional como quehacer público” en Jorge José Ferrer y Julio Luis Martínez Martínez (eds.), *Bioética, un diálogo plural: homenaje a Javier Gafo Fernández*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, pp. 541-554.

Couceiro, Azucena (1999). “Los comités de ética asistencial: origen, composición y método de trabajo” en Azucena Couceiro (ed.) *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela, pp. 269-281.

García-Marzá, Domingo (dir.) (2005). *La apuesta ética en las organizaciones sanitarias*. Castellón: Servei de Publicacions Universitat Jaume I.

González, Elsa; José Félix Lozano y Pedro Pérez (2009). “Beyond the Conflict: Religion in the Public Sphere and Deliberative Democracy” *Res Publica*, vol.15, nº 3, pp. 251-267.

Gracia, Diego (2001). “La deliberación moral: el método de la ética clínica”, *Medicina Clínica*, vol. 117, nº 1, pp. 18-23.

Habermas, Jürgen (1999) *La inclusión del otro. Estudios de teoría política*. Barcelona: Paidós.

Habermas, Jürgen (2006). *Entre naturalismo y religión*. Barcelona: Paidós.

Habermas, Jürgen (2008). La voz pública de la religión. Respuesta a Flores d'Arcais. *Claves de razón práctica* 180:4-12.

# La construcción de la bioética en el espacio cultural europeo del s. XX<sup>1</sup>

Carlos Pose

Instituto Teológico Compostelano. Universidad Pontificia de Salamanca

**Resumen:** La bioética es una construcción racional sometida a los mismos cambios y variaciones que todos los demás productos racionales. La elección de la dirección ética puede ser individual (la moral heroica, la vida del santo, la actitud del sabio, etc.), pero casi nunca lo es. Normalmente se trata de direcciones sugeridas por circunstancias sociales, culturales, políticas y científicas. Esta última, por ejemplo, fue una de las circunstancias que provocó el nacimiento de la bioética. Por eso la bioética empezó siendo una ética de la ciencia, pero hoy tiene que enfrentarse con otros problemas, ya no sólo científicos, sino también sociales.

Bioética, Intelección, Valor, Zubiri.

**Abstract:** Bioethics is a rational construction; subject to the same changes and variations that all other rational ideas. The choice of ethical guidance can be individual (the moral heroism, the saint's life, etc.), But almost never is. Elections are usually suggested by social, cultural, political and scientific circumstances. Scientific circumstances, for example, were those that caused the birth of bioethics. So bioethics began as an ethics of science, but today is faced with other problems, not only scientists but also social.

Bioethics, Intelección, Value, Zubiri.

## 1. Introducción.

Según Zubiri, la inteligencia humana se caracteriza esencialmente por aprehender realidad, pero “estructuralmente” esta aprehensión es muy variada. Puedo aprehender lo real en y por sí mismo, o puedo aprehenderlo entre otras cosas, o en función de otras cosas, o distanciadamente. A su vez, esta segunda aprehensión dual puede ser muy distinta. Puedo aprehender lo real moviéndome en el ámbito o campo de realidad aprehendida, o puedo marchar allende esta aprehensión, en busca de su fundamento. A lo primero llama Zubiri *logos*, mientras que a lo segundo llama *razón*. Pues bien, tanto el *logos* como la *razón* construyen la realidad primordialmente aprehendida, pero de modo muy distinto. El *logos* construye la realidad “ideando”; en cambio, la *razón* construye la realidad “idealizando”. En lo que sigue, voy a servirme de estas dos expresiones de inspiración zubiriana para analizar la construcción de la bioética actual.

La bioética es una disciplina reciente, que todavía se está construyendo. Lo que se construye, o reconstruye, en realidad, son teorías éticas aplicadas a la bioética. Pero esta construcción, curiosamente, está pasando por las mismas etapas que ya han pasado otras disciplinas, y está teniendo, también, más o menos, las mismas dificultades. Esto se pone de manifiesto al observar que la bioética está siendo acosada por las mismas tendencias que ya han acosado a la ética: por un lado, por el idealismo filosófico y religioso, y por otro, por el positivismo jurídico y científico. Esto se traduce en que casi todas las teorías hoy vigentes en bioética se han construido de dos modos: de modo “idealista” o de modo “positivista”. Por eso, siguiendo la buena consigna de evitar los extremos, puesto que siempre se dejan algo fuera, me propongo describir cómo habría de construirse la bioética según eso que podríamos llamar “realismo moral” al modo de la filosofía zubiriana. La construcción de una ética o bioética realista, inspirada en la filosofía de Zubiri, ¿qué momentos habría de poseer?

## 2. El concepto de posibilidad como centro del hecho moral en Zubiri.

Yendo muy atrás, al curso oral de 1953/4 titulado “El problema del hombre”, el término en torno al cual gira el análisis del hecho moral en Zubiri es el de “posibilidad”. El bien/mal es una posibilidad, el deber es una posibilidad, la felicidad es una posibilidad, etc. De ahí que Zubiri defina lo moral como “apropiación de posibilidades”. Zubiri opone aquí “posibilidad” a “propiedad”. Las propiedades emergen de las cosas, mientras que las posibilidades son creadas por el ser humano. Esta creación tiene unos ciertos límites. No se trata de una producción absoluta, sino de una libre configuración de notas o estructura que el ser humano se forja apoyado en la realidad, lo cual concuerda bien con el carácter posibilitante de la realidad que señala Zubiri.

Sin embargo, de un tiempo a esta parte el término sobre el que gira la ética en general no es el de “posibilidad”, que ya nunca lo fue, sino el de “valor”. Se vuelve a hablar, por eso, de ética de los valores. Historia curiosa ésta, la de la ética de los valores. La ética de los valores nace con Max Scheler, que publicó en el año 1913 en el *Anuario* editado por Husserl la primera parte de su conocida *Ética* (así fue traducida al español en 1948), y tres años más tarde la segunda parte. Esta ética del valor hizo fortuna en la filosofía continental en los años 20 y 30. En Alemania, por ejemplo, influyó en Nicolai Hartmann, que publicó en 1926 su *Ética*, y en España se hizo eco de la teoría del valor Ortega y Gasset con la publicación, en 1923, de “Introducción a una estimativa. ¿Qué son los valores?”. Sin embargo, después de la Segunda Guerra Mundial la ética de los valores comenzó a declinar, casi hasta nuestros días. Hace algunos años, decía un profesor mío al respecto: “Durante los últimos decenios se le ha venido prestando poca atención en los ambientes académicos; si ello habla en contra de la teoría o más bien en contra de esos ambientes, es cuestión que preferimos dejar abierta”.

La verdad es que, al menos en el campo de la bioética, en concreto de la bioética norteamericana, en estos últimos años ha comenzado una recuperación paulatina de la noción de valor. Pero ha sido una recuperación también muy curiosa. La ética del valor había influido ya en sus primeros años de furor en diversos campos, especialmente en estética y pedagogía. Este último campo, como se sabe, ha sido muy desarrollado por varios filósofos pragmatistas norteamericanos, entre ellos, J. Dewey. Dewey maneja la noción de valor y de valoración, pero no en el mismo sentido que Scheler. Esto le llevó a polemizar con los del otro bando, los positivistas y emotivistas, avivando el debate sobre la dicotomía hechos y valores, sobre si los valores son o no subjetivos, etc. Aunque la idea de Dewey es que los valores no son subjetivos, la tesis que acabó imponiéndose en pedagogía, por influencia del método científico como clave para la

educación y por la hegemonía positivista del mundo académico norteamericano tras la Segunda Guerra Mundial, es que sí lo son y por tanto, respecto de ellos, había que mantenerse “neutral”. Esta neutralidad ha sido muy combatida últimamente, por ejemplo, por Amy Gutmann, y otros, y ello ha influido positivamente en la paulatina introducción de los valores en bioética, aunque no es tarea acabada.

### 3. El valor como canon del esbozo de posibilidades.

Volvamos a Zubiri. También en España se ha acabado introduciendo la noción de valor en bioética. El tema del valor, que había quedado arrinconado en toda la obra de Zubiri, o al menos en las interpretaciones que de él se hacían, es reconstruido nuevamente, a partir de algunas sugerencias de A. Pintor, y sobre todo con los análisis de D. Gracia. Fundamental para ello son los cursos “El problema del mal”, de 1964, y sobre todo las “Reflexiones filosóficas sobre el sentimiento estético”, de 1975. La tesis defendida ahora es que el valor se asemeja a las simples aprehensiones que Zubiri describe en *Inteligencia y Logos*, y como el logos se mueve en el campo de realidad, tenemos que decir que con la introducción del valor hemos enriquecido los contenidos de realidad aprehendida. No sólo juzgamos intelectualmente de las cosas, sino que también las estimamos y hacemos juicios de valor sobre ellas.

Pero el logos no es más que un momento estructural de la intelección. Más allá de él hay otro momento, que Zubiri llama razón. La razón marcha allende lo aprehendido en el campo, en busca de su fundamento. Ahora bien, la razón realiza esta marcha apoyada en la aprehensión primordial y en todas las intelecciones afirmativas que el logos ha aprehendido ya. Este apoyo significa que lo real aprehendido en el campo es ahora, en intelección racional, mensura o canon de la realidad profunda. “Algunos ejemplos para aclarar lo que acabo de decir. En el campo más elemental de

realidad hemos aprehendido intelectivamente que las cosas materiales que en él hay son lo que llamamos ‘cuerpos’. En la marcha allende el campo se ha marchado pensando durante muchísimas centurias que las cosas «allende» son también cuerpos; ciertamente tal vez de otra clase, pero cuerpos también. Ha hecho falta la conmoción de la física cuántica para introducir muy dificultosamente, pero con éxito indiscutible, la idea de que lo real allende, no siempre es cuerpo. Las partículas elementales, en efecto, no son corpúsculos (tampoco son ondas en sentido clásico, pero dejemos de lado este aspecto) sino que son otra clase de cosas materiales. [...] Pero no hay sólo esto. En la intelección de las cosas reales dentro del campo se había decantado en nuestra intelección no sólo la intelección de que las cosas reales son cuerpos, sino también y sobre todo la intelección de que ser real es ser ‘cosa’, en el sentido que tiene hoy el vocablo cuando se habla, por ejemplo, de ‘cosismo’. Este era el metro de realidad: la marcha allende el campo se llevaba a cabo pensando que la realidad como mensurante es ‘cosa’. Hizo falta una intelección mucho más difícil que la de la física cuántica para inteligir que lo real puede ser real y sin embargo no ser cosa. Ser, por ejemplo, persona. Entonces no sólo se amplió el campo de cosas reales, sino que se han ampliado eso que pudiéramos llamar los modos de realidad. Ser cosa es tan sólo uno de esos modos; ser persona es otro.”

Pues bien, esto que vale para el conocimiento metafísico o científico, vale también para el conocimiento de los valores y para el conocimiento moral. Como dice Zubiri, la marcha de la razón no es puramente teórica: “pensar ciertamente no es sólo pensar lo que las cosas son desde un punto de vista por así decirlo teórico. No se piensa sólo en la realidad propia de lo que llamamos cosas, sino que se piensa también por ejemplo en lo que hay que hacer, en lo que se va a decir, etc.”. Por tanto, con el enriquecimiento del campo por vía estimativa, ahora tengo un nuevo canon para medir la realidad profunda. Ahora podría medir la realidad profunda, por ejemplo, con el

concepto de “valor”, y decir que lo que tengo que hacer es “realizar valores”. Con lo cual, ya entramos en la dimensión práctica, la que tiene que ver con la ética o bioética.

Decíamos al principio que el concepto central en torno al cual gira el hecho moral en el curso de 1953/4 era el de “posibilidad”. Este concepto vuelve a aparecer en otros textos de Zubiri, por ejemplo, en el análisis de la historia como entrega de posibilidades, etc. Y, finalmente, en la trilogía, el concepto de posibilidad es un momento fundamental de la intelección racional. Lo que la razón hace es esbozar posibilidades de lo que esto o lo otro puede ser. Ahora bien, cuando se trata de pensar en lo práctico, en lo volitivo, el concepto de posibilidad cobra todavía más sentido. Según dice Zubiri, “el objeto propio y formal de una volición es la posibilidad real. [...] El término formal es la realidad, pero la realidad en tanto que condición fundante de posibilidades. Y lo que el hombre formalmente elige son las posibilidades reales, las que la cosa realmente ofrece, sea porque el hombre se las encuentre, sea porque el hombre forje sobre las posibilidades de la cosa las posibilidades que ella le puede ofrecer. En eso consiste la volición por razón de su objeto.

Por tanto, la posibilidad es la clave de bóveda de la realización humana. Antes de realizar algo, o para realizarlo, lo primero que el ser humano tiene que hacer es esbozarlo, proyectarlo como posibilidad. El problema es que posibilidades hay muchas, sean éstas creadas por mí o entregadas. La cuestión entonces es que tengo que pensar cuál es mejor. ¿Cómo hacerlo? Aquí es donde yo creo que se está dando un papel decisivo a la noción de valor. *El valor ha pasado a ser en ética el canon de la realización humana.* Lo que nos apropiamos son posibilidades, pero esas posibilidades se miden con el canon “valor”. De ahí que se diga que la ética es la “realización de valores”, como, por otra parte, se venía diciendo ya dentro de la ética de los valores.



4. La idealización y positivación como fases de la apropiación de posibilidades (o la realización de valores).

La construcción de ideas o valores en el campo es lo propio del logos, mientras que el esbozo de posibilidades es lo propio de la razón. Por tanto, tanto las ideas como las posibilidades son construidas, pero de modo muy distintos. Las ideas y valores son construidas por el logos, mientras que las posibilidades son más o menos pensadas. Para lo primero basta con un acto de “ideación” o “estimación”; en cambio, para lo segundo, ese acto es de “idealización”. Fundamental la diferencia.

La ideación ya la describió Zubiri en los tres tomos de *Inteligencia sentiente*. La idealización en parte sí y en parte no, porque no está adscrita a una única facultad. En parte sí, porque es lo que hace la razón, y en parte no, porque es lo que, complementariamente, pertenece también al sentimiento afectante y a la voluntad tedente. La ideación tiene que ver con el logos en su amplio espectro (percepción, ficción, concepción, estimación, afirmación, valoración, etc.), mientras que lo idealización tiene que ver con la razón, con la intelección racional, apoyada esta intelección en los contenidos del campo dados por vía intelectual, emocional y volitiva.

Idear es formar ideas. La inteligencia, al aprehender las cosas, idea, forma ideas de ellas. La ideación es el acto más común de la inteligencia. Idealizar es otra cosa. No es formar ideas a partir de la realidad, puesto que éstas ya están formadas en la aprehensión campal, sino proyectarlas más allá de esa aprehensión. La ideación es todavía un acto que nos retiene en la aprehensión. La idealización va más allá de la aprehensión, allende ella. Es la diferencia entre el “sería” y el “podría ser”. El DRAE dice que “idealizar” es elevar las cosas sobre la realidad sensible por medio de la inteligencia o la fantasía. Esto en Zubiri es imposible, no hay una realidad sensible y

otra inteligible, sino que todo es realidad. Lo que sí es posible es ir de la realidad aprehendida a una realidad allende la aprehensión. Y esto es lo que aquí vamos a entender por “idealizar”. De hecho, “ideal”, también según el DRAE, es sinónimo de “prototipo”, “modelo” o “ejemplar” de perfección. Entonces, la pregunta es: cuando valoramos lo que hay que hacer, ¿estamos ideando o idealizando? Se habla de una “comunidad ideal”, o de “belleza ideal” o de “excelencia moral”, que viene a ser lo mismo, pero respecto de la bondad. ¿Qué son estas valoraciones, ideaciones o idealizaciones? Una teoría científica es una posibilidad ideal, y lo es también la belleza de un cuadro o la opción óptima ante un conflicto moral. Todo esto son posibilidades, pero son posibilidades pensadas, estimadas o queridas, cada una en su caso, es decir, idealizadas con el canon “valor”.

Pero tratándose de la concepción zubiriana de la razón, la idealización no es más que una fase, la primera, en el proceso de apropiación o realización de posibilidades. Toda apropiación posee dos fases o dos momentos, una de idealización y otra de positivación. La idealización corresponde a lo que Zubiri llama “esbozo de posibilidades”, mientras que la positivación se asemeja a la experiencia o “verificación”. La verificación consiste en traer al campo lo esbozado. El esbozo posee la característica de la universalización, mientras que la verificación particulariza el esbozo. La universalización consiste en pasar de lo que “yo quiero ser” – puesto que las posibilidades “se constituyen en orden a lo que yo quiero ser” – a lo que todo “podría ser”. No toda idealización implica universalización, pero “una moral que no pase la prueba de la universalidad, dice Zubiri, está minada radicalmente por su base”. La particularización consiste en pasar de lo que “podría ser” a lo que “puede ser”.

## 5. La apropiación de posibilidades en bioética.

En cuanto a la primera fase, la idealización, en bioética ha ocurrido lo mismo que en ética. Se ha comenzado idealizando, y luego se ha querido escapar de la idealización, saltando a la positivación. Este salto se ha dado en el vacío, porque no podemos dejar de idealizar. De hecho, en bioética de lo que hemos pasado es del “idealismo de los principios” al “idealismo de los valores”. Porque la cuestión es la siguiente: ¿qué valores tenemos que realizar? Los que no están realizados, por tanto, los que he idealizado y estimado como posibilidades perfectas. Y como lo “perfecto” es “la plenitud ideal de algo”, los valores que al final guían nuestras decisiones son más idealizaciones racionales que ideaciones campales. Esto tanto en lo que se refiere a los “valores intrínsecos” como a los “valores instrumentales”. Terminología ésta ajena a la filosofía de Zubiri, pero, recuperable, si es el caso, a nivel del logos y de la razón.

En cuanto a la segunda fase, la positivación, también aquí se han cometido algunos errores en bioética, porque ni en bioética ni en ética existe un único modo de verificar los esbozos de posibilidades. Por más que se intente, no sirven criterios cuantitativos, o dicho en términos filosóficos, absolutistas. Existe una gran pluralidad de criterios no cuantitativos que tienen que ver con circunstancias no sólo personales, sino económicas, sociales, culturales, políticas y científicas de una comunidad, nación o civilización. ¿Cómo verificar entonces los esbozos, cómo pasar de lo universal a lo particular, de lo esbozado idealmente a lo positivamente verificado? Aquí hay que echar mano de eso que desde Aristóteles se viene llamando sabiduría práctica o “prudencia”, que no es más que la puesta en marcha de la razón práctica en su función deliberativa. La deliberación es el *modo de experiencia* de la razón práctica. No es un mero método de toma de decisiones, como suele decirse, sino el modo de experiencia prudencial. Así entendida, la deliberación permite *adaptar* el esbozo de posibilidades a una situación

concreta. Esta adaptación es aquí la antesala de la opción, es decir, de lo que tiene como término la adopción de una posibilidad en vez de otra.

# Capacidades básicas para la deliberación en el ámbito sanitario

Isabel Tamarit López

IES Miralcamp (Vila-Real)

**Resumen:** En el ámbito sanitario la toma de decisiones que afectan a la salud o bienestar de un paciente constituye una práctica habitual, basada en un primer momento en la confianza que el paciente deposita en los profesionales sanitarios. La confianza, no obstante, no anula la autonomía y viceversa. En el caso de que su estado de salud no se lo permita el paciente puede haber delegado en otros el poder para decidir sobre su propia vida. La toma de decisiones que implica a paciente y profesional sanitario requiere, sin embargo, de un proceso deliberativo en el que los participantes han de contar con unas capacidades básicas, que en este escrito trataremos de esclarecer.

Capacidades, deliberación, autonomía, confianza.

**Abstract:** The aim of this paper is to explore the basic capacities required by medical professionals and patients in the process of deliberation previous to decisions making. Trust and autonomy are not opposite, because patients never lose their power to decide over their own life. Sometimes it is difficult for some patients because of their health situation to exercise this role on their own, but there are others who can interpret and express their will.

Capacities, deliberation, autonomy, trust

## 1. Introducción

Desde la bioética la reivindicación de la autonomía del paciente y sus derechos en el proceso de asistencia sanitaria ha constituido desde los inicios uno de los principales temas de interés, sobre los que se ha producido más bibliografía, en ocasiones, mostrando la confrontación con otros principios como la beneficencia del acto profesional o la justicia que debe caracterizar a la institución sanitaria. Esta reivindicación ha dado lugar a un modelo de relación médico-paciente distinto al modelo tradicional paternalista, en el que el médico decidía buscando el bien del paciente, sin que tuviera lugar un diálogo entre iguales. Posteriormente el reconocimiento del paciente como un ser autónomo, cuyas decisiones hay que respetar, se traduce en un tipo de relación más equitativa y respetuosa. (O'Neill, 2002: 2-3)

Por otro lado, la bioética principialista ha ido dejando paso en los últimos años a un modelo hermenéutico en el que las historias médicas se convierten en narraciones de casos concretos, que merecen interpretación atendiendo a las circunstancias y el

horizonte comprensivo en el que se enmarcan. Esto no significa, sin embargo, que la autonomía haya perdido valor en el ámbito de la bioética, más bien ocurre que deja de entenderse desde un sentido meramente individualista y pasa a considerarse en el contexto y las condiciones que posibilitan de hecho su ejercicio.

El paciente apela a su autonomía cuando se trata de tomar decisiones que afectan a su salud o bienestar, pues es quien mejor conoce y puede defender, como protagonista, los fundamentos de su plan de vida. Ahora bien, esta información no es la única que se pone en juego, ya que el profesional también aporta como experto sus conocimientos y valora las opciones que la medicina puede ofrecer al paciente en cuestión. Consideramos que la decisión debería erigirse como resultado de la complementación entre las informaciones de un lado y otro, del acuerdo entre las partes implicadas. Sería muy adecuado seguir un proceso deliberativo en el que tanto uno como otro se reconociesen como interlocutores válidos y tuviesen la oportunidad de expresar sus puntos de vista al respecto, mostrando las razones y argumentos que les permiten defenderlos con sentido. La asimetría entre paciente y profesional es insalvable en cuanto a posesión de información, pero esto no significa que no pueda haber entendimiento ni que las decisiones hayan de delegarse completamente en el experto en materia sanitaria, como si la salud o la vida fuesen el valor supremo que hay que priorizar en cualquier caso.

La confianza del paciente en la profesionalidad del personal sanitario es fundamental para que la asistencia tenga éxito y no se plague de obstáculos burocráticos o legalistas. Ahora bien, esta confianza que emana en un primer momento del reconocimiento del experto debe mantenerse y alimentarse a lo largo del proceso asistencial. Confiar no significa renunciar a la autonomía, más bien creemos que es una condición para su ejercicio y debe aparecer en la base de la relación médico-paciente.

Los procesos deliberativos que preceden a la toma de decisiones se fundamentan en la confianza y la autonomía. Por otra parte, tanto paciente como profesional requieren de unas capacidades básicas para deliberar en condiciones que faciliten el reconocimiento recíproco y el respeto, y a su vez se mantengan la confianza y la autonomía. Recurriremos en nuestro escrito al enfoque de las capacidades con el fin de determinar cuáles consideramos deben ser las capacidades básicas para la deliberación en el ámbito sanitario de sociedades democráticas.

## 2. Confianza en el profesional y autonomía del paciente

La persona que acude a los servicios sanitarios libre y voluntariamente deposita confiadamente en el profesional aspectos tan importantes de su vida como su salud, su bienestar físico y mental, con la expectativa de prevenir de enfermedad, mejorar o aliviar su estado físico o psicológico. Esta primera decisión, tomada desde el reconocimiento implícito o explícito de la propia vulnerabilidad, implica la aceptación del paciente de una serie de prácticas que apenas se cuestionan, pero de cuyas consecuencias y objetivos debe ser informado. En ocasiones, incluso el paciente ha de consentir explícitamente por escrito que le sea administrado un determinado tratamiento, de ahí la aparición de los documentos de consentimiento informado orientados a la salvaguarda de la autonomía. Ahora bien, para que el consentimiento sea resultado de la decisión libre y madura del paciente, éste tiene que ser informado previamente por el profesional sanitario, quien debe además estar preparado para resolver sus dudas y discutir con él sobre otras alternativas, nunca coaccionando u obligándole a tomar una determinada posición, y salvando el clima que se genera en torno a la medicina defensiva. El paciente debe comprender esta información y ello

requiere cierta competencia, para decidir finalmente de forma libre y voluntaria.  
(O'Neill, 2002: 19)

Confianza y vulnerabilidad van de la mano en la relación médico-paciente, sin que esto deba redundar en una pérdida total de autonomía, ni en modelos paternalistas, ya que el paciente a pesar de las condiciones en que se encuentra continúa siendo un ser digno, que merece el respeto y la comprensión de quienes le atienden, protagonista de su propia vida y agente en la medida de sus posibilidades.

Sin embargo, ocurre que la autonomía del paciente depende en parte de condiciones relativas al proceso de enfermedad que no son controlables por el sujeto, y que no siempre le permiten ejercer directamente su poder de elección o decisión, la reflexión o el escrutinio crítico que garantizan su independencia como agente libre. A pesar de la incertidumbre, en ocasiones, el paciente encuentra que la opción más razonable consiste en confiar en el profesional y su buen hacer.

No obstante, esta confianza no es irreconciliable totalmente con la autonomía. La voluntad del paciente se puede proteger, aún cuando no goce de su capacidad como agente autónomo, siempre y cuando otra u otras personas asuman como sus representantes la tarea de tomar las decisiones oportunas como si fuera el afectado el que lo hiciera. Y para estos supuestos los documentos de voluntades anticipadas, testimonio vital cobran todo el sentido. En otros supuestos, cuando por ejemplo las opciones son pocas o las capacidades cognitivas están limitadas, los procesos de toma de decisiones se ven muy dificultados. Entonces el consentimiento informado puede llegar a convertirse en un mero trámite o ritual en el que la autonomía del paciente queda reducida a un mero símbolo, en ocasiones más un obstáculo que una liberación.  
(O'Neill, 2002: 27)



### 3. Los procesos de toma de decisiones

Ya hemos comentado en el apartado anterior la importancia de la confianza en los procesos de toma de decisiones que se realizan en el ámbito sanitario. Actualmente el paciente interviene en las decisiones médicas a través del consentimiento informado y de forma indirecta con los documentos de voluntades anticipadas y testimonio vital. Son formas de respetar su autonomía y sus derechos, como dijimos. Aunque también albergan algunos riesgos, como puede ser la medicina defensiva o legalista, que traduce cualquier tipo de decisión en un trámite burocrático y en el que el paciente pasa a ser considerado un mero cliente o consumidor al que hay que satisfacer, como si esto garantizase el éxito de la práctica médica.

Pensamos que los procesos de toma de decisiones en la relación médico-paciente son más complejos que demandar simplemente el consentimiento como un medio para salvar posibles denuncias o intromisiones y cubrir el requisito ético. El consentimiento, como aparece en el primer principio del Código Médico de Nuremberg de 1947, tiene que ser “voluntario, competente, informado y comprensivo”. (Faden and Beauchamp, 1986) Ahora bien, la libertad o autonomía del paciente no se agota en el consentimiento o rechazo de tratamientos, esta es una interpretación muy minimalista de la autonomía. Además no podemos reducir los procesos de toma de decisiones al documento de consentimiento informado, en tanto que la situación de vulnerabilidad o deterioro de algunos pacientes les impide expresarse como individuos autónomos. Sólo en casos en los que el paciente es un adulto maduro, que está en plena posesión de sus facultades este tipo de procedimientos resultan pertinentes. ¿Qué sucede en el resto de casos? Por ejemplo: niños, pacientes gravemente enfermos que temporalmente no gozan de la plenitud de sus facultades, pacientes con demencia o enfermedades neurodegenerativas que afectan al nivel de conciencia, pacientes inconscientes o que acuden al servicio

médico en estado de emergencia. En estos casos no podemos recurrir al consentimiento informado ni a los documentos de testimonio vital o voluntades anticipadas, que podrían orientar en la toma de decisiones a profesionales y familiares del paciente.

Ahora bien, en cualquier caso, tanto si es el propio paciente el que decide o un familiar o tutor es importante que la decisión sea fruto de un diálogo con el profesional sanitario que le atiende. Podemos entender este diálogo como un proceso deliberativo en el que se comparte información muy diversa, relativa tanto al tratamiento médico, diagnóstico y pronóstico, así como referencias a la historia de vida, prioridades, valores e intereses del paciente. Cuando el intercambio de información, argumentos es exitoso es posible alcanzar un acuerdo razonable con el que ambas partes se muestren de acuerdo, pues comprenden la postura del otro, los argumentos que aporta a la discusión y reconocen que es la solución más adecuada en ese caso.

Participar en este tipo de diálogo exige un esfuerzo por parte del profesional quien tiene ante sí un incompetente en materia sanitaria. La terminología empleada no puede ocultar aspectos importantes relativos al tratamiento o situación del paciente amparándose en la dificultad de hacer accesible un discurso de expertos. Al paciente le debe resultar comprensible aquella información que le transmite el profesional, ya que de otro modo no se establece un diálogo transparente. Asimismo el paciente debe exponer sus dudas, miedos y expectativas, en definitiva, su voluntad de acuerdo con su plan de vida e idea del bien. Este tipo de discurso más narrativo también puede resultar incomprensible para el profesional sanitario, dado que los principios morales por los que se rigen uno y otro no tienen por qué coincidir. Como consecuencia del pluralismo moral de nuestras sociedades y de la presencia de pacientes inmigrantes con culturas muy distintas nos encontramos cada vez más con situaciones en las que se avanza poco en este tipo de diálogos. Las decisiones, en definitiva, no son fruto del ejercicio de la

autonomía, y aunque los derechos del paciente estén garantizados, así como la calidad de la asistencia, no se ha llegado a un acuerdo razonable y la relación de confianza entre médico-paciente puede verse mermada en este sentido.

Por eso consideramos que es importante especificar cuáles son las capacidades básicas para deliberación y, en definitiva, ejercicio de la autonomía en el ámbito sanitario. Para este propósito nos apoyaremos en el enfoque de las capacidades.

#### 4. Capacidades básicas para la deliberación

El enfoque de las capacidades según Amartya Sen no ha sido diseñado específicamente para ser aplicado al contexto de la bioética, sin embargo, encontramos interesante las conclusiones que se pueden extraer al respecto en este ámbito. Nos centraremos en la noción de capacidades básicas para la deliberación, teniendo en cuenta que Amartya Sen no se ha ocupado de especificar cuáles deberían ser estas capacidades, ni tampoco cuáles serían las condiciones para la deliberación. No obstante, sí insiste en la importancia del razonamiento o discusión pública para la toma de decisiones o el diseño de políticas o medidas públicas relacionadas con el desarrollo o la pobreza. La deliberación constituye el medio por el que es posible alcanzar acuerdos entre los afectados respetando su condición de agentes, su libertad para elegir el tipo de vida que tienen razones para valorar y sin caer en paternalismos o tutelajes (Sen, 2009). El objetivo es avanzar hacia acuerdos razonables sobre las capacidades que hay que priorizar, aunque en ocasiones las decisiones hayan de tomarse a partir de ordenamientos parciales o incompletos. Esto no debe considerarse un obstáculo, a juicio de Sen, pues la pluralidad de información o principios que se ponen en juego en la toma de decisiones tiene como consecuencia esa incompletud, que puede superarse

avanzando a partir de acuerdos parciales sin que por ello se haya de paralizar la acción (Sen, 1997: 52-54).

En el ámbito sanitario nos encontramos muchas veces con esa situación de ordenamiento incompleto que menciona Sen, dado que médico y paciente no acaban de coincidir en los criterios, ordenamiento de valores a partir de los cuales tomar una decisión. Pueden continuar deliberando, intercambiando argumentos y razones, pero la situación médica, la salud del paciente como en el caso de la pobreza y el desarrollo exigen con relativa urgencia una decisión que se traduzca en acciones que mejoren el estado del paciente. El acuerdo parcial puede constituir una solución, teniendo en cuenta que ambas partes han de poder expresar su postura y argumentar qué les parece más conveniente.

A través de la deliberación misma se persigue una superación de las posibles diferencias entre las partes, que conduzca a una decisión conjunta, compartida, a un punto de vista común con el que los implicados puedan verse identificados (Crocker, 2008: 312). Esta superación no puede derivar en una agregación de los intereses o valores expuestos en la discusión, ya que esto no implica un acuerdo en el sentido deliberativo. Lo que se promueve es una transformación de las preferencias a partir del escrutinio crítico-racional promovido por el intercambio de razones y argumentos.

Este tipo de afirmaciones pueden considerarse poco adecuadas en el caso de la relación médico-paciente, por las circunstancias y la situación asimétrica en que se encuentran las partes afectadas. Sin embargo, pensamos que en la medida de lo posible la deliberación se debe plantear en estos términos, respetando la autonomía del paciente, reconociéndolo, en definitiva, como un agente libre. Se requieren unas capacidades básicas para debatir con ciertas garantías, sin que se produzcan situaciones de dominación o asimetría entre las partes. Las capacidades básicas que consideramos en

el ámbito sanitario no coinciden exactamente con las que se exigen en el contexto político o social en el que se plantean las cuestiones o la problemática relativa al desarrollo.

Antes de exponer cuáles consideramos deben ser esas capacidades básicas aclaramos brevemente el concepto de capacidad. Sabemos que las capacidades constituyen cuotas de libertad sustantiva o libertad real, a partir de las cuales las personas pueden llegar a ser o hacer aquello que tienen razones para valorar (Sen, 1995). Así pues, a medida que los individuos amplían sus capacidades se abre el espectro de oportunidades reales para realizar sus planes de vida desde su condición de agentes. Las capacidades abarcan aspectos de la vida humana relacionados con las necesidades humanas más básicas como la salud, la educación, la seguridad y aspectos más complejos como los relativos a las libertades políticas o derechos económicos. En cualquier caso el disfrute y ejercicio de capacidades requiere de unos “arreglos sociales”, esto es, de una cierta estructura socio-política e institucional que favorezca el desarrollo como libertad, la expansión de capacidades (Sen, 1999).

Una vez aclarados los conceptos fundamentales nos centraremos en la cuestión central que nos ocupa. En primer lugar, como en cualquier proceso deliberativo dentro o fuera del ámbito sanitario la capacidad básica más inmediata con que han de contar los interlocutores está relacionada con el disfrute de un mínimo bienestar socio-económico, que les permita salvar situaciones de privación absoluta o pobreza que dificultarían mucho su participación en la discusión.

En segundo lugar, las personas han de contar con la capacidad de expresarse libremente, coincidiendo con una de las libertades básicas de las sociedades democráticas. Esto significa no sólo que pueden exponer su punto de vista al respecto,

sino además aportar argumentos razonables que resulten significativos para la deliberación.

En tercer lugar, otra capacidad básica es que los afectados cuenten con facultad racional y puedan ejercerla y desarrollarla plenamente, así podemos reconocer su competencia para realizar elecciones razonables de acuerdo a unos objetivos o fines.

En cuarto lugar, es importante que las partes cuenten con la libertad de comunicarse en su propia lengua o el lenguaje que les permita expresarse mejor dada su situación. Esto significa, por un lado, respetar la libertad cultural y, por otro, dar acceso a quienes se encuentran en situación desaventajada por su nivel de alfabetización o la merma de sus facultades comunicativas.

En quinto lugar, se ha de contar con la posibilidad de contrastar la información con otros puntos de vista o solicitar el consejo o asesoramiento de otros agentes no implicados directamente en el caso, con el fin de ampliar el horizonte comprensivo y superar algunos prejuicios, aclarar términos o condiciones.

Como hemos comentado anteriormente, a propósito de los arreglos sociales, para la realización de estas capacidades básicas también son necesarias unas condiciones que no tienen que ver directamente con la asistencia sanitaria, sino con el contexto socio-cultural en el que se desarrolla esta actividad. Así pues, se requieren los recursos económicos para cubrir las necesidades básicas que permiten a la persona que se enfrenta a una situación de deterioro en su salud valorar las distintas alternativas y contar con opciones reales para decidir libremente. También es importante que la persona disfrute de un mínimo nivel educativo que le permita comprender en la medida de lo posible el discurso médico y ejercer su competencia comunicativa en los términos de lo razonable. Los centros de asistencia sanitaria han de ofrecer a los pacientes la posibilidad de que un intérprete o acompañante intervenga en el proceso deliberativo y

favorezca el entendimiento. Finalmente los comités de bioética asistencial, la posibilidad de consultar a otros profesionales facilita esa ampliación de horizontes de la que hablamos y la calidad del proceso deliberativo.

## BIBLIOGRAFÍA

- CROCKER, David (2008). *Ethics of Global Development*. Cambridge: CUP.
- FADEN, Ruth and BEAUCHAMP, Thomas (1986). *A history and Theory of Informed Consent*. New York: Oxford University Press.
- O'NEILL, Onora (2002). *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge: CUP.
- SEN, Amartya (1995). *Nuevo examen de la desigualdad*. Madrid: Alianza Ed.
- ----- (1997). *Bienestar, justicia y mercado*. Barcelona: Paidós.
- ----- (1999). *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Planeta.
- ----- (2009). *The Idea of Justice*. Cambridge, Massachussets: The Belknap Press of Harvard University Press.
- SIURANA, Juan Carlos (2005). *Voluntades anticipadas: una alternativa a la muerte solitaria*. Madrid: Trotta.

---

## NOTAS:

<sup>1</sup> La elaboración de este escrito se inscribe en las actividades del proyecto de investigación FFI-2008-03599.

# La contribución del estudio de las virtudes en bioética para la democracia deliberativa

M<sup>a</sup> José Codina Felip

I.E.S. Nou Derramador (Ibi - Alicante)

**Abstract:** En la actualidad nos encontramos en un contexto multicultural, en el que la democracia deliberativa se abre paso como organización política válida para articular la convivencia entre cosmovisiones distintas. Dentro de este marco se hace necesaria una educación cívica que permita la convivencia de dichas cosmovisiones. En este artículo defiendo como válida y necesaria la educación en virtudes cívicas, formales y procedimentales, no vinculadas a ninguna noción sustantiva de vida buena. Puesto que en bioética se ha avanzado en el estudio de las virtudes, creo conveniente el estudiar las aportaciones que este estudio puede brindar a otros ámbitos.

**Keywords:** virtudes, educación, bioética, democracia.

**Abstract:** Actually, we are in a multicultural context, where deliberative democracy shown like a valid politic organization to frame the coexistence between different worldviews. In this framework the civic education is necessary to enable the coexistence of this worldviews. In this article I defend that the civic education in civic, formal and procedural virtues, is valid and necessary. These virtues are not linked to any substantive notion of good live. Because in bioethics has been advanced in the study of virtue, I think it convenient to study the contributions that this study may provide to other areas.

**Keywords:** virtues, education, bioethics, democracy.

## 1. Introducción:

El estudio de la educación en virtudes en Bioética ha dado grandes frutos. Los principales investigadores en esta área son E. Pellegrino y D. Thomasma.

En este artículo defiendo la hipótesis de que la educación en virtudes es necesaria en una sociedad multicultural para poder hablar de democracia deliberativa. Ha de ser una educación en virtudes cívicas, que no sean sustantivas en torno a un modelo concreto de vida buena. Son herramientas válidas y útiles para el diálogo intercultural, para encontrar aquellos puntos de unión universalmente válidos en torno a los que articular nuestra convivencia desde la base del respeto a la dignidad y derechos humanos.

Entiendo que si la investigación en virtudes en Bioética ha dado sus frutos, es productivo aprender de estos avances para analizar las posibles contribuciones en otros ámbitos en lo que respecta a la democracia deliberativa.



El texto en el que me he basado fundamentalmente para la realización de este trabajo es *The Virtues in Medical Practice* (Pellegrino y Thomasma, 1993).

## 2. El vínculo entre virtudes y principios

Según Pellegrino y Thomasma, sí existe un vínculo necesario entre virtudes y principios éticos universales. Más que afirmar que exista, lo que vienen a decir es que este vínculo es necesario, que debe existir. Defienden la idea de que un acto moral necesita de fundamentación para escapar de la circularidad. Tal fundamentación la otorga el análisis de qué son y qué papel tienen las virtudes, porque “un acto moralmente bueno es aquel que ha hecho una persona virtuosa; y la persona virtuosa es quien persigue hacer actos moralmente buenos. Este razonamiento circular es tolerable cuando alguna noción común de qué es bueno es aceptada como tal por todos. Cuando no existe esta noción común, la consistencia lógica de las conexiones entre el carácter y los actos moralmente buenos no son sostenibles” (Pellegrino y Thomasma, 1993: 18).

Pellegrino y Thomasma defienden que ni los principios ni las virtudes, de manera aislada, son suficientes por sí mismas para garantizar que un acto sea verdaderamente moral. Por tanto, las éticas aplicadas, en este caso la ética médica, requieren de una ética que no esté basada únicamente en principios, o que dependa únicamente de las virtudes, sino que establezca un vínculo entre ambos.

Un principio “es la más fundamental y universalizable entidad moral” (Pellegrino y Thomasma, 1993: 21). Los principios son guías de acción necesarias como garantía del respeto a los derechos fundamentales. Por tanto, son necesarios los principios para no caer en un situacionismo que nos lleve a actuar de una manera u otra dependiendo del momento y la situación, de modo que no se garantice el trato igual e igual respeto a todo ser humano, sino que dependa esto del contexto en el que se encuentre.

Pero claro, “los principios necesitan ser interpretados en su aplicación a casos particulares” (Pellegrino y Thomasma, 1993: 21). Los principios son necesarios en cualquier acto moral, pero no son suficientes, ya que no se puede olvidar que todo acto moral es un acto particular que está inserto en un tiempo, lugar, espacio, y con agentes diferentes. Y aquí es donde entran en juego las virtudes.

Una persona virtuosa “no es virtuosa porque respeta un principio, sino porque reconoce la naturaleza fundamental y universal de ese principio, no lo ve sólo como un deber en el sentido kantiano, sino como parte de su carácter” (Pellegrino y Thomasma, 1993: 22). Una persona virtuosa será capaz, en mayor medida que otra, de aplicar correctamente a la diversidad de circunstancias los principios pertinentes.

Pero tampoco es suficiente ser virtuoso sin más. El tener un buen carácter, el querer actuar buscando el bien, en definitiva, las buenas intenciones no son suficientes. Según Pellegrino y Thomasma “la buena disposición o el buen carácter por sí mismos no asegurarán que un acto o elección moral sea bueno. Pueden garantizar buenas intenciones y buenos motivos. Pero la calidad moral de los actos y las personas depende de cómo las intenciones, circunstancias, y actos se relacionan con los demás” (Pellegrino y Thomasma, 1993: 21).

Aquí se trata de unificar la aportación de Aristóteles respecto a las virtudes, con la autonomía kantiana, y en cierta manera, también creo yo, con el deontologismo del mismo, para vincular principios y virtudes. Tal y como estos autores defienden la autonomía kantiana, ésta se vincula directamente con los principios, ya que los principios son fruto de la autolegislación moral que el ser humano se da a sí mismo. Para estos autores, si algo es propio del ser humano es que somos una especie “que se define esencialmente en parte por su capacidad para razonar, para planear el futuro, y por lo tanto para proporcionarse a sí mismo su propia dirección” (Pellegrino y

Thomasma, 1993: 21). Así toman de Kant su afirmación de que lo propio del ser humano es poder proponerse fines (Kant, 2005). Si además, la razón propia del ser humano es autolegisladora y capaz de lo que Kant llama “la buena voluntad” (Kant, 2003: 19) –esto es, querer actuar bien por el hecho de actuar bien, independientemente del fin a conseguir-, se sigue que, en cierta manera, sí recogen Pellegrino y Thomasma la autonomía kantiana como fundamentación de la función y necesidad de los principios. Ya que, al fin y al cabo, son fruto de esa capacidad autolegisladora en cuestiones morales propia del ser humano.

Pero, por otra parte, recogen de Aristóteles la importancia de las virtudes. Reconocen que los principios, sin una buena interpretación, sin una buena aplicación, valen de bien poco. Es más, no valen de nada sin ninguna motivación en lo que respecta a querer seguirlos. Por seguir con la terminología kantiana, los principios sin las virtudes nos dejarían en la “minoría de edad” moral (Kant, 2000: 63). No tanto en el sentido de que no somos capaces de autolegislarnos, sino en el sentido de que, ya establecidos unos principios, estos nos resultan ajenos y extraños a nosotros y, por tanto, si esto ocurre, el individuo en cuestión no siente esa obligación de seguir y cumplir ese principio, a no ser que lo haga por miedo al castigo o la vergüenza al ser descubierto.

Por tanto, los principios no son garantía de que pueda darse ese “querer actuar bien”, “por sí mismos, los principios pueden despersonalizar y deshumanizar” (Pellegrino y Thomasma, 1993: 23), en el sentido de que se corre el peligro de que sean ajenos a la historia personal y el proyecto vital de los individuos, sin tener en cuenta la diversidad y siendo ajenos a la misma en el momento de su aplicación.

Pero, por otra parte, las virtudes tampoco son garantía, por sí mismas, de que una elección moral sea finalmente la acertada. Las buenas intenciones no bastan. Sin los

principios se corre el riesgo de que las virtudes ahonden tanto en su carácter comunitarista que caigan en un relativismo y un situacionismo que no serían, para nada, garantía de que puedan respetarse unos mínimos en lo concerniente a los derechos fundamentales de las personas.

Por tanto, son necesarios, a mi entender, unos principios éticos que sean universalmente válidos y capaces de ser compartidos por cualquier ser humano, de modo que sirvan como garantía para el respeto de la dignidad y autonomía de todo individuo. Y, por otro, lado, es necesario que se vinculen los principios con las virtudes para que pueda darse una correcta interpretación, ordenación y aplicación de los principios a las situaciones concretas, atendiendo desde el respeto y, evidentemente, bajo criterios de justicia, a la diversidad humana en lo concerniente a sus proyectos vitales y nociones de vida buena.

### 3. ¿Se pueden enseñar las virtudes?

Pellegrino y Thomasma se preguntan si pueden enseñarse las virtudes necesarias para una buena práctica médica en las Escuelas de Medicina. Expongo las conclusiones a las que llegan en este campo, para pasar a analizar cómo pueden contribuir a otras áreas, como la educación cívica en el marco de una democracia deliberativa.

Pellegrino y Thomasma exponen las respuestas que diferentes filósofos dan a si se pueden enseñar las virtudes, y se posicionan del siguiente modo: “Más bien, como Platón en *La República*, y como Aristóteles, Santo Tomás de Aquino, y Dewey, nosotros creemos que las virtudes pueden ser enseñadas mediante la práctica, el ejemplo, e incluso mediante el estudio de la ética” (Pellegrino y Thomasma, 1993: 176). De manera que defienden abiertamente que sí pueden enseñarse las virtudes y que, además, es algo necesario.

He de matizar respecto a esta educación en virtudes dos cuestiones.

En primer lugar, creo fundamental la aclaración que hacen en lo que respecta a de qué están hablando exactamente cuando hablan de educar en virtudes. No se trata de un adoctrinamiento ni de inculcar una ideología o cosmovisión concreta. De hecho especifican que “nosotros no nos proponemos que una escuela médica, especialmente en una sociedad pluralista, pueda alterar creencias religiosas fundamentales o las no-creencias. [...] La facultad de medicina no puede sustituir a la familia, la iglesia o la escuela” (Pellegrino y Thomasma, 1993: 176). Para ellos, se debería educar a buenos médicos en tanto que médicos. Aunque para ello no renuncien ni ignoren “la importancia de las virtudes de la persona en tanto que persona” (Pellegrino y Thomasma, 1993: 176).

De aquí se sigue la segunda cuestión que comentaba. Pellegrino y Thomasma entienden que la educación en virtudes “de la persona en tanto que persona” –entiendo que esto es en lo concerniente a las virtudes que ya no son meramente profesionales– influyen positivamente en el posterior desarrollo profesional de las personas.

A partir de aquí, uno de los aspectos más importantes de su contribución a la pregunta de si las virtudes pueden enseñarse, es que llegan a defender que, incluso sin proponérselo, se enseñan, porque se enseñan con el ejemplo. Existe un factor comunitarista en esta afirmación. Se enseña con el ejemplo en las escuelas, el hogar, las facultades... En las distintas comunidades en las que se socializa el ser humano.

Desde mi punto de vista, hay comunidades en las que poco pueden hacer –que no nada– las instituciones públicas, como por ejemplo la familia, por ser una “comunidad” con un carácter mucho más privado que cualquier otra. Pero en lo concerniente a colegios, institutos y universidades, las instituciones públicas sí tienen gran responsabilidad. Estas instituciones educativas son comunidades al servicio de la

sociedad y, como tales, han de dar respuesta a las demandas relativas a los intereses legítimos de los ciudadanos. Habrá que ver, por tanto, qué se puede y se debe hacer respecto a si es necesaria una educación en virtudes en estas comunidades, donde el personal que trabaja allí educa o deforma con su propio ejemplo el carácter de aquellos a quienes han de educar. Si, como defienden Pellegrino y Thomasma –con los que estoy de acuerdo- “la fuerza de modelo de los profesores para modelar la conducta en buena o mala es enorme” (Pellegrino y Thomasma, 1993: 177), habrá que prestar más importancia a la formación y selección del profesorado. Porque, de la misma manera que mediante el ejemplo se transmiten las virtudes, lo mismo ocurre con los vicios y los malos hábitos.

Por otra parte, si también se educa en virtudes mediante la práctica ¿no sería pues responsabilidad de las instituciones educativas o de los organismo pertinentes el garantizar que se lleva a cabo esta práctica? Según Pellegrino y Thomasma “si las virtudes no se practican, las reglas externas gobernarán la vida moral. Las virtudes no son interiorizadas y la oportunidad de crecimiento moral mediante la práctica de las virtudes se pierde. El resultado final es una disminución del potencial humano y del cumplimiento de la persona como profesional” (Pellegrino y Thomasma, 1993: 178).

Pellegrino y Thomasma ponen de relieve la responsabilidad que a este respecto tienen las escuelas de medicina. Pero, desde mi punto de vista, esta crítica es errónea por incompleta. Al fin y al cabo, el dejar en manos de cada institución la carga de la responsabilidad de que en ella se eduque en las virtudes pertinentes, nos lleva a confiar en la buena voluntad de aquellos quienes constituyen y forman tal institución. Si antes estos autores criticaban que las virtudes por sí mismas no bastan, no acabo de entender porqué ahora esperan que la buena voluntad de los miembros de una institución sea la responsable de la educación en virtudes de sus alumnos. Me parece muy inocente el

esperar que esa buena voluntad surja de manera espontánea. No hay que olvidar que las instituciones educativas son comunidades, y toda comunidad está impregnada de los intereses de sus miembros, de cosmovisiones e ideologías distintas. Le falta alguna pata a esta mesa. Quizá sea el prestar más atención tanto a la formación y selección del profesorado, como a garantizar que tras las instituciones no haya otros intereses económicos, ideológicos o de poder en general, que pueden dificultar el tipo de educación que aquí se está defendiendo. Al respecto, Pellegrino y Thomasma hablan de la necesidad de un “consenso moral” en las comunidades educativas y profesionales, esto es, un sentido de “comunidad moral” (Pellegrino y Thomasma, 1993: 180). Pero este consenso ha de ser lo más generalizado posible, abierto a la interculturalidad, e incluso en lo concerniente a todo afectado por dicho diálogo y reconocido como agente válido en el mismo.

4. Conclusiones: de las virtudes en medicina a las virtudes en educación cívica para la democracia deliberativa.

En primer lugar, creo necesario especificar que estoy convencida de que la separación total entre esferas del conocimiento carece de sentido. Lo que funciona y es válido para la bioética –en este caso para la ética médica y la formación de futuros médicos- ¿por qué no ha de ser válido para otros ámbitos? Evidentemente no tendría sentido extrapolar directamente lo que funciona en bioética al ámbito de la educación secundaria. Pero sí se puede analizar qué funciona, por qué funciona y cómo funciona. Y algo se podrá aprender. Al fin y al cabo, si algo tienen en común todas las áreas del conocimiento es que son comunidades humanas. Y como tal, habrá que ver qué de bueno se puede aprender en nuestro crecimiento moral como seres humanos. El desarrollo moral del ser humano no se puede diseccionar por partes absolutamente

independientes según a qué se dedique cada cual, sería un sinsentido. Por tanto, voy a analizar qué se puede aprender de los avances en bioética y, en concreto, de la ética médica analizad por Pellegrino y Thomasma en esta obra.

A partir de todo lo expuesto hasta ahora, concluyo que, si bien una escuela de medicina ha de centrarse en las virtudes necesarias para ser buen médico, pero que las virtudes en tanto que persona influyen positivamente en esta tarea, en primer lugar será necesario educar en las virtudes que llaman “en tanto que persona” (Pellegrino y Thomasma, 1993: 176), ya que esto va a beneficiar a todo desarrollo posterior profesional –sea éste en el ámbito que sea. Pero también que, centrándome más en la educación, siguiendo el ejemplo de ceñirse a las virtudes propias para el desempeño de una función social concreta, quizá valdría la pena, en ciertas etapas educativas como puede ser la educación secundaria, ceñirse a las virtudes necesarias para una educación cívica en el marco de una democracia deliberativa.

Defiendo esta educación en esta etapa porque es la previa a la formación profesional que elija cada cual, bien sea universitaria o de cualquier otro tipo. Al finalizar el instituto es cuando se comienza a labrar un proyecto vital en torno a una profesión que, elegida o no, va a ser un elemento constitutivo de la identidad de los individuos en un alto grado.

Creo que es la etapa fundamental en la que centrar los esfuerzos en una educación en virtudes cívicas que permitan practicar, ejercitar, ciertos hábitos que van a ser necesarios y beneficiosos para una posterior convivencia en una sociedad altamente globalizada y profundamente multicultural.

Pellegrino y Thomasma entienden que la principal virtud es la prudencia. Y creo que no les falta razón porque, tal y como defendía Aristóteles, para cualquier elección,



la mejor consejera es la prudencia, eso sí, de la mano, entre otras cosas, del conocimiento.

Hablamos mucho de democracia deliberativa y de sus condiciones de posibilidad. Por cuestiones de espacio no entro en detalles al respecto. Pero creo que es evidente que ciertos hábitos, ciertas “buenas costumbres” son necesarias para poder hablar de democracia deliberativa. Estas serían las virtudes cívicas en las que se habría de educar. A mi juicio son: la virtud de escuchar, de respetar las opiniones ajenas, de tener el convencimiento de que podemos aprender de los demás –por muy distintos a nosotros que sean-, de estar predispuesto a dejarse convencer por el mejor argumento, de recurrir al diálogo como herramienta válida para la resolución de conflictos, de adoptar una actitud crítica ante la realidad y ante las propias creencias y convicciones, entender que el conocimiento es la base de la libertad, de reconocer la importancia del pensamiento autónomo para el crecimiento personal y el desarrollo de las capacidades, y, por supuesto, del convencimiento de que la solidaridad es absolutamente necesaria para ser plenamente humano.

Como puede verse, ninguna de estas virtudes son virtudes, podríamos decir, sustantivas. No son virtudes que impliquen ninguna noción concreta de vida buena.

En una sociedad multicultural y globalizada como la nuestra, esto no tiene sentido y además está abocado al fracaso.

Estas virtudes permiten el diálogo entre culturas, entre cosmovisiones distintas. Permiten el diálogo y favorecen el enriquecimiento de todos, tanto personal como social. Creo que son necesarias para una convivencia pacífica basada en el reconocimiento universal de la dignidad y los derechos humanos.

Por tanto, se concluye que es necesario educar en virtudes cívicas como condición de posibilidad de la democracia deliberativa. Y que estas virtudes han de ser

procedimentales, virtudes que puedan ser compartidas y asumidas como válidas por cualquier individuo. Hablo así de virtudes interculturales.

## BIBLIOGRAFÍA

Kant, I.; Quintás Alonso, G. (2000) *Crítica de la razón pura. Prólogo de la Segunda Edición. Introducción. ¿Qué es la Ilustración?*, Publicacions de la Universitat de València.

Kant, I.; García Morente, M. (2003) *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Ediciones Encuentro.

Kant, I.; Cortina, A. (trad.); Conill, J. (trad.) (2005) *La metafísica de las costumbres*, Tecnos.

Pellegrino, E., Thomasma, D.C. (1993) *The Virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, New York.

# Human enhancement y deporte

## Una visión global

Francisco Javier López Frías<sup>1</sup>

*Universidad de Valencia*

**Resumen:** Con el desarrollo de especialidades científicas más novedosas, especialmente la biomedicina, la lucha por la perfección en el deporte se ha visto influida por la aparición de ciertas sustancias que permiten mejorar el funcionamiento del cuerpo humano con el fin de llevar a cabo una práctica más excelente, más rápida, más fuerte, más continua,... por no nombrar las posibilidades inimaginables que ofrece la nueva ciencia genética o robótica, no obstante, la utilización de este tipo de recursos está altamente estigmatizada en el mundo del deporte de competición, considerándose el mayor pecado que puede cometer un deportista. En esta comunicación se pretende seguir la evolución de dicho debate en el ámbito concreto del deporte para ofrecer una visión panorámica del mismo. Mejoramiento humano, dopaje, deporte, moral, internalismo.

**Abstract:** In this paper I shall try to take a brief look at the current doping debate within the realm of sports trying to focus my attention on the newest techniques for doping, is to say, those related with the enhancement of normal human capabilities. For the past 40 years, medical research has grown and evolved at an astonishing level. The upshot of this increase is that several new medical areas have appeared: genetic medicine, nanomedicine, biotechnology... I wonder whether the new possibilities offered by these emerging disciplines will change the nature of doping in sports, and also of sports themselves. Although these kinds of practice are socially condemned, will they change the nature of future of sport?

human enhancement, doping, sports, moral philosophy, internalism.

### 1. *Enhancement* y deporte, entre internalismo y externalismo

Los últimos avances de la ciencia han producido la posibilidad de convertir elementos más propios de la ciencia ficción reciente en factibles en unas pocas décadas, así por ejemplo, las ciencias biomédicas están planteando la posibilidad real de usar la medicina y la tecnología para mejorar, manipular y reformar algunos aspectos de la biología humana con el fin de hacernos más perfectos: mejor visión, memoria más amplia, mayor de control de nuestro cuerpo, o incluso ideas como la que plantea Adela Cortina en su más reciente artículo: “¿No desearía usted que le insertaran un chip para hablar inglés sin necesidad de academias?”(Cortina, 2010). Para la filosofía estos temas son de una importancia vital ya que tocan conceptos que han sido, históricamente

hablando, los principales dentro de ella, nos referimos a la libertad, la naturaleza humana, la identidad, el estatus moral, el bienestar,...

Estamos ante el Prometeo (como afirma el filósofo del deporte McNamee) o el Frankenstein (según Adela Cortina) de nuestra época, ya que cuestiones como éstas, más propias de la ciencia ficción, han dejado de ser tal cosa para convertirse en un elemento que reclama imperiosamente una reflexión crítica desde una ética aplicada interdisciplinar, dónde el trabajo conjunto de filósofos, juristas, científicos, (deportistas, en nuestro caso),... pueda arrojar luz sobre las interrogantes que la realidad científica nos plantea a raíz del desarrollo de estas nuevas posibilidades. Adela Cortina remite al congreso organizado por la Fundación Dana en 2002 en San Francisco como el momento de fundación de este nuevo saber que se ocuparía de ellas, a saber, la Neuroética.

Con la aparición de este debate en al ámbito público se conformaron principalmente dos bloques antagónicos que se posicionaron al respecto, a saber: transhumanistas y bioconservadores. Los primeros, defenderían que *“una gran variedad de mejoras deberían ser desarrolladas, y la gente debería ser libre de usarlas para transformarse a sí mismos de diversos modos”* (Bostrom N. y Savulescu J, 2009: 1) mientras que los segundos *“creen que no deberíamos modificar sustancialmente la biología o condiciones humanas”* (Ibíd). El argumento habitual de los primeros suele establecer la continuidad de este tipo de métodos de mejora con aquellos que ya hemos aceptado históricamente, incluyendo entre ellos cualquier tipo de técnica o producto de ella que mejore las capacidades humanas, desde los zapatos y la ropa que servirían para mejorar la resistencia de nuestra piel, hasta un portátil en el que guardamos toda cantidad de información.

Esta postura llevada al extremo podría llegar a defender, por ejemplo, que las técnicas memorísticas que nos ayudan a recordar números o direcciones mejorando nuestro *software* mental son también un modo de mejoramiento humano, no obstante, parece lógico que deba determinarse una barrera que diferencie entre los nuevos tipos de mejora derivados de las técnicas biomédicas y los tradicionales: zapatos, libros, ordenadores,... Cuando ésta se marca apelando exclusivamente a esencias naturales cerradas suele caerse en el otro extremo, es decir, en el bioconservadurismo. Para ello es necesaria y urgente, como en toda labor filosófica, la labor de definir los términos que están en juego con el fin de delimitar qué entendemos por *enhancement*. Con el desarrollo de esta labor, se ha ido generando un debate en el que han ido apareciendo opciones mixtas que tratarían de encontrar el término medio entre bioconservadores y transhumanistas.

Torbjörn Tännsjö distingue entre: “*intervenciones negativas, llevadas a cabo con la intención de curar enfermedades o eliminar algún tipo de minusvalía, intervenciones positivas cuya intención es mejorar el funcionamiento humano dentro de las variaciones naturales, y mejoramiento que trata de llevar a los individuos más allá del funcionamiento normal del organismo humano*” (Tännsjö, 2009: 316). Un ejemplo de la primera sería la utilización de un antiinflamatorio tras una rotura muscular con el fin de reducir la inflamación de la zona y con ello el dolor, por su parte, un caso del segundo tipo sería el de aquellos niños (como el caso del célebre futbolista Lionel Messi) que se ven obligados a tomar hormonas del crecimiento para incrementar su inusual tamaño.

Muy distintos, al menos a simple vista, parecen estos casos de los que nombramos anteriormente bajo la etiqueta de *enhancement*: un chip con idiomas en el cerebro, músculos más potentes gracias a la manipulación genética,...No obstante, él

mismo acepta que esta distinción puede resultar en muchas ocasiones “*vaga, evluativa y convencional*” (Ibíd: 317) pero lo que la salva es que resulta útil cuando la aplicamos a prácticas o situaciones concretas, como por ejemplo, la importancia que debe darse a cada tipo de intervención médica dentro de un sistema sanitario público pagado por todos los ciudadanos de un Estado o, como es nuestro caso, qué intervenciones son permitidas dentro de una práctica como la deportiva, dónde existen ciertos criterios normativos propios.

Aquí estamos obligados a mencionar la posición de Christine Overall según la cual, dada la enorme cantidad de diversas aplicaciones que pueden hacerse de los avances de la ciencia biomédica “*las generalizaciones morales sobre todos los procesos y tecnologías no son sabias, sino que deberían ser evaluadas individualmente*” (Overrall, 2009: 328), es decir, defender al completo la inmoralidad o moralidad de aquellas prácticas que etiquetamos como “mejoramiento humano” es imprudente, más bien hemos de defender una visión internalista que desde dentro de las diversas prácticas sociales analice si pueden aplicarse ciertas técnicas de mejoramiento humano en sus protagonistas: políticos, deportistas, músicos, profesores,...

Esta visión es la que Savulescu denomina como “tomar la dirección hacia abajo” (*downwards*), pero no podemos por ello olvidar, como él mismo puntualiza, la visión externalista o “dirección hacia arriba” (*upwards*) que analiza el fenómeno del *human enhancement* prestando atención a los retos y problemas éticos que plantea, no ya en las prácticas sociales concretas sino, considerando el rol que puede llegar a tener para el futuro de la Humanidad, es decir, las implicaciones que tiene para todos aquellos que se verían implicados por las consecuencias de su puesta en práctica; la totalidad de la humanidad. Lo cual requiere analizar la relación que podría tener este fenómeno con

todos aquellos que componen nuestra realidad social: crecimiento social e igualdad, riesgo a una catástrofe global, democracia global y gobernanza.

A mi juicio, esta interpretación de Savulescu es bastante correcta, aunque hemos de matizar más aún que no podemos quedarnos en ninguno de los dos extremos, internalismo o externalismo, sino tratar de mediar entre ambos con el fin de entender qué aplicaciones concretas, si las hay, son moralmente aceptables a la vez que beneficiosas para toda la Humanidad sin caer en posiciones reduccionistas como la de Overall que desde el ámbito pragmático olvida la vertiente moral de nuestra razón práctica (siguiendo la caracterización tripartita que Habermas hace: punto de vista pragmático, ético y moral). Por muy distinta que sea la lógica de cada una de las prácticas sociales, existen unos mínimos morales que subyacen a la constitución de nuestras sociedades democrático-liberales que todas deben tener presentes y aceptar, por tanto, como defiende la ética hermenéutico crítica elaborada en lo que se está comenzando a llamar la Escuela de Valencia, internalismo y externalismo han de ir de la mano, hemos de trazar puentes entre ambos.

## 2. La lógica especial de la práctica deportiva

En su polémico libro Joe Humphreys realiza la siguiente afirmación sobre el deporte “*las drogas son tratadas mucho más seriamente que otros crímenes, actos de violencia incluidos*”(Humphreys, 2008: 112), así por ejemplo, cuando Roy Keane sólo fue expulsado del campeonato futbolístico durante tres semanas por una entrada a la altura de la rodilla a Alf Inge Haaland con la que obligó a éste a dar por terminada su carrera deportiva, es más, cuando Roy Keane reconoció en su autobiografía que dicha entrada fue hecha a propósito volvió a recibir un nuevo castigo de cinco partidos. Sin embargo, cuando su compañero de equipo Rio Ferdinand olvidó acudir a un control

anti-doping fue apartado de la competición por toda la temporada, un total de ocho meses, por no mencionar el ejemplo más famoso de todos, el del corredor Ben Johnson, que tras batir el record en su especialidad en 1987 fue acusado de dopaje, lo cual le valió (tras declararse culpable de ello) la pérdida de su medalla y del record como hombre más rápido del mundo. ¿Por qué esta desproporción de castigos? ¿Verdaderamente es más grave el presunto dopaje que la violencia gratuita que sólo tiene como fin herir al oponente? A Humphreys esto le parece una locura y piensa que el dopaje debería ser legalizado para que no cause tanto daño al deporte con su acción desde la sombra, ya que las exigencias del deporte moderno obligan de un modo u otro a recibir tratamientos de tal tipo, en palabras de Ben Johnson: “*No soy un tramposo [...] Yo hago lo que se supone que debo para ganar*” (Ibíd: 124).

Por lo tanto, la medicina deportiva, a la vez que muy avanzada en ciertos aspectos, por ejemplo, en cuanto a tratamientos novedosos y rápidos (especialmente en el ámbito de la intervención negativa), está muy atrasada en otros, a saber, tiene bloqueada la realización de intervenciones positivas y, por supuesto, de mejora humana (*enhancement*) algo que, evidentemente, no sucede en otras prácticas sociales, por ejemplo, nadie ve mal que un violinista tome beta-bloqueadores para tocar con más destreza su instrumento ante un gran público, sin embargo, si esto lo hace un deportista está condenado a la humillación y condena pública e institucional.

Tännsjö se pregunta por qué es esto así, y encuentra la respuesta en la especificidad de la moral interna que configura el deporte: por un lado, hablamos del deporte como de un fenómeno cultural de masas donde lo principal es proveer al espectador de una maravillosa puesta en escena, aquí lo estético y emocional es lo fundamental; un resultado incierto, una gran exhibición física o de equipo,... por eso las intervenciones negativas son importantes y aceptables para poder recuperar



adecuadamente de sus lesiones y problemas físicos a los protagonistas de la competición. Por otro lado, el efecto producido por su forma propia de concebir los conceptos de competición y justicia; en cuya interrelación encuentra Tännsjö el principal motivo de estigmatización del dopaje en el deporte que es definido, en términos de Fraleigh, como *“una práctica voluntaria y consensuada, en la que uno o más participantes se oponen al menos a uno o más rivales en busca de la mutua evaluación de sus diversas habilidades para moverse en el espacio y el tiempo utilizando movimientos corporales que exhiben habilidades motoras desarrolladas, resistencia psicológica y fisiológica, y tácticas y estrategias aprobadas socialmente”* (Fraleigh, 1984: 96).

Una práctica así requiere de una noción de justicia especial, a saber, aquella que toma como punto de partida inamovible las diferencias producidas por la lotería genética que nos ha dotado de unas habilidades físicas y psicológicas específicas, para insistir en la aceptación de ellas tratando de llevarlas al máximo de sus posibilidades a través de sí mismas, es ésta una noción, a juicio de nuestro autor, nietzscheana de justicia frente a la típicamente rawlsiana que defenderíamos hoy al exigir la igualdad de derechos y libertades para todos, así como de oportunidades, tratando precisamente de revertir el azar producido por la lotería natural.

### 3. Sandel y Savulescu, dos lógicas internas distintas, ¿es el deporte un espectáculo?

Sin duda, la forma más común de rechazar las intervenciones positivas y de mejoramiento en el deporte es apelar a su lógica interna y contraponerla a las ventajas que aquellas aportan, defendiendo que todo tipo de mejora que va más allá de la alcanzada por el esfuerzo físico humano va contra los bienes internos y excelencias propias de la práctica deportiva, tal y como hace, por ejemplo, Michael Sandel en *Contra la perfección*, exponente perfecto de la posición bioconservadora respecto al

mejoramiento humano y de su homónima en el deporte: el esencialismo, otros autores como Coakley, Butcher & Schneider o Lavin son otros representantes de esta corriente. Del otro lado, Brown, Cashmore, Tamburrini, Gardner representan la corriente que Morgan denomina como liberalistas, que: «*rechazan inmediatamente cualquier intento de limitar la libertad de los atletas [...] a ingerir cualquier sustancia o hacer cualquier cosa que ellos deseen con el fin de ampliar los límites de su capacidad atlética siempre que nadie salga dañado en dicho proceso*» (Morgan, 2009: 162).

Para Sandel la aplicación de técnicas de mejoramiento humano en el deporte para la creación de “atletas biónicos” (éste es el título del segundo capítulo de *Contra la perfección*) supone la desvirtuación completa de su naturaleza. En un deporte en el que el perfeccionamiento juega un papel importante lo esencial deja de ser los valores y excelencias propias del deporte para que lo sean los equipos médicos que desarrollan las prácticas médicas de mejoramiento. La lucha por la excelencia que se supone que es el deporte para convertirse en una competición entre equipos médicos como sucede, por ejemplo, en el caso de los equipos mecánicos en la Formula 1. A su vez, algo que denominamos deporte podría convertirse en un espectáculo, algo completamente distinto a juicio de Sandel, ya que lo importante no sería el talento natural de los deportistas y cómo a partir de él buscamos la excelencia sino un espectáculo de deportistas igualmente habilidosos (cuyos talentos naturales han sido suplantados por otros para ser súper-atletas) que luchan por conseguir unos mismos fines: hacer *home runs* en beisbol, marcar un gol en fútbol: “*una cosa es lograr setenta home runs como resultado de un entrenamiento y un esfuerzo disciplinados, y otra muy distinta, claramente inferior, lograrlos con la ayuda de esteroides o de la optimización genética de los músculos*”(Sandel, 2007: 37)

A juicio de Sandel hay dos tipos de deportistas, por un lado, aquellos que poseen la excelencia de un modo natural, a modo de un don, como por ejemplo el ex jugador del Real Madrid Guti, por otro lado, aquellos que logran la excelencia a base de esfuerzo y trabajo continuo, como por ejemplo Gattuso jugador del A.C. Milán, lo cual otorga a las competiciones deportivas de diversidad, ya que cada uno de aquellos aporta matices diversos, una vez que tanto la naturaleza de uno como del otro se ve desvirtuada por la aplicación de técnicas de mejora o de dopaje esos matices se pierden y el deporte ve alterada completamente su naturaleza, habiendo algunos bienes internos que se perderían, por ejemplo, si en fútbol todos los futbolistas tuvieran una técnica espectacularmente depurada que nunca fallaran un pase no sería necesaria la función de jugadores como el nombrado Gattuso cuya técnica no importa a favor de su impresionante despliegue físico que le permite recuperar muchos balones para el equipo a la vez que intimidar al contrario.

Cambiando de deporte, imaginemos que en los años ochenta un equipo médico hubiera podido desarrollar atletas biónicos con una capacidad de salto espectacular, todos con la misma potencia, ¿habríamos admirado a Michael Jordan por sus habilidades? Seguramente no, porque lo importante habrían sido las técnicas de mejoramiento humano y las tácticas de los entrenadores. Probablemente habría sido más espectacular ver a diez jugadores superiores atléticamente al mismo Michael Jordan jugando en una misma cancha, pero ¿no altera eso la idea central de deporte como búsqueda de la excelencia, es decir, de que uno sobresalga por encima del resto de competidores como el mejor? Por ello, el mejoramiento humano debe ser prohibido en el ámbito del deporte ya que la constante desvirtuación de su naturaleza acabaría por convertirlo en una actividad arbitraria cuyo único interés sería el espectáculo que sería capaz de dar, eliminando toda la carga histórico-moral que éste posee que es lo que en

el fondo lo convierte en tal cosa: *“Si la gente creyera realmente que las reglas del deporte son arbitrarias y no persiguen poner de manifiesto y celebrar ciertos talentos y virtudes dignas de admiración, difícilmente podría mostrar interés alguno por el resultado. El deporte se confundiría con el espectáculo, y dejaría de ser un objeto de apreciación para convertirse en una fuente de entretenimiento”* (Ibíd: 34-36).

En el lado opuesto a esta posición encontramos la posición liberalista de Julian Savulescu, no sólo porque defiende que el dopaje se encuentra dentro de la lógica del verdadero espíritu del deporte, sino porque piensa que un elemento constitutivo del mismo es su capacidad para ser un espectáculo. Sin duda, si hablamos de cualquier evento deportivo, hacer trampas acaba por arruinarlo, esto hace que los seguidores del deporte rechacen de modo unitario y complete el dopaje defendiendo la guerra absoluta contra él, no obstante, a juicio de nuestro autor, *“cambiar las reglas para posibilitar el desarrollo de prácticas de mejora seguras sería mejor para el deporte, los seguidores y los deportistas por varias razones”* (Savulescu, 2007). Las estrategias de tolerancia cero en torno al dopaje parecen condenadas al fracaso absoluto porque no puede controlarse a todos los deportistas ni todo tipo de métodos de dopaje, lo cual haría la práctica deportiva más justa porque actualmente aquel que se dopa sin ser pillado está en clara ventaja sobre aquellos que son honestos y no lo hacen, el buen tramposo (en el sentido de no ser pillado por los controles) es premiado. A su vez, los riesgos a los que este tipo de deportistas se exponen sería mucho menor, ya que el control que existe actualmente obliga a la constante experimentación e innovación de técnicas dopantes que no puedan ser detectadas por los controles, de modo que se genera una actividad clandestina e incontrolada que pone el peligro la salud de los deportistas. La legalización llevaría a la existencia de un mercado con nuevos métodos de mejora saludables. Por supuesto, esto no evitaría, aun así, el desarrollo de actividades

clandestinas con métodos dopantes ilegales más potentes, sin embargo, las diferencias entre el participante tramposo y el honesto serían menores.

Pero el argumento más fuerte que ofrece Savulescu a favor del dopaje es aquel que lo asimila a su propia lógica interna, es decir, al hecho de que consiste principalmente en el intento de llevar más allá los límites de la condición física humana, por ello, todo aquel que lo consiga debería ser alabado independientemente de si consumió algún tipo de sustancia dopante porque, en el fondo, el deporte está basado en la necesidad humana de constante auto-superación, física en su caso:

*“El corredor de velocidad canadiense Ben Jhonson dijo que el cuerpo humano no está diseñado para correr a las velocidades a las que hoy se hace, por ello los esteroides son necesarios desde para la recuperación hasta para superar los entrenamientos y las lesiones. Debemos admirar a las personas que tratan de ir más allá de sus límites antes que demonizarlos, las prácticas de mejora en sí mismas no están contra el espíritu del deporte; sino que son el espíritu del mismo. Elegir ser mejor es elegir ser humano” (Ibíd).*

El dopaje convertiría nuestro deporte en una práctica más espectacular, ya que es precisamente ese llevar más allá de sí la condición física humana lo que lo convierte en un elemento que causa una admiración masiva, algo que puede observarse a lo largo de toda la Historia de la Humanidad. Pero esto no significa adoptar una posición extremadamente liberal, como por ejemplo la de Wilkinson, que permita todo tipo de método dopante, a juicio de Savulescu, existen ciertos límites que deben establecerse, a saber, observando las características particulares de cada deporte se trate de analizar qué métodos dopantes no comprometen la salud de los deportistas, el desarrollo de las excelencia correspondientes y el espectáculo, no es aceptable la política del todo vale en este terreno, así por ejemplo, para Savulescu el uso de esteroides en cantidades

saludables no sería algo negativo ya que permitiría la recuperación más rápida de los deportistas tras el esfuerzo físico, de modo y manera que podrían entrenar más tiempo y a ritmos mayores con el fin de mejorar su rendimiento y habilidad, lo cual repercutiría en el bien de la práctica deportiva.

#### 4. Conclusión: El dopaje una cuestión de mínimos y máximos

Como conclusión, aclarar que no he pretendido decantarme en esta comunicación por ninguna de las visiones particulares (Savulescu o Sandel) que aquí he mostrado, sino simplemente hacer una cosa tan simple como presentar las diversas posiciones en torno a la problemática del *enhancement* en el terreno del deporte con el fin de elaborar un mapa conceptual de su situación actual. En futuras ocasiones trataré de situarme dentro de dicho esquema elaborando una posición propia, pero metodológicamente es mejor proceder tratando primero de conocer todo cuanto hay para poder analizarlo críticamente en su debida medida, y saber a qué nos enfrentamos realmente cuando hablamos de *human enhancement* en el deporte, espero haber logrado dar aquí ese primer paso con el análisis de las posiciones liberalista y esencialista, así como de los diversos modos de intervenciones médicas que existen, con el fin de delimitar claramente que es eso del *enhancement*.

---

#### NOTAS:

<sup>1</sup> Este trabajo se inscribe dentro del proyecto de investigación con referencia FFI2008-06133/FISO financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación. Becario de Investigación FPU (AP2009-4405) del Ministerio de Educación y Ciencia. Departamento de Filosofía del Derecho, Moral y Política. Universidad de Valencia.

---

## BIBLIOGRAFÍA

Cortina, Adela.. (2010), “Frankenstein: el origen de la Neuroética” en: *Diario El País* 17-10-2010.

Bostrom N., Savulescu, J. (2009), “Introduction: Human Enhancement Ethics: The State of the Debate”, en: Bostrom N., Savulescu, J. *Human Enhancement*, New York, Oxford University Press, pp. 1-21.

Humphreys, J. (2008), *Foul Play: What’s wrong with Sport*, Cambridge, icon Books.

Morgan, W. (2009), “Athletic Perfection, Performance-Enhancing Drugs, and the Treatment-Enhancement Distinction”, en *Journal of the Philosophy of Sport*, nº 36, pp. 162-181.

Ovellar, C. (2009), “Life Enhancement Technologies”, en: BOSTROM N., SAVULESCU J., *Human Enhancement*, New York, Oxford University Press, pp. 327-341.

Sandel. M. (2007), *Contra la perfección*, Barcelona, Marbot Editores.

Savulescu, J. (2007), “Doping is true to the Spirit of Sport”, *International Network of Humanistic Doping Research*. <http://www.doping.au.dk/en> accessed 12 November 2007.

Tännsjö, T. (2009), “Medical Enhancement and Ethos of Elite Sport”, en BOSTROM N., SAVULESCU J. *Human Enhancement*, New York, Oxford University Press, pp. 314-326.

# Ética aplicada como hermenéutica crítica

## Su aplicación a la bioética

Jesús Pedro Payo de Lucas<sup>1</sup>

*IES Alfonso X El Sabio de Toledo*

**Resumen:** Partiendo de la definición de ética aplicada, y definiendo algunos principios éticos del utilitarismo, el kantismo o la ética dialógica, se distinguen dos grandes propuestas metodológicas: a) el principio procedimental de la Ética Discursiva, según teorías de Apel y Habermas; y b) la Ética Aplicada como Hermenéutica Crítica, teoría de Adela Cortina, que desde la excelencia y la legitimidad trata de encontrar los mejores bienes para los mejores fines. Finalmente, se analizan tres apartados que relacionan instancias morales de la ética civil con principios democráticos y la bioética que surge del informe Belmont de 1979.

Ética discursiva, hermenéutica crítica, persona, bien, responsabilidad, beneficencia, justicia.

**Abstract:** From the definition of applied ethics and defining some ethical principles of utilitarianism, kantism or dialogical ethics we can distinguish two great methodological proposals: a) the procedimental principle of Discursive Ethics, according to Apel and Habermas` theories; and b) Applied Ethics as a Hermeneuthic Critics, Adela Cortina`s theory, which from excellence and legitimacy tries to find the best goods for the best aims. Finally, three sections which connect moral analysis of civil ethics with democratic principles and the bioethics coming from Belmont Report of 1979 are analysed.

Discursive ethic, hermeneuthic critics, person, good, responsibility, charity, justice

### Introducción

La presente comunicación está dividida en dos partes: la primera busca una definición de ética aplicada a través de dos métodos, en primer lugar, el del racionalismo estratégico de Apel y Habermas, es decir, la aplicación del principio procedimental de la ética discursiva. El segundo método, el de la hermenéutica crítica, es un modelo de ética aplicada seguido por Adela Cortina, construido como una ética para el desarrollo de distintas actividades sociales, dentro de un marco deontológico, y siendo su eje básico la toma de decisiones. Finalmente, y como segunda parte de la comunicación, se hablará de la aplicación de la ética al terreno problemático de la bioética, intentando fundamentar tres principios básicos: el respeto, la beneficencia y la justicia.

¿Qué es la ética aplicada? Una labor fundamental de la ética es la de aplicar sus descubrimientos teóricos a los distintos ámbitos de la vida social: política, economía, empresa, medicina, genética, ecología, periodismo, etc. A lo largo de la historia de la ética podríamos señalar tres corrientes cuyos principios pueden servirnos de base para orientar las



distintas actividades sociales (señalando, por supuesto, que cada actividad tiene sus exigencias morales y sus valores específicos). Así:

-del *kantismo* podemos entresacar como fundamental la idea de tratar a las personas como fines.

-del *utilitarismo* podríamos destacar la idea del mayor beneficio para el mayor número de personas.

-de la *razón dialógica*, la idea de que cualquier norma aplicable a la sociedad debe ser acordada en diálogo.

La ética teórica debe averiguar cuáles son los bienes internos, valores y hábitos que cada actividad aporta a la sociedad. Y para ello es fundamental la cooperación entre los filósofos éticos y los expertos en cada campo (científicos, médicos, periodistas, etc.). También es necesario tener en cuenta la moral cívica que rige en toda sociedad, es decir, comprender los fundamentos filosóficos, los valores y derechos de los hombres, en una sociedad y en un momento histórico.

Aclarar también que cualquier método de la ética aplicada debe saber relacionar principios éticos, decisiones y valores propios de cada actividad. En este sentido, como ya hemos señalado, surgen dos propuestas metodológicas:

-la primera, la inaugurada por Apel y Habermas, es decir, el principio procedimental de la ética discursiva.

-la segunda, la ética aplicada como hermenéutica crítica, desarrollada por Adela Cortina (Cortina, 1986); (Cortina, 1990); (Cortina, 2003).

Comencemos por la ética discursiva de Apel y Habermas. Debemos señalar dos obras fundamentales para su desarrollo: la del filósofo alemán Karl-Otto-Apel titulada “*Ética comunicativa y Democracia*”, de 1991 (Apel, 1991); y la de Jürgen Habermas: “*Conciencia moral y acción comunicativa*”, de 1985 –con reediciones posteriores-(Habermas, 1985). Desde ellas, ambos filósofos transforman dialógicamente el principio formal kantiano de la

autonomía de la voluntad en el principio procedimental de la ética discursiva que en resumen dice: *"todos los seres capaces de comunicación lingüística, son considerados como personas, es decir, son interlocutores virtuales y para justificar cualquier pensamiento no podemos renunciar a ninguna persona y sus aportaciones"*.

En este desarrollo filosófico, ambos pensadores construyen dos conceptos fundamentales para la ética: el de *persona*, tomada como interlocutor válido en una comunidad de hablantes; el de *igualdad* (comunicativa): nadie puede ser excluido de ella, a priori, cuando se trata de hacer normas que afectan a todos, pues sólo son válidas las normas en que todos están de acuerdo.

Apel distingue dos partes en la ética: toda ética debe fundamentar racionalmente la corrección de normas; debe diseñar un marco racional de principios (aplicación de la parte primera). Esta parte de la ética se orienta, en consecuencia, a la concreción de un principio fundamental y básico: *la responsabilidad*. Así, la aplicación de cualquier principio ético estará condicionada por la situación y sus consecuencias.

Apel, como vemos, aplica el principio kantiano: *"Obra (siempre) como si fueras miembro de una comunidad ideal de comunicación"* (también Weber afirmó el término de *"convicción responsable"*: sólo ser responsable de las consecuencias nos permite conseguir una meta o alejarnos de ella). Así pues, Apel afirma que toda responsabilidad necesita de la racionalidad para conseguir:

- a) La conservación del sujeto hablante y los que dependen de él.
- b) Poner las bases materiales y culturales para que sea posible actuar comunicativamente.

Este sistema es una aplicación de facto del segundo imperativo kantiano: "*Obra siempre para que tu acción se encamine a sentar las bases de una comunidad ideal de comunicación*".

En conclusión, dos son los principios básicos en los que se asienta el método dialógico: *responsabilidad* y *racionalidad* (estratégica). Ambos dotan a la ética discursiva de un realismo que la hace aplicable a muchos ámbitos de la sociedad como por ejemplo el político, el económico, el mundo de la violencia (desarrollado por Jon Sobrino).

A continuación, analizamos el segundo de los métodos de la ética aplicada: *la hermenéutica crítica*. Ésta necesita en primer lugar y, ante todo, del marco deontológico. Al no ser un método ni deductivo ni inductivo propiamente dichos, goza de la circularidad propia de la hermenéutica. Y esto se debe a que la ética afecta a distintos ámbitos de la vida social y se modula de forma distinta según el ámbito objeto de análisis. Tampoco se trata de aplicar principios generales a casos concretos, ni crea máximas (tal y como lo hacen Apel o Habermas). Se trata de aplicar un principio modulado a los problemas concretos en los distintos ámbitos, pues cada campo tiene su especificidad: hay un principio común pero expresado en muy diversas maneras o versiones. Por eso debemos de atender a dos cosas: a unos *principios comunes*, y a las *versiones*. De esto deducimos la importancia que tiene en la ética hermenéutica la interdisciplinariedad.

En definitiva, no se puede aplicar un principio filosófico si no hay matizaciones. De aquí la necesidad de contar con la ayuda de especialistas en cada campo, con el objetivo de buscar y encontrar entre todos principios y valores, que sean aplicables a diferentes contextos. Por tanto, la interdisciplinariedad es una urgencia.

Y este principio procedimental necesita contar con otras tradiciones filosóficas éticas, solo así podremos componer modelos de aplicación. Por eso la hermenéutica se vale de otras tradiciones éticas y sus resultados (por ejemplo, de las éticas teleológicas, deontológicas, de la convicción, de la responsabilidad, de las procedimentales...). Todas ellas han de ser

examinadas y luego superadas por su unilateralidad, buscando un modelo de decisión para los mundos políticos, económicos, médicos, ecológicos, de convivencia ciudadana, etc.

Y el elemento coordinador de todo ello debe ser la "*Ética del Discurso*", por varias razones:

- porque hunde sus raíces en la acción comunicativa (Habermas).
- porque su clave es la argumentación.
- porque puede coordinar las actividades humanas.
- porque toma al sujeto como interlocutor válido (pues son los afectados).

El sujeto expone sus intereses, y así son posibles normas que satisfagan intereses universalizables (aquí se parte de la tesis de Dworkin: "*todos merecen igual consideración y respeto*").

Y puesto que la hermenéutica crítica es una ética para las actividades sociales, se impone descubrir en cada campo la ética adecuada, es decir, se trata de buscar y encontrar máximas y valores exigidas en su ámbito, reconociendo, eso sí, a cada persona como interlocutor válido (tal y como lo habían hecho Apel y Habermas).

Pero no son suficientes las éticas individuales, debemos pasar de la ética individual a las éticas colectivas, es decir, aplicadas. Se trata de pasar a la acción colectiva. La virtud más importante en la ética aplicada es sin duda la *inteligencia* que busca dos cosas: que las consecuencias sean beneficiosas para todos; y moralizar las instituciones y organizaciones sociales. Por eso es aplicable a multitud de actividades sociales, a saber: en el campo sanitario (tanto medicina, enfermería), en investigación biotecnológica, en economía, en la empresa, en ecología, en los medios de comunicación, en distintas organizaciones e instituciones sociales, actividades profesionales y oficios (Benjamín Barber afirma que "*las instituciones son cristalizaciones de la acción humana o vita activa*").

Para desarrollar una actividad moralmente en una sociedad moderna es preciso respetar:

- 1-metas sociales.
- 2-mecanismos sociales para alcanzarlas.
- 3-el marco jurídico-político (constitución, legislación).
- 4-exigencias de la moral cívica.
- 5-exigencias de una moral crítica.

Pero, ¿qué es una actividad social? Ante todo es una práctica, y como tal es una actividad cooperativa. En ella se persiguen determinados bienes internos y permite el desarrollo de determinados hábitos que reciben el nombre de virtudes. Su aplicación nos permite llegar al Bien. Y, ¿cuáles son los bienes en las distintas actividades sociales? Algunos de ellos son:

- en sanidad: el bien del paciente.
- en la empresa: satisfacer necesidades humanas con calidad.
- en la política: el bien común de los ciudadanos.
- en la docencia: transmitir una cultura y formar personas críticas.
- en biotecnología: investigar en pro de una humanidad más libre y feliz.

Estos fines se imponen a aquella persona que ingresa en una de estas actividades, pues, siguiendo a Aristóteles: "*los bienes últimos vienen dados*".

Por lo tanto, la tarea ética es saber dilucidar qué virtudes concretas hay que asumir para alcanzar esos fines. Para ello es necesario introducir el concepto de *excelencia*, que puede ser definida como aquella predisposición y alto desarrollo del grado de virtud. Es una concepción, como vemos, aristotélica: la virtud graduable, pues es un hecho objetivo que hay personas más virtuosas que otras al hacer una actividad. Encarnan valores de esa actividad y

pueden alcanzar los bienes internos. Por eso es fundamental y necesario para alcanzar la virtud, estos bienes y valores, el ejercicio de la *responsabilidad*. Se trata de mejorar las satisfacciones de las necesidades humanas en una sociedad moderna. Sólo la búsqueda del *bien* da sentido a los mecanismos de una actividad social y la legitiman socialmente. Si el medio se convierte en un fin, la actividad se hace inmoral. Por ello, en las sociedades democráticas cualquier actividad social debe atenerse a la legislación vigente (son las reglas del juego constitucional); y además, todas las actividades tienen metas y efectos sociales que precisan legitimación.

Pero la legalidad no agota la moralidad: el marco legal puede adolecer de lagunas e insuficiencias. Además, la constitución en una sociedad dinámica tiene que reinterpretarse continuamente. Por eso el ámbito de lo que ha de hacerse no estará nunca totalmente juridificado, ni es conveniente que lo esté.

En una ética civil, ¿cuáles son las instancias morales fundamentales?

- A) Una conciencia moral cívica: se define como el conjunto de valores que los ciudadanos de una sociedad plural comparten. Con ellos se construye una vida en común. Algunos de estos valores comunes en una sociedad democrática son: la libertad, la igualdad, la solidaridad, la tolerancia activa, y la predisposición al diálogo.
- B) Estos valores cívicos conllevan la obligación de respetar los derechos de sus miembros, proveedores y consumidores. Es necesario realizar con calidad las necesidades humanas. Por ello existen derechos tanto para empleados como para consumidores o proveedores.

- C) Toda ética civil necesita legitimizar cualquier actividad social, produciendo los bienes que de ella se esperan. Por esto es imprescindible respetar los valores de esa sociedad y los derechos reconocidos en ella.
- D) Debe haber interacción entre los valores de una sociedad y los valores de la actividad correspondiente, pues configuran la ética civil. Si no existe tal interacción los valores pierden legitimidad.

Habría que añadir a esta moralidad, difusa y no suficiente, el marco preciso para tomar decisiones justas. Este marco está formado por tres elementos: el primero, atender al derecho vigente; el segundo, atender a las convicciones morales imperantes; y el tercero, averiguar qué derechos y qué valores han de ser racionalmente respetados.

Pero, ¿cómo sabemos cuáles son los derechos que hay que promover? Esta cuestión nos lleva a traspasar de la ética cívica a la moral crítica, que buscará distintos procedimientos para decidir cuáles son esos valores y derechos. Evidentemente de las sociedades que hablamos, y donde puede desarrollarse esta ética cívica, son las sociedades modernas con democracia liberal, es decir, y siguiendo el desarrollo moral de Kohlberg, sociedades que han accedido a una conciencia moral a nivel postconvencional (5º y 6º). Por eso podemos decir que cualquier afectado por normas en estas sociedades se convierten en interlocutores válidos. Y es exigible que tales normas, para que sean justas, han de ser aceptadas por todos tras un diálogo racional. Así, y siguiendo a Adela Cortina, a los afectados se les considera como seres dotados de un conjunto de derechos que en cada campo recibirán una especial modulación.

En resumen, la labor de la ética aplicada es poder orientar la toma de decisiones en los casos concretos. Toda decisión debe ser tomada por los afectados, asesorados por expertos en el ámbito ético correspondiente y los códigos éticos elaborados ad hoc. No es suficiente con el marco deontológico ni con una ética de las actividades sociales. Por eso cualquier argumento aportado por las investigaciones filosóficas éticas ha de tener en cuenta:

- a- La actividad que nos ocupa.
- b- La meta por la que esa actividad cobra sentido.
- c- El uso de valores, principios y actitudes que sirvan para alcanzar la meta propia de la actividad de que se trata.
- d- Datos de la situación, que deben ser descritos y comprendidos perfectamente.
- e- Desarrollo y comprensión de las consecuencias de las distintas alternativas que puedan existir, para que puedan valorarse con diversos criterios (un ejemplo, desde el utilitarismo: el mayor bien para el mayor número). Este punto es imprescindible para un marco de justicia, exigido por la ética dialógica.

En definitiva, para diseñar una ética aplicada de cada actividad deberíamos de seguir los siguientes pasos:

- 1- determinar el fin específico, el bien interno por lo que cobra legitimidad.
- 2- Determinar los medios adecuados.
- 3- Indagar virtudes y valores para alcanzar el bien.
- 4- Saber cuáles son los valores de la moral cívica y discernir qué derechos reconoce a las personas en sociedad.
- 5- Averiguar qué valores de justicia exige. Esto es propio de una moral crítica universal que permite cuestionar normas vigentes.
- 6- Dejar las tomas de decisión en manos de los afectados, asesorados por expertos, ponderando las consecuencias y aplicando varios criterios de las distintas tradiciones éticas.

Uno de los ámbitos de la ética aplicada es el de la Bioética, término que apareció en los años 70. Pueden considerarse dentro de este terreno todos aquellos trabajos científicos que tienen por objeto la reflexión sobre una variada gama de fenómenos vitales (aunque en la actualidad se acotan en torno a dos ámbitos: Ciencias de la salud y Biotecnologías). Entre



ellos podríamos citar: cuestiones ecológicas, investigación con humanos, derechos de los animales o la vida amenazada (dentro de la llamada macroética).

Todo trabajo que pretenda estar comprendido dentro del campo de la bioética debe reconocer ciertos principios. Los imprescindibles serían: *autonomía, justicia y beneficencia*. Para analizarlos hay que remontarse a un documento básico creado en EE.UU. el 18 de abril de 1979: el *Belmont Report*<sup>2</sup>, informe desarrollado por el [Departamento de Salud, Educación y Bienestar](#) (luego llamado [Salud y Servicios Humanos](#)), titulado "*Principios éticos y pautas para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación*", escrito por Dan Harms, considerado como un importante documento histórico en el ámbito de [la ética médica](#) y cuyo objetivo final es la protección de personas objeto de experimentación biomédica. Del informe podemos extraer tres principios:

- 1) *Respecto a las personas*: todos los individuos deben ser tratados como seres autónomos. Las personas con autonomía disminuida deben ser objeto de protección.
- 2) *Principio de beneficencia*: se trata de hacer el bien, protegiendo a todas las personas de cualquier daño minimizando los riesgos, respetando, sobre todo, las decisiones de las personas. En definitiva, es un esfuerzo para asegurar el bienestar humano.
- 3) *Principio de justicia*: este principio trata de responder a la siguiente pregunta, ¿quién debe recibir los beneficios de la investigación y quién debe sufrir sus cargas -sobre todo económicas-? En nuestras sociedades los recursos para todos son escasos, siendo las necesidades amplísimas. Por eso necesitamos un criterio para administrar tales recursos, con un resultado justo y un mínimo decente.

También habría que destacar las siguientes reflexiones:

- La existencia del principio de *no-maleficencia*: es quizás el más antiguo: "hacer el bien al enfermo", es una meta obligada.

- Superar el *paternalismo médico*: los médicos imponen su propia concepción del bien sin contar con el enfermo (logro de la Ilustración).
- Llegar al principio básico de *autonomía*: debemos afirmar la inexistencia de seres completamente heterónomos, incapaces de decidir su propio bien. Si sólo hay seres autónomos, se debe recabar siempre su consentimiento informado.
- *El Estado* ha de garantizar unos niveles elementales de asistencia sanitaria a toda la población. Para ello ha de atender las necesidades primarias de salud de los ciudadanos. Es un *principio de justicia* (excepto tratamientos muy costosos que no hagan peligrar la vida).

Estas reflexiones podrían ser consideradas base para la construcción de *principios prima facie*, es decir, han de ser seguidos siempre que no entren en conflicto, y obliga a reflexionar cuando eso ocurre. Por eso, un principio absoluto debería ser que la decisión última en casos concretos debe de quedar en manos de los afectados.

Actualmente aparecen cuestiones sociales de gran calado que han sobrepasado el ámbito de la bioética, como por ejemplo el suicidio, la eutanasia, el aborto provocado, avances genéticos... estas cuestiones se encuentran influidas por otros factores, sobre todo culturales, económicos, sociológicos y políticos.

Debemos huir de la neutralidad weberiana ante la objetividad y racionalidad de la ciencia, dejando las decisiones finales en manos de los científicos que marginan consideraciones éticas y excluyendo de aquéllas a gran parte de la población. No es verdad que las cuestiones éticas pertenezcan al terreno de lo emotivo. Hay ciertas cuestiones que escapan al cometido de la ciencia, y la ética posee recursos intelectuales que pueden ayudar a encontrar soluciones justas, basadas en el diálogo público, abierto a distintas posiciones y en la búsqueda cooperativa de respuestas. Rawls, en este sentido, habla del "*hecho*

*incuestionable del pluralismo*". Esto implica aceptar que no se tiene la verdad absoluta en cuestiones morales y que, por tanto, se debe crear un proyecto social basado en acuerdos y en valores éticos aceptados por la mayoría de los ciudadanos con coherencia y honestidad.

---

#### NOTAS.

<sup>1</sup> Institución: Doctor en Filosofía por la UNED. Madrid. Profesor de Filosofía en Enseñanza Secundaria (IES Alfonso X El Sabio de Toledo).

<sup>2</sup> Los seis principios éticos fundamentales para la utilización de sujetos humanos en investigación son:

- Respeto a las personas: protección de la autonomía de todas las personas, trato cortés y respetuoso, teniendo en cuenta el consentimiento informado;
- Beneficencia: maximizar los beneficios del proyecto de investigación, reduciendo al mínimo los riesgos para los sujetos de investigación;
- Justicia: se considera un procedimiento justo cuando se ofrecen garantías razonables, libres de explotación, y teniendo el Bien como marco situacional. Algo se administra de manera justa cuando hay una distribución equitativa entre costos y beneficios para los participantes potenciales de investigación.
- Fidelidad: basada en la equidad y la igualdad.
- No maleficencia: no hacer daño en ningún caso.
- Veracidad: Ser honesto, no contemplar el engaño bajo ningún concepto.

(Barber, 1984); (Barber, 1988); (Dworkin, 2000).

#### BIBLIOGRAFÍA

Apel, Karl-Otto (eds). (1991). *Ética comunicativa y democracia*. Barcelona, Crítica.

Barber, Benjamin (1984). *Democracia poderosa: Política participativa para una nueva era*.

Barber, Benjamin (1988). *La conquista de la política: la filosofía liberal en tiempos de democracia*.

Cortina Orts, Adela (1986). *Ética mínima: Introducción a la filosofía práctica*. Madrid: Tecnos.

Cortina Orts, Adela (1990). *Ética sin moral*. Madrid. Tecnos.

---

Cortina Orts, Adela (2003). *Ética para la sociedad civil*. Edición coordinada por Francisco Javier Peña Echevarría. Valladolid: Universidad de Valladolid, Secretariado de Publicaciones e Intercambio Editorial.

Dworkin, Richard. (2000). *Virtud soberana: La teoría y práctica de la igualdad*, Prensa de la Universidad de Harvard.

Habermas, Jürgen (1985). *Conciencia moral y acción comunicativa*. Península. Barcelona.

# El dopaje como problema ético desde una Ética aplicada al deporte<sup>1</sup>

Raúl Francisco Sebastián Solanes<sup>2</sup>

*Universidad de Valencia*

[Raul.Sebastián@uv.es](mailto:Raul.Sebastián@uv.es)

**Resumen:** Los deportes de competición y amateur están sufriendo en los últimos años, un importante problema: las drogas y esteroides. Convirtiéndose en una situación peligrosa que parece aumentar. El problema del dopaje, no sólo debe plantearse desde el ámbito de la medicina o desde el ámbito de la bioética y la ética médica, sino también desde el ámbito de la ética del deporte (como una disciplina académica reciente, que se abre camino tímidamente en las últimas décadas) que puede decir mucho. Aunque desde las recientes propuestas de ética del deporte, se muestre timidez para abordar este tema. En mi texto expongo la postura que sostiene Robert. L. Simon, (el autor más importante en esta disciplina) y de las teorías del Internalismo Ético en deporte. Como breve pero profunda aproximación.

Ética del deporte, bioética, dopaje, Internalismo Ético, R. L. Simon.

**Abstract:** High quality and amateur sports are suffering, in the last years, an important problem: drugs and steroids. It's becoming a worrying situation, because it seems to grow.

Doping problem must be seen not only from the point of view of medical studies, Bioethics or Medical Ethics. Sports Ethic (an academic and recent discipline that shows its ideas delicately in the last years) has a word to say, too. Although they are yet consolidating their bases, they have revealed themselves as firm and interesting bases.

This text deals on Robert L. Simon (the most important author in this discipline) and his theories on Internalism Ethics in sports. It's a brief but deep approximation

Sports Ethics, bioethics, doping, Internalism, R.L. Simon.

## 1. El doping desde la ética del deporte: El internalismo ético de R. L. Simon.

El desaparecido actor José Luís Manzano<sup>3</sup>, famoso por protagonizar importantes películas del cine español en la década de los 80, afirmaba en cierta ocasión que:

“Vivimos en una sociedad que se molesta mucho cuando se habla de las drogas, pero es ella la que está completamente drogada”.

En efecto, uno de los problemas más importantes que afectan a muchas esferas de nuestra sociedad y que también ha llegado al mundo del deporte, es el aumento del consumo de drogas. En el caso deportivo, por parte de los competidores que recurren a este tipo de

prácticas para aumentar su rendimiento competitivo y evitar que otros les saquen ventaja en su camino hacia la victoria.

Sin embargo, el problema del doping en deporte y el de sus consecuencias negativas, requiere una respuesta no sólo por parte de la bioética sino también de la ética del deporte, que juntamente deben trabajar hermanadas para hallar una solución ética al problema

Con todo, no es un tema que se repita con demasiada frecuencia desde las recientes propuestas de ética del deporte que desde finales de los años ochenta y especialmente desde los noventa han ido proliferando con mayor fuerza en el ámbito académico universitario.

En mi exposición me centraré en la perspectiva de uno de los más importantes representantes de una de las más influyentes corrientes de ética del deporte como es el Internalismo que sostiene Robert. L. Simon del Hamilton College en EEUU.

El primer texto de Simon sobre el tema del doping en deporte, aparece publicado en 1984 en el *Journal of the Philosophy of Sport* con el título “Good competition and drug-enhanced performance” que ha sido posteriormente reimpresso en la famosa antología de textos llevada a cabo por Morgan, donde se recogen los principales trabajos publicados en materia de filosofía y ética del deporte en las últimas décadas del siglo XX, constituyendo un importante referente para todos aquellos que quieren profundizar sobre este tema.<sup>4</sup>

El propio Simon deja muy claro desde el principio del texto que su intención no es la de ofrecer una teoría compleja sobre el problema que entraña el uso de drogas en el deporte, sino que sugiere unos principios básicos cimentados en su idea de buena competición deportiva que aceptan de entrada la prohibición de este paradigma, en virtud del cual las drogas mejoran el rendimiento de aquellos que las consumen en el terreno deportivo (Simon, 1984: 10).

Simon quiere desvincularse de dos problemas innecesarios a los que en muchas ocasiones se les dedica demasiada atención desde el debate entorno al uso de drogas en deporte. El primero, es el de la definición de lo que debe entenderse por droga en el ámbito

deportivo. El segundo, es el de ver si el uso de drogas debe entenderse como el uso de sustancias consideradas artificiales o antinaturales, reduciendo y confinando el dopaje exclusivamente a las sustancias de este tipo y que deja al descubierto el problema del denominado “dopaje dudoso” como ejemplifica el caso del dopaje sanguíneo, en donde no se utilizan sustancias artificiales o antinaturales, pues esta práctica consiste en que los deportistas almacenan su propia sangre con la finalidad de aumentar el oxígeno enviado a los músculos.

Según Simon, el verdadero problema del doping no está en la definición o en la naturaleza artificial o antinatural de las sustancias ingeridas, sino en la evaluación del uso de drogas en la práctica deportiva.

En efecto, el uso de drogas en deporte tiene como finalidad mejorar el rendimiento físico de los deportistas en el terreno de competición con el fin último de alcanzar la victoria no sólo para su equipo sino también para ellos mismos ya que al aumentar su rendimiento físico se piensa que aumentan las recompensas que se traducen en un mayor incremento de sus beneficios económicos.

El argumento que con mayor frecuencia se alega en el debate contra el uso de drogas en el deporte, es precisamente que dicho uso, a la larga termina perjudicando la salud física de los usuarios. Los partidarios de esta propuesta se amparan en el denominado “principio del daño” en virtud del cual, cualquiera tiene derecho a interferir en el comportamiento de los competidores adultos con tal de prevenir un posible daño que pueda proceder del consumo de drogas para aumentar el rendimiento, aunque los competidores hayan manifestado su deseo de consumir libremente estas sustancias en aras de los supuestos beneficios momentáneos que éstas producen en su rendimiento físico. Ellos –los partidarios del “principio del daño”- justifican esta injerencia externa, alegando que puede ser que el deportista no haya dado su consentimiento informado, especialmente en relación a las consecuencias negativas que a la larga tiene el consumo de drogas.

Simon rechaza el “principio del daño” pues entiende que se trata de una postura paternalista que interfiere desde fuera en la libertad de los competidores deportivos, pues entiende que todo el deportista que consume droga lo hace como una opción personal y libre en la que no se puede interferir desde fuera para impedir llevarla a término. En definitiva, Simon entiende que la solución que lleve a eliminar el consumo de drogas, no puede ser una interferencia externa y paternalista de nadie, ni siquiera amparándose en el hecho de que el consumo de drogas daña a la persona que las consume.

Discrepo en este punto con Simon, pues entiendo que estamos “ob-ligados”, es decir, ligados a nuestros semejantes, tomando interés hacia ellos ya que existen seres y acciones valiosos por sí mismo. Como señala Cortina, la racionalidad humana plena, es la de aquellos que saben que lo plenamente racional no sólo es obrar por interés, sino tomar interés por aquello que es por sí mismo interesante, como es cualquier ser racional, cualquier persona que por el hecho de serlo tiene una dignidad que impide cosificarla y que la convierte en un fin en sí (Cortina, 1998: 74).

Ante el problema ético que plantea el uso de drogas en el deporte –como en cualquier otro ámbito de nuestras sociedades- tenemos que intervenir previniendo a todo aquel que consuma este tipo de sustancia de los posibles efectos negativos que pueden tener en su salud invitándole a reconsiderar su opción de consumir estas sustancias, pues cualquier ser racional merece nuestro interés y nuestro cuidado, sin que por ello nuestra intervención sea paternalista o se adentre en el terreno de las decisiones privadas y libremente elegidas.

En efecto, como ya he reiterado, considero junto a Cortina que la grandeza del hombre no sólo estriba en ser capaz de avanzar en el terreno de las ciencias, sino en tener vida moral que sólo tiene sentido en la medida en que promueve lo absolutamente valioso, que es la vida personal procurando eliminar todo aquello que la daña y la perjudica (Cortina, 2001: 112).



## 2. El uso de drogas desde el ideal de la buena competición: De Simon a Kant.

Simon es consciente de que el tema del doping en deporte está mal enfocado, pues se hace demasiado énfasis en los peligros y consecuencias que entraña a los usuarios. Por esta razón, propondrá un cambio de perspectiva a la hora de enfocar este tema, considerando que en la práctica de los deportes existen otros peligros más graves que en la mayoría de los casos son los que arrojan a los deportistas al consumo de este tipo de sustancias para aumentar su rendimiento.

En efecto, se trata de un tipo de prácticas que son tan dañinas o más que el propio consumo de drogas y que sin embargo están legitimadas y no se les presta la suficiente atención. Simon se refiere a la presión que sufren los deportistas en la competición deportiva, junto con el estrés que emerge tras largas y disciplinadas horas de entrenamiento que en principio son prácticas legitimadas pero cuyas consecuencias son tan perjudiciales o más que el uso de drogas por parte de los competidores (Simon, 1984: 9).

Por esta razón, Simon plantea el problema ético del consumo de drogas en deportes desde otra perspectiva que la de las consecuencias dañinas en sus usuarios pues entiende que hay otro tipo de prácticas legitimadas que son tanto o más perjudiciales en los deportistas que el propio consumo de drogas, como son la presión y el estrés.

Para Simon la cuestión no estriba en las consecuencias dañinas que producen las drogas a sus usuarios -de este modo se distancia de la tendencia más generalizada en el debate entorno al doping- sino que pretende plantear nuevamente el problema desde la perspectiva de su ética de la competición y el ideal que esta propuesta ética entraña, desde donde la competición deportiva se entiende como el trabajo cooperativo por parte de sus participantes en la búsqueda recíproca de la excelencia moral cumpliendo con lo establecido por las reglas constitutivas del deporte, a través de la equidad.

En efecto, el problema más grave que se deriva del consumo de drogas en el deporte no está en las consecuencias dañinas que sufren los usuarios –sin restarles importancia- lo más perjudicial es que el uso de drogas convierte a los usuarios, no en personas sino en organismos que compiten para obtener la victoria.

Me explico, el ideal de la buena competición deportiva que se deriva de la propuesta de la ética de la competición, entiende que todo competidor tiene la obligación de sacar lo mejor de si mismo tanto en lo que se refiere en habilidades físicas y mentales sin tener que recurrir a otro tipo de sustancias que no sólo perjudican a la larga a su salud física y mental, sino que terminan devaluando la naturaleza personal, pues los usuarios de este tipo de sustancias terminan convirtiéndose no en personas, sino en organismos mediatizados para conseguir otro fin (Simon, 2004: 202).

En efecto, Simon entiende que el punto crucial de la buena competición deportiva, es que sea entre personas que compiten en igualdad de oportunidades, sin caer en el error de plantearla como un juego de suma cero o como una forma encubierta de búsqueda del autodesarrollo personal de los deportistas, pues la buena competición deportiva se plantea como una forma de desafío en donde mi oponente no es un obstáculo sino alguien valioso de quien incluso puedo aprender, mostrando en todo momento lo mejor de mis habilidades físicas y mentales.

En efecto, las habilidades físicas o mentales que muestran los deportistas cuando compiten y que pueden resultar de una gran belleza estética, son el resultado de una buena disposición atlética con la que se nace, además de largas horas de entrenamiento disciplinado y sacrificado. La mejora del rendimiento en el terreno deportivo tiene que ser el resultado de una buena disposición natural y de un entrenamiento sacrificado, disciplinado y valiente, nunca de ningún factor externo como pueden ser las drogas, que lejos de la creencia más generalizada entre sus usuarios de que mejora el rendimiento, en el fondo sólo produce una relación contingente y fortuita en la mejora de las habilidades atléticas. Las drogas no son

píldoras mágicas que garanticen el éxito de los deportistas en la competición ya que en la mayoría de los casos sus usuarios sólo consiguen un beneficio marginal y pueden llegar a sufrir consecuencias nefastas en su organismos, por lo que a cambio de unos mínimos beneficios que a lo mejor ni siquiera se consiguen, se están exponiendo a mayores peligros para su salud y especialmente para su naturaleza personal que es devaluada por el consumo de estas sustancias.

En efecto, el problema moral que plantea el consumo de drogas en el deporte es que cosifica a los usuarios, convirtiéndolos no en fines en sí, sino en medios para otro fin cualesquiera. Por ello, los usuarios dejan de ser personas morales para convertirse en organismos que compiten entre sí para proclamarse vencedores (Simon, 1984: 12).

Para Simon, aunque el consumo de drogas se plantee como una opción elegida libremente por parte de los usuarios plantea el grave problema moral de convertirlos en organismos, olvidando que son personas o como diría Kant fines en sí, que no pueden ser cosificados para cualquier otro fin.

Ciertamente, el filósofo de Königsberg sostiene que en el universal reino de los fines en sí todo tiene un precio y una dignidad, pero hay algo que no tiene precio y sí una dignidad, se trata de las personas que son fines en sí (Kant, 1992: 71). Por esta razón entiende Kant, que el hombre y en general todo ser racional existe como fin en sí y no sólo como medio para alcanzar cualquier otro fin o al servicio de cualquier otra voluntad (Kant, 1992: 63). Sostengo con Simon y siguiendo la aportación de Kant, que el uso de drogas en el deporte –y en cualquier otra esfera de nuestra sociedad- no sólo convierte a los usuarios en organismos que compiten y que olvida su naturaleza personal, sino que -especialmente en el deporte- los convierte en medios, es decir, los cosifica para otro fin y al servicio de otra voluntad, bien sean los propios intereses egoístas de los usuarios o los intereses egoístas y lucrativos del entrenador o de los empresarios deportivos, que ávidos de bienes externos pueden cometer el grave error de incitar o consentir que sus deportista frecuentes este tipo de prácticas que los

convierten en medios y que olvida que ante todo son fines en sí, con una dignidad que no tiene precio.

Simon señala que el uso de drogas en el deporte restringe la zona en la que los deportistas pueden ser respetados como personas y aunque ellos elijan libremente el consumo de estas sustancias existe una “justificación inherente” a la naturaleza misma de lo que se entiende como buena competición deportiva, que prohíbe la participación de aquellos que toman la decisión de recurrir a este tipo de sustancias para mejorar su rendimiento. Por eso, el consumo de drogas es inaceptable desde la buena competición deportiva en nombre del respeto de las personas como “valores en sí” (Simon, 198 : 13).

### 3. Doping *versus* igualdad de oportunidades: El doping problema ético de justicia.

El uso de estas sustancias atentan contra el principio de igualdad de oportunidades, es decir, contra la equidad ya que el que toma este tipo de sustancias lo hace intencionadamente con el fin egoísta de aumentar su rendimiento y obtener una ventaja frente a sus oponentes gracias a un medio ilícito, que encima puede causarle graves problemas a su salud física y mental.

Como nos aclara Siurana al respecto, el deportista que juega bien quiere la igualdad de oportunidades para que su victoria sea merecida puesto que –siguiendo la aportación de Apel a la ética del deporte- presupone que sus relaciones humanas hacia los demás deben darse como relaciones de rivalidad justa en la lucha por la victoria (Siurana, 2007: 89).

En consecuencia, todo aquel que consuma drogas para aumentar su rendimiento y obtener una ventaja ilícita en su camino hacia la victoria, en realidad sólo lucha por su victoria personal, no por la búsqueda recíproca por los valores de excelencia moral que se siguen de la buena práctica para aumentar el rendimiento y obtener una hipotética ventaja frente a tus oponentes.

El deportista debe comprometerse a conocer y cumplir con lo establecido por las reglas constitutivas del deporte y de lo que establecen las más altas instituciones del deporte. Aquel que consume drogas en deporte, no está siendo coherente con el compromiso que supuestamente debe haber asumido y además de perjudicar su salud, debido a las consecuencias negativas que en al mayoría de casos conlleva ingerir estas sustancias, rompe con estas reglas por un fin egoísta, con la finalidad de obtener una ventaja ilícita lo que supone actuar contra la justicia como igualdad de oportunidades (Siurana, 2007: 90).

Por tanto, el problema del uso de drogas en deporte debe plantearse como un problema de justicia ya que entiendo que su consumo plantea una ruptura de la igualdad e los participantes que deben competir desde la igualdad de habilidades físicas y mentales en su carrera hacia la victoria.

Plantea una devaluación ética de la naturaleza personal de sus participantes, pues los termina convirtiendo en medios para alcanzar un fin secundario, olvidando que dada su condición de fin en sí y la dignidad que su condición de personas implica, no pueden ser utilizados para cualquier otro fin pues la lógica trascendental se encarga de expresar la razón suficiente de la forma moral mediante un juicio material que a mi parecer es inapelable, que dice “que el hombre y en general todo ser racional, existe como fin en sí mismo”. (Cortina, 2001: 71).

---

NOTAS:

<sup>1</sup> Este trabajo se inscribe dentro del proyecto de investigación con referencia FFI2008-06133/FISO financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación

<sup>2</sup> Becario de Investigación FPU (AP2006-03982) del Ministerio de Educación y Ciencia. Departamento de Filosofía del Derecho, Moral y Política. Universidad de Valencia.

<sup>3</sup> José Luís Manzano Agudo, nació en Madrid el 30 de diciembre de 1962 y murió en la misma ciudad el 20 de febrero de 1992 a consecuencia de una sobredosis. Fue el Protagonista de películas como “Navajeros”, “Colegas”, “El Pico”, “la estanquera de Vallecas” y la serie de TVE “Los Pazos de Ulloa”. En su última entrevista concedida en enero de 1992 afirmaba: “Me arrepiento de haber conocido el mundo de las drogas”.

---

<sup>4</sup> Simon, R. L. "Good competition and drug-enhanced performance". En *Journal of the Philosophy of Sport* 11: 6-13. 1984. Morgan, W. J. (Ed). *Ethics in Sport*. Champaign, IL. Human Kinetics, 2002. 245-251. Segunda edición año 2007.

#### BIBLIOGRAFÍA:

Cortina, Adela. (1998). *Hasta un pueblo de demonios: Ética pública y sociedad*. Taurus: Madrid.

Cortina, Adela. (2001). *Ética mínima*. Madrid: Tecnos.

Simon, Robert L. (1984). "Good competition and drug-enhanced performance", *Journal of the Philosophy of Sport*. vol. 11, pp 6-13.

Simon, Robert L. (2004). *Fair Play: The ethics of sport*. USA: Westview Press.

Siurana, Juan C. (2007). "La ética del deporte desde la justicia como igualdad de oportunidades en la ética del discurso", *Quaderns de filosofia i ciència*, vol. 37, pp.79-90.

Kant, Immanuel. (Tr, de M. García Morente). (1992). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Sociedad matritense de amigos del país: Madrid.

# Ética del político y del votante. El individualismo en la causa de la corrupción

José Antonio Ramírez Lucas, Universidad de Murcia.

Ana Ramírez Lucas, Universidad de Murcia.

**Resumen:** La mentalidad asentada en los ciudadanos de países desarrollados, cuyas características destacadas son el individualismo, la competitividad, el interés por el bolsillo particular, etc. afecta no sólo al político que decide corromperse, sino también a los ciudadanos de a pie, creando ciudadanos agradecidos y cómplices, que ante determinados casos de corrupción, no sólo no denuncian, sino que además protegen, porque de ello puede depender un puesto de trabajo o un beneficio extraordinario. Por lo que no sólo la ideología individualista y economicista es un factor fundamental en el actuar del político corrupto, sino que también influye decisivamente en el comportamiento del ciudadano.

**Palabras clave:** Ética, Política, Corrupción, Individualismo.

**Abstract:** The citizens' mentality of developed countries, which main features are individualism, competitiveness and interest in the own profits, affects not only the politician who decides to become a corrupt, but also ordinary citizens, and creates grateful people who face to some cases of corruption, do not report, condemn or denounce them, but on the contrary protect the corrupt politician, because thanks to him citizens may obtain a job or an extraordinary benefit. So not only the individualistic and economic ideology is a fundamental factor in the actions of a corrupt politician, but also a significant influence on the citizen's behavior.

**Keywords:** Ethics, Politics, Corruption, Individualism.

## 1. Introducción.

Normalmente los problemas de corrupción se suelen producir a caballo en el ámbito de las instituciones y de la sociedad civil. El sistema normativo (entendido no sólo como ordenamiento jurídico-legal) es la barrera que separa la corrupción del resto de actuaciones políticas y, por tanto, cuando la corrupción está generalizada y amenaza con extenderse por todo el tejido social, el principal amenazado es el mismo sistema político de convivencia, ya que supone un ataque a los principios fundamentales que rigen un sistema democrático.

Es obvio que en un fenómeno en el que entran en juego condicionantes no sólo sociales sino también económicos, institucionales y personales, hay muchísimos factores que pueden influir en la extensión y generalización de la corrupción en un

mismo núcleo poblacional, aunque un factor sin el cual no sería posible, es el del apoyo y complicidad de los propios ciudadanos.

En los municipios pequeños/medianos, la relación entre el político/funcionario y el ciudadano es cercana. Se tiene un conocimiento vecinal que permite establecer lazos más estrechos que si se tratara de una convivencia en un núcleo urbano de mayores dimensiones. Aparece aquí el fenómeno del clientelismo. La actuación del político busca crear una red clientelar que permita al gobierno alcanzar su fin, esto es, mantenerse en el poder (ese es el beneficio que obtiene), y los ciudadanos, a cambio de apoyar electoralmente y amparar al político y sus actuaciones, obtienen su contraprestación (un puesto de trabajo, un favor particular, una ayuda social/subvención).

## 2. Camarilla y redes clientelares.

Para conseguir lo anterior, destacar que la complicidad de la sociedad puede darse en varios niveles, por un lado, es necesaria la creación de las camarillas, grupos de apoyo no sólo dentro de la administración o gobierno, sino en mayor medida en la propia sociedad (Garzón, 1997: 49). Son el primer círculo de apoyo al político corrupto y también son clientes.

Para que haya comportamiento corrupto debe haber una cierta acción colectiva. En un primer momento y debido a esa clandestinidad, el número del colectivo debe ser reducido. El problema radica en que, siguiendo la comparación de la corrupción con una enfermedad (cancerígena), si no se elimina de inicio, inevitablemente acaba extendiéndose.

La corrupción es, pues, producto de los intereses convergentes, y en el caso de niveles de gobierno como el estatal, la dificultad es mayor que en los casos de gobiernos



municipales a la hora de crear una camarilla, esto es, cómplices en la sociedad civil. Quienes participan de prácticas corruptas han generado un sistema de cooperación para llevar adelante ese entramado informal o paralelo y, a su vez, han hecho fuerza para excluir a quienes no ofrecen aportes significativos para la satisfacción de sus intereses. Es por tanto una acción colectiva, un entramado formado por personas que aunque tengan finalidades distintas, comparten intereses similares (Nino, 1992: 34).

Entendemos conveniente incluir en este apartado la reflexión que realiza el profesor Peces Barba: “la creación o la potenciación del espíritu de facción. La idea del espíritu de facción es la resurrección de las posiciones de Carl Schmitt, la dialéctica amigo-enemigo, etc.” (Peces Barba, 1996: 24)

La camarilla es esa guardia pretoriana, ese círculo de personas conocedoras de las infracciones, cómplices y colaboradoras necesarias. Pero es fundamental destacar aquí que hay áreas donde los alcaldes y concejales disponen de potestades discrecionales o un amplio margen de maniobra, sobre todo en municipios donde cuentan con una mayoría absoluta de gobierno, que le permiten al gobernante satisfacer a la camarilla y a su vez mantener e ir ampliando el apoyo electoral, logrando permanecer en el gobierno y, además, conseguir ese segundo nivel de beneficios extraposicionales económicos o de otro tipo. Esas áreas son: las ayudas, subsidios, subvenciones y todo lo relacionado con la prestación social de competencia municipal; el reclutamiento de personal de las administraciones públicas; la aprobación y desarrollo del planeamiento urbanístico y la contratación pública. Las dos primeras son áreas municipales que permiten realizar al agente público una actuación dirigida a crear y mantener la red de apoyo, mientras que las dos últimas permiten obtener otro tipo de beneficio extra posicional. Estas cuatro áreas están íntimamente relacionadas y sirven en mayor o menor medida para obtener beneficios extra posicionales.

Además de la camarilla, en este tipo de corrupción política municipal, como hemos apuntado en el párrafo anterior, se puede identificar otra segunda red o círculo alrededor del corrupto, formado por otras personas en las que se apoyan el corrupto y la camarilla y que, en definitiva, son la base sobre la que se asienta el sistema de corruptelas ya que permite mantener un nivel de apoyo electoral. Estas personas reciben a cambio de ese apoyo electoral algún tipo de beneficio en forma de exención tributaria, ayuda económica puntual, o incluso un contrato de trabajo, beneficio generalmente menor que el que reciben los miembros de la camarilla.

Por tanto, aquí tendríamos ya otra característica más de la corrupción política municipal que busca un primer beneficio extra posicional no económico en forma de permanencia en el poder. Y es que el corrupto necesita de un grupo de personas afines que directamente proporcionen el apoyo y complicidad que éste necesita, a la que llega a sumarse un segundo grupo de personas que sirven de segunda línea de apoyo.

### 3. Perjuicio para todos. Vulneración de principios fundamentales.

Siguiendo la reflexión anterior, es entendible que la corrupción política pueda a su vez dividirse en dos tipos, por un lado una corrupción integradora, que vincula a las personas y grupos en redes perdurables de intercambios y de intereses compartidos, y una corrupción desintegradora que podría contribuir a favorecer cambios políticos (Cf. Johnston, 1996). Esta última ocurre cuando el beneficio extraposicional que persigue el corrupto sólo se extiende a su círculo más cercano, excluyendo a ese segundo círculo del que hablábamos.

Como hemos venido diciendo, el acto corrupto tiene unas consecuencias negativas para el sistema y para los intereses de la comunidad política. Aunque estos intereses no sean perjudicados directamente, los ciudadanos se ven perjudicados por

cuanto se están vulnerando los principios esenciales del sistema político. Es concluyente la frase de Feinberg (Citado en Garzón, 1997: 55.) en la que dice que: “el soborno de un funcionario público me afecta sólo indirecta y remotamente, pero me amenaza directamente con un daño en la medida en que pone en peligro el funcionamiento del sistema de gobierno en cuyo funcionamiento normal y eficaz estoy interesado”.

#### 4. La corrupción, también del votante.

Por tanto, hoy, y en mayor medida en los municipios pequeños, en donde un mismo equipo de gobierno o partido se mantiene en el poder de forma ininterrumpida, los vecinos de ese municipio, al ver el cambio como algo imposible de alcanzar, deciden buscar el entrar a formar parte de la red clientelar.

Existe, a nuestro juicio, una única causa de la corrupción, que es común y está vinculada a la propia condición humana. La falta de preocupación por los demás, la búsqueda del beneficio particular y del enriquecimiento rápido, agravado en los últimos tiempos por un cambio de mentalidad en la ciudadanía actual y una pérdida de valores propiciada por la irrupción de los postulados neoliberales en diversos sectores de nuestra sociedad, son la clave, como veremos en el siguiente apartado, que explica el porqué un político acaba corrompiéndose. Todo lo demás que rodea al político son condicionantes, circunstancias que acompañan o facilitan, etc., porque la decisión última obedece al propio político. Por mucho que se corrija o se adopten medidas tendientes a erradicar la lacra de la corrupción, cada vez que aparezca un caso, la falta de ética va a estar presente.

“La causa general, con ramificaciones e influencias en las divisiones políticas y económicas, es una crisis general de valores. Por tanto el factor fundamental, la clave,

está en el propio individuo” (Peces Barba, 1996: 23). Si una persona no quiere corromperse, no se corrompe.

##### 5. Condicionantes y circunstancias concretas que favorecen la corrupción.

¿Qué ha fallado? ¿Cuál es el motivo por el que los servidores públicos deciden en un momento determinado cometer un acto de corrupción? Y lo que es más importante en el caso que nos ocupa: ¿Qué motivos llevan a una persona a “vender” su voto, su libertad de elección?

Es evidente que, debido a la complejidad del fenómeno, debemos tener presente que detrás habrá una conjunción de factores que facilitan la decisión del agente.

En este epígrafe resaltaré un factor determinante, a nuestro juicio, que subyace a la corrupción y motiva y da sentido a esa causa primera y última que es la decisión del político y la del ciudadano.

En el debate en torno al fenómeno de la corrupción, hay dos posturas enfrentadas: por un lado hay autores que ven el Estado interventor como un lastre en la búsqueda de la solución a la corrupción, ya que esa administración burocratizada e interventora facilita que la corrupción se produzca, y por otro lado está la extendida postura que ve en la ideología neoliberal (cuyo principal postulado es la no intervención gubernamental, la desregulación) y en el cambio de valores que ésta ha fomentado, una de las razones que están detrás de la decisión del político de cometer el acto o actos de corrupción y de la generalización de ésta que ha golpeado con fuerza en las últimas décadas países como España. Puede llegarse a interpretar este contraste como un paso más en el enfrentamiento socialdemocracia *versus* neoliberalismo que reproduce en otro espacio temporal la pugna izquierda/derecha típica de décadas anteriores.

Si antes decíamos que la causa principal de la corrupción es la conducta deshonesta del cargo público y lo demás son circunstancias que la favorecen, es evidente que la ideología tiene mucho que ver. Las ideas y referentes claves de la ideología neoliberal (desregulación, individualismo, competitividad, cultura del éxito a corto plazo, etc.), que se ha llevado a la práctica de forma salvaje, son, a nuestro juicio, el principal caldo de cultivo para la corrupción, ya que hoy vivimos en un mundo capitalista globalizado, y ésta es la razón por la que, aún siendo habitantes de un pequeño pueblo, compartimos determinados valores con los habitantes del mundo “desarrollado” en general (Cf Sánchez Morón, 1997: 195; Zarzalejos, 1996: 13-14).

Siguiendo la idea que planteamos, habría que hacer referencia a dos fases distintas, que siempre deben tenerse presente en la búsqueda de la solución. Dos fases: de formación y de castigo, que deben ser tenidas en cuenta en la búsqueda de la solución al problema de las conductas corruptas, irregulares, ilegales, etc. que se cometen en el ámbito político-administrativo. En esta comunicación nos centraremos en la primera fase, de ahí que en el siguiente epígrafe hagamos un análisis de la actual situación y de la crisis de valores en que estamos inmersos. La segunda fase, y siguiendo lo apuntado, se dirigiría al castigo (control y sanción), donde habría que hacer un repaso a la situación actual en que se encuentra el sistema de controles y sanciones, tanto interno (administrativo) como externo (jurisdiccional).

#### 6. Pérdida y cambio de valores. Importancia de la ideología neoliberal.

Lo dicho anteriormente nos sirve para entender el porqué en el ámbito académico se está produciendo un interés de nuevo por la relación entre la economía y la moral. Un interés que se debe en gran parte al aumento de los casos de corrupción

ligados, por ejemplo, al urbanismo, donde el interés por el dinero en forma de comisiones, etc., ha puesto de manifiesto de manera clara y contundente que las reglas éticas y las reglas económicas se han desvinculado completamente, superando con creces las económicas a las éticas. El regirse por unas y no por otras es una de las claves para entender el porqué de la corrupción. (Peces Barba, 1996: 22)

La mentalidad de la mayoría de los ciudadanos de países desarrollados, cuyas características destacadas son, como se ha dicho, el individualismo, la competitividad salvaje, la nueva cultura social del enriquecimiento rápido y del consumo, ideología que prima el interés por el bolsillo particular, y que no sólo afecta al político que decide corromperse, sino que también afecta a los ciudadanos de a pie, creando ciudadanos “de sofá y mando a distancia” (Martínez Navarro, 2006) que ante determinados casos de corrupción, y aun a sabiendas que nuestro alcalde o nuestro funcionario no está actuando como debiera, no sólo no lo denunciarnos, sino que lo protegemos porque de ello depende un puesto de trabajo o un beneficio extraordinario. No sólo la ideología individualista y economicista es un factor fundamental en el actuar del político corrupto, sino que también, y en mayor medida en el tipo de municipios pequeños con un gobierno duradero, influye decisivamente en el comportamiento del ciudadano y por tanto en la resolución del problema.

A las anteriores motivaciones, debemos añadir otras más tradicionales, como pueden ser la búsqueda de una seguridad ante posibles cambios y situaciones de incertidumbre o el apego a la familia y protección de la misma. Todo lo anterior explicaría el comportamiento de determinados vecinos, capaces de “vender” su voto. Si la compra-venta fuera de tipo colectivo, es decir, a través de un programa electoral y su posterior cumplimiento por parte del gobierno, el apoyo a éste en las siguientes elecciones, aunque el voto se decida por motivaciones de tipo egoísta, estaría justificado

y no podría ser objeto de reproche, ya que la actuación del político no supone un quebrantamiento del sistema normativo ni de los principios de igualdad. Pero cuando aparecen la coacción, el secretismo y la vulneración de la igualdad de oportunidades y de los principios de mérito y capacidad, entre otros, al político puede tachársele sin contemplaciones de corrupto, y al ciudadano que lo ampara, aunque víctima también del corrupto, en determinadas ocasiones es cómplice de la corrupción por qué se ve beneficiado.

## 7. Conclusión.

No sólo debemos centrar nuestra atención en los condicionamientos económicos; si así lo hiciéramos estaríamos obviando aspectos subjetivos muy importantes que favorecen la aparición de la corrupción. El cambio de mentalidad, el arraigo de nuevas ideas, el desapego a la ética en la política y en la forma de relacionarse con la Administración Pública, unido a la degradación de los fundamentos ideológicos, que hace que nos movamos únicamente, como decíamos, por nuestro interés particular, son claves que nos pueden ayudar a entender este fenómeno.

Afirma Nicolás López Calera que “La competitividad feroz, el insaciable afán de éxito de lucro, la desmedida afición al dinero, etc., que son sin duda fuentes de energía para el mundo económico y empresarial privado, son los grandes valores en los que se educa a los jóvenes. Los sinvergüenzas públicos no son sino los sinvergüenzas privados a los que les ha dado por comerciar con el bien común para su personal provecho” (López, 1997: 129-130).

Obviamente, esta situación de pérdida de valores éticos e ideológicos no hay que enfrentarla únicamente poniendo controles y castigando. Posiblemente también haya que actuar para corregir las deficiencias de los ordenamientos, pero la fase

formativa, educativa, ese educar en valores distintos de los que nos han transmitido, requiere reformas legislativas en el ámbito educativo y en otros sectores que propicien un cambio ético radical. A la hora de plantear medidas de corrección, la corrupción no se remedia exclusivamente mediante reformas legislativas que supongan un endurecimiento de los ordenamientos jurisdiccionales, sino que se requieren cambios estructurales en un ámbito, a nuestro juicio de suma importancia, como es el educativo.

A modo de conclusión, diremos que, aunque se parta de la idea de que la desaparición total de los casos de corrupción es prácticamente imposible, la crisis generalizada suscitada por la corrupción sí tendría remedio. Que la corrupción se reduzca a casos esporádicos y puntuales es un objetivo factible, aunque hay que reconocer que se trataría de un remedio complejo que ha de actuar en numerosos frentes. Ha de basarse, como afirma Zarzalejos (1996: 17), en el rearme moral, en la recuperación de las ilusiones ideológicas, en la acuñación de nuevas pautas sociales, en el perfeccionamiento de las reglas democráticas, etc. En definitiva, la moralización de la actividad política significa tener presentes valores como la austeridad, la solidaridad, la veracidad, el buen ejemplo, etc., de los que depende, según el ciudadano de a pie, una política más razonable. Valores y pautas que no solo deben ser observadas por el político o funcionario, sino por todos los ciudadanos. Y de ello depende un sistema de gobierno y convivencia verdaderamente democrático.

¿Qué importancia tiene la ética? Mucha. Ya que para corregir la actitud del ciudadano, no es posible utilizar las reformas legislativas a fin de establecer normas o endurecer la legislación en la fase de castigo. Tampoco hay controles. No se puede castigar a una persona que decida votar a un alcalde que ha “metido” a trabajar a un hijo suyo en una empresa por “recomendación”. Aquí sólo vale la ética. Hay que hacer un



esfuerzo pedagógico para explicar a los ciudadanos que sus derechos y los deberes de la Administración, no pueden convertirse en favores.

## BIBLIOGRAFIA

Arrillaga, L. (1994). *Clientelismo, caciquismo, corporativismo*, Madrid: SL. Escorial.

Coady, C. (1995) “La política y el problema de las manos sucias”, en Peter Singer (ed.) *Compendio de ética*, Madrid: Alianza Editorial.

Cortina, A. y Martínez, E. (1996). *Ética*. Madrid: Ediciones Akal.

Garzón, E. (1997). “Acerca del concepto de corrupción” en Francisco J. Laporta y Silvina Álvarez, (Comp.) *La corrupción política*, Madrid: Alianza Editorial.

Johnston, M. (1996). “La búsqueda de definiciones: la vitalidad de la política y el problema de la corrupción”, *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, N° 149, Unesco.

López, N. (1997), “Corrupción, ética y democracia” en Francisco J. Laporta y Silvina Álvarez, (Comp.) *La corrupción política*. Madrid: Alianza Editorial.

Martínez, E. (2006) “Ética de la profesión: proyecto personal y compromiso de ciudadanía” en Revista VERITAS n° 14, Valparaíso (Chile).

Martínez, E. (2006b) Revista electrónica *A fondo* n° 9. Junio 2006.

Meny, Y. (1996). “Corrupción -fin de siglo-: cambio, crisis y transformación de los valores”, *Revista Internacional de ciencias sociales* n° 149, Unesco.

Nino, C. (1992). “Un país al margen de la ley”. Buenos Aires: Emecé Editores.

Peces Barba, G. (1996). “La corrupción en las Instituciones y en la sociedad civil” en *Corrupción y ética*, Bilbao: Universidad de Deusto.

Riesman, M. (1981). *Remedios contra la corrupción: Cohecho, cruzadas y reformas*. México: Fondo de Cultura Económico.

Sánchez, M. (1997). “La corrupción y los problemas del control de las administraciones públicas” en Francisco J. Laporta y Silvina Álvarez, (Comp.) *La corrupción política*, Madrid: Alianza Editorial.

Zarzalejos, J. (1996). “Descripción del fenómeno de la corrupción” en *Corrupción y ética*. Bilbao: Universidad de Deusto.

# La deliberación en los comités de ética asistencia

Carlos Pose

Instituto Teológico Compostelano. Universidad Pontificia de Salamanca

**Resumen:** Las decisiones son cada vez más complejas. El poder de gestión aparece repartido entre distintos individuos, y, además, los sentimientos juegan un papel moral muy importante. Ambas razones aparecen entremezcladas en la relación clínica. Hay decisiones que el médico no puede tomar sin contar con el consentimiento del paciente, como tampoco el paciente puede solicitar pruebas que vayan más allá de lo razonable. Ambas partes han de equilibrar sus fuerzas, expresando sus puntos de vista y razonando sobre ellos. El método deliberativo es, quizá, el mejor modo de hacerlo. ¿Pero ha llegado este método a los Comités de Ética Asistencial?

**Palabras clave:** Sentimiento, Deliberación, Bioética, Ética

**Abstract:** Decisions are increasingly complex. The decision appears divided between individuals, and also the feelings play a very important moral role. Both reasons are joined in the clinical setting. There are decisions that the doctor can not make without the consent of the patient nor the patient can ask for something beyond what is reasonable. Both parties have to balance their forces, expressing their views and reasoning about them. The deliberative method is perhaps the best way to do it. But this method has come to the Ethics Committees?

**Keywords:** Feeling, Deliberation, Bioethics, Ethics.

## 1. Introducción.

De un tiempo a esta parte las relaciones humanas se han vuelto más complejas y difíciles. Una de las razones es que el poder que antes gestionaba una única persona, hoy aparece repartido entre distintos individuos. Otra razón no menos importante es que los sentimientos, que durante mucho tiempo han permanecido apartados de la vida moral, hoy constituyen nuestras señas de identidad y son algo a lo que no estamos dispuestos a renunciar fácilmente. En la actualidad ambas razones aparecen entremezcladas, y nos afectan no sólo a las relaciones de amistad o familiares, sino también a las relaciones profesionales o institucionales. El caso de la “relación clínica” es un ejemplo paradigmático. Hoy hay decisiones que el médico no puede tomar sin contar con el “con-sentimiento” del paciente, como tampoco el paciente puede solicitar a los profesionales de la salud medidas que vayan más allá de lo razonable. Ambas partes han de aplicarse en conseguir equilibrar sus fuerzas, sus deseos y sus objetivos, a

poder ser, expresando sus puntos de vista y razonando sobre ellos. ¿Cuál es la mejor manera de hacerlo?

En esta comunicación analizaremos el papel de los sentimientos en distintos modos de toma de decisiones, con el objetivo de valorar cuál de ellos es aplicable a la práctica clínica, a la gestión de las instituciones sanitarias y a los Comités de Ética Asistencial. Los sentimientos no influyen de igual modo en cada uno de esos métodos que vamos a presentar. Hay métodos que prescinden de los sentimientos, porque creen que no favorecen la toma de decisiones (es el caso del método demostrativo), y otros que no hacen más que tener los sentimientos en cuenta (es el caso del método persuasivo). La deliberación, método por el que al final nos decantaremos, sería el método que no niega la inclusión de los sentimientos en la toma de decisiones, pero los recupera a un nivel distinto que el método persuasivo.

## 2. El problema del sentimiento.

El problema del sentimiento está ligado al problema de las facultades humanas. El sentimiento como facultad superior humana no entra en filosofía hasta bien avanzado el siglo XVIII. En concreto, el sentimiento como término técnico en filosofía no se consagra hasta la obra de Kant. Pero esto no quiere decir que anteriormente no existiera eso que llamamos anacrónicamente sentimiento, sino que su concepción era muy distinta. Para la filosofía clásica, el sentimiento no era una facultad ni una actividad, sino un momento “reactivo” o “tendencial” de otra facultad, la voluntad. Quiere esto decir que para la filosofía antigua sólo existían dos facultades, la razón y la voluntad, el *nous* y la *órexis*, ya que se pensaba que el psiquismo humano sólo se regía por la verdad y la acción. Sólo con la filosofía moderna y contemporánea se hablará, no de dos sino

de tres facultades, esto es, de entendimiento, voluntad y sentimiento, puesto que se llegó a la convicción de que tres eran las dimensiones de lo real: lo verdadero, lo bueno y lo bello. En consecuencia, la distinta idea de sentimiento que corrió a lo largo de la historia de la filosofía occidental, desde Platón y Aristóteles hasta nuestros días, fue muy distinta.

En la Edad Moderna el sentimiento aparece ligado al descubrimiento de la subjetividad. De ahí que en un primer momento se piense que los sentimientos son “estados subjetivos”, íntimos, es decir, carentes de la objetividad propia de la razón y de la voluntad, pero respetables. Es cierto que frente a esta concepción todavía “pasiva” de los sentimientos, la filosofía romántica fue subrayando su capacidad “activa” para enfrentarse con la realidad en su totalidad. Sin embargo, será la fenomenología, a través de tres de sus mentores, Brentano, Husserl y Scheler, la que transforme el mundo de los sentimientos y les dé un papel propio e irreductible en el descubrimiento de una realidad “objetiva” que se suele conocer con el término “valor”. A partir de aquí los sentimientos no serán concebidos únicamente como “afecciones tendenciales”, sino como “sentimientos intencionales”, es decir, como fenómenos que actualizan objetivamente una dimensión realidad, tan objetiva como lo pueda ser la actualizada por la razón o la voluntad. Por lo tanto, la fenomenología es quien permitió descubrir las raíces objetivas del mundo emocional analizándolo en una dimensión nueva, lo que nos ha abierto al mundo del valor.

En consecuencia, el sentimiento, que en la época antigua fue considerado como una pasión o como un estado de ánimo, a partir del siglo XVIII cobra rango de facultad, independizándose tanto de la facultad intelectual como de la volitiva, si bien es cierto

que siguió considerándose como una dimensión subjetiva en la percepción de la realidad. Finalmente, en el siglo XX, precisamente gracias a la fenomenología, el sentimiento adquiere la misma capacidad que las otras dos facultades: la de “actualizar” un nuevo mundo de realidades “objetivas”, los llamados “valores” en sentido muy amplio. Esta aplicación de la fenomenología a la vida emocional acabó siendo de extrema importancia en ética, porque permite fundamentar las acciones humanas en el mundo del valor.

### 3. Funciones de los sentimientos.

Con la revalorización de los sentimientos a la altura del siglo XX y su importancia en la vida moral, ya no podemos pasar por alto algunas de sus funciones principales, que de algún modo se “deberían” tener en cuenta en todo método de toma de decisiones. Se trata, en todo caso, de la prueba de fuego a la que habrá que someter luego cada método de toma de decisiones.

#### a) Estimación y valoración.

En primer lugar, con la elevación del sentimiento a actividad psíquica superior asistimos a una de las funciones más importantes de las emociones en el trato humano con la realidad: la estimación, la valoración. La estimación y valoración es una función no sólo, pero principalmente emocional. La realidad tiene más dimensiones que la intelectual. Al lado del mundo intelectual hay otro mundo que se ha llamado “mundo de los valores”.

#### b) Apoyo emocional.

En segundo lugar, el sentimiento es una dimensión indispensable en el llamado “apoyo emocional”. Según el diccionario, “apoyar” significa (a) “hacer que una cosa descansa sobre otra”; (b) “favorecer, patrocinar, ayudar”. En sentido moral, el apoyo

emocional implica “estar ahí” ayudando al otro a soportar el peso de la situación. Apoyar es ayudar estando ahí. Apoyar no es necesariamente “hablar” (gran confusión), sino “estar”, o es más estar (¿escuchando?) que hablar. Se puede hablar sin apoyar nada, y se puede estar apoyando sin hablar, porque se trata de un auxilio o ayuda, no cognoscitivo sino emocional. Desde el punto de vista emocional, el que pide ayuda no desea “sabiduría”, sino “comprensión”. Por eso apoyar es estar ahí presente, y a veces se está presente estando ausente. Ciertamente la eficacia del apoyo, de este estar presente, también depende del receptor como ser que nos acoge. De ahí que a veces sentimos un gran apoyo de personas que no están presentes, y ninguno de otras que estando presentes, las sentimos como ausentes. Esto quiere decir que ambas partes, donante y receptor, deben estar unidas por un lazo de amor. El apoyo emocional es un apoyo de amor, de amistad, de confianza que se suele ganar a base de tiempo.

c) Fuerza argumentativa.

En tercer lugar, el sentimiento tiene una función más, que es la llamada “fuerza argumentativa”. El sentimiento tiene fuerza persuasiva. Un texto de Aristóteles de la *Retórica* dice: “Son las pasiones aquello por lo que los hombres cambian y difieren para juzgar, y a las cuales sigue pena y placer; tales son la ira, compasión, temor, y las demás semejantes, y sus contrarios”. Las emociones no son racionales, pero influyen en el razonamiento. Ésta es, para Aristóteles, su importancia. (a) No actúan como una “fuerza física”, como si se tratara de una lucha física, que siempre tiene por finalidad “vencer” al otro, anularle física y moralmente. (b) Tampoco actúan como una “fuerza lógica”, demostrativa, cuya finalidad sería la misma, esto es, imponer el propio criterio. (c) Se trata de una “fuerza moral”, lo que a veces llamamos “poder de convicción”, lo cual se realiza a través de un diálogo, de un intercambio de “razones”, y tiene por finalidad

“con-vencer”, vencer “con” el otro, para así ganar todos. “Convencer” significa “incitar, mover con razones a alguien a hacer algo o a mudar de dictamen o de comportamiento”. Ésta es la esencia de la fuerza emocional, y es también su limitación. La persuasión no resuelve todo. Su poder es importante, pero no tanto como para anular al otro. Se trata siempre de convencer, no de vencer. La fuerza argumentativa no es fuerza física ni lógica, sino poder de convicción, es decir, fuerza moral. Esto significa que cuando argumentamos emocionalmente, cuando intentamos convencer limpiamente, el otro siempre es tratado como un ser que nos merece respeto.

#### 4. Sentimiento y toma de decisiones.

Según hemos visto, el sentimiento, que en la época antigua fue desigualmente valorado, y sobre todo valorado negativamente, poco a poco fue cobrando rango de facultad, independizándose tanto de la facultad intelectual como de la volitiva. A partir de la época moderna, además de su dimensión subjetiva, fue vislumbrándose una cierta dimensión objetiva en la percepción de la realidad. A esto último se ha llegado, precisamente, gracias a la fenomenología, con quien el sentimiento adquiere la misma capacidad que las otras dos facultades: la de actualizar una dimensión de la realidad llamada valor. Esta aplicación de la fenomenología a la vida emocional acabó siendo de extrema importancia en ética. De ahí que la revalorización de los sentimientos en la sociedad actual nos ponga ante los ojos algunas de sus funciones principales que de algún modo se deberían tener en cuenta en todo método de toma de decisiones en la práctica clínica y en la gestión de las instituciones sanitarias, así como en las reuniones hospitalarias de los Comités de Ética Asistencial. ¿Es así? ¿Todo método asume esas funciones? Y, por otro lado, ¿basta con esas funciones? Muy brevemente intentaremos responder estas cuestiones.



Cabe subrayar, ante todo, que las emociones desempeñan un papel muy importante en el método persuasivo y, en este sentido, parecería un método apropiado para tomar decisiones en la práctica clínica. El problema surge cuando se observa que en este método no entran esencialmente más razones que las contempladas por vía emocional, aunque es cierto que hay diferencias en el modo de interpretar la persuasión. En general lo que se busca no es la verdad, la certeza, sino la convicción, pero puede pretenderse que esta convicción sea razonable (Platón y Aristóteles), o puede pretenderse únicamente la aceptación de lo que se dice (sofistas). Este segundo sentido de persuasión es a todas luces inaceptable. Ahora bien, incluso en el primer sentido tiene sus límites como el propio Platón y Aristóteles reconocieron, porque no es sostenible que este método no permita apelar más que a razones emocionales. En la relación clínica, en la medida en que hay que partir de “hechos”, tiene que quedar claro que no basta con las emociones para tomar decisiones. Siempre hay algo que no es emocional, sino intelectual, racional, o si se quiere, dato de experiencia o de conocimiento.

Esto nos lleva al segundo método: siempre ha existido la pretensión de aplicar otros métodos en la práctica clínica, por ejemplo el método demostrativo, porque se cree que los hechos, y su conocimiento, son los únicos que nos dan la razón de las cosas. Se trata de un método en el que los sentimientos no desempeñan ningún papel; antes bien, son un obstáculo en la toma de decisiones. Demostrar es lo más opuesto a persuadir. La persuasión siempre recae sobre cosas dudosas, probables, mientras que la demostración recae sobre cosas exactas, ciertas. De lo que se trata es de conocerlas. Sin embargo, esto es hoy tan insostenible (es la crisis del paternalismo) que a la fuerza hemos de pasar a

valorar el siguiente método, el método deliberativo, como aquel que más se acerca al modo ideal de tomar decisiones en la práctica clínica.

## 5. El método deliberativo.

¿Qué es deliberar? Deliberar no es persuadir, convencer sin más, pero tampoco es demostrar, no es hallar las razones de la verdad. La deliberación recae sobre la verdad de las razones. Deliberar es investigar. Y se investiga probando, sometiendo a prueba las razones. En el caso de la deliberación la investigación consiste en una ponderación de distintos puntos de vista, de distintas razones. Es que la verdad deliberativa es una verdad probable, no cierta. Si algo sabemos que es absolutamente cierto, entonces no se prueba, sino que demuestra y se ratifica. La ratificación es una especie de demostración, mientras que la prueba es una investigación. Se delibera ponderando (tanteando, opinando, etc.). Justamente, el método deliberativo no se funda en el “yo sé” ni en el “yo quiero”, sino en el “yo opino”. Opinar también es dar razones. En el rigor de los términos, la prueba es lo propio del conocimiento científico, mientras que la opinión lo es del conocimiento moral. Por el contrario, la demostración es lo propio del conocimiento matemático y del lógico.

Ahora bien, como las razones o opiniones que pueden probar una cosa son muchas, y por tanto ninguna concluyente, el procedimiento deliberativo consiste en un intercambio de razones o opiniones. Intercambiar razones es dialogar, intercambiar “lógos”, y de ahí que el método deliberativa esté constituido por argumentos “dialécticos”. La dialéctica consiste en dar razones, que no son absolutamente ciertas, sino probables. Los argumentos dialécticos nunca son tan contundentes como para anular totalmente argumentos contrarios. Es que los argumentos dialécticos son por

esencia probables, no ciertos. Como dice Aristóteles, deliberamos “sobre lo que es de una manera, pero puede ser de otra”. La probabilidad apunta a aquello que tiene más razones a su favor, pero a sabiendas de que ninguna es definitiva. Y precisamente como no es definitiva, es por eso que a veces hay que echar mano de otras razones, por ejemplo, de las razones persuasivas, del “yo quiero”. El “yo opino” y el “yo quiero” no son entonces incompatibles, pero tienen una lógica distinta. La primera es dialéctica, mientras que la segunda es retórica y persuasiva.

Pues bien, la deliberación, que es una práctica anterior a Aristóteles, quizá socrática, es recuperable hoy. Hoy volvemos a sentir la necesidad de la deliberación. ¿Qué ha cambiado desde entonces, si es que ha cambiado algo? Hay algo que sigue siendo universal: (a) la incertidumbre y duda que generan los problemas éticos y bioéticos. (b) Sin embargo, hay algo que ha cambiado: hoy no sólo pueden deliberar unos pocos, los que saben, los mejores, es decir, los aristócratas, sino que pueden deliberar todos, es decir, los demócratas. Durante muchos años se pensó que la deliberación era un procedimiento preponderantemente racional, cognoscitivo, y que por tanto sólo los muy sabios, los mejores, podían ponerlo en práctica. Pero hoy la deliberación se extiende a toda la población. ¿Por qué este cambio?

La deliberación como procedimiento adecuado en la toma de decisiones morales surge en primer lugar, (a) por reconocimiento de la limitación de la razón humana para conocer la realidad en su totalidad: es la crisis de la razón absoluta, demostrativa. En segundo lugar, (b) surge porque las sociedades democráticas están construidas sobre la aceptación, implícita o explícita de la pluralidad axiológica de sus ciudadanos, y de ahí que sea necesario ponerse de acuerdo: es la crisis del código único. La ética tiene así un espacio propio en las sociedades actuales, un espacio que equidista a un tiempo de tres vértices (en un triángulo imaginario): la ciencia, el derecho y la

religión. Hay quien concibe la ética pegada a alguno de estos vértices, pero esto siempre significa caer en el reduccionismo técnico, jurídico o religioso y no respetar la especificidad moral. La ética debe concebirse como una disciplina autónoma (irreductible a las otras disciplinas), aunque a la vez en diálogo con ellas, es decir, tocando a un tiempo todos los vértices.

## **La deliberación en los Comités de Bioética como canal de formación y cauce para alcanzar soluciones éticas y prudentes**

Juan María Martínez Otero, Encarnación Argandeña Parra, Josefa Cárcel Gómez, Marta Correa Ballester, Victoria Espinar, María Dolores Espuig Bulto, Elena Hortelano, Raúl Martín Soler, Francisco Tomás Aroca, Amparo Tortajada Pelechá, Javier Vega Gutiérrez

Comité de Bioética Asistencial del Hospital Doctor Moliner – Serra

### Introducción

En primavera de 2010 la dirección del Hospital Doctor Moliner animó al Comité de Bioética Asistencial a redactar una *Guía para la Sedación al Final de la Vida*. El objetivo era ofrecer a la comunidad de profesionales sanitarios del hospital un documento de trabajo sencillo que orientase sus actuaciones en las etapas finales de la vida. Este documento debía recoger –de manera tanto completa como sucinta– un elenco de buenas prácticas, que fuera capaz de dar una respuesta satisfactoria a las diferentes dimensiones implicadas en la atención médica durante los estadios terminales de la enfermedad: la dimensión médica, farmacéutica, jurídica, deontológica, y religiosa.

Durante los meses siguientes, en el seno del comité trabajamos ilusionadamente la cuestión. Cada miembro, desde su área de conocimiento, ofreció reflexiones, consideraciones deontológicas, propuestas y, por qué no decirlo, también interrogantes que no sabía responder, y que entre todos fuimos resolviendo de un modo consensuado. A la hora de fijar unas pautas para la sedación terminal al final de la vida afloraron ciertas discrepancias entre los puntos de vista médico y jurídico,

principalmente en materia de consentimiento informado del paciente a dicho tratamiento. El debate y las discusiones redundaron –por un método más hegeliano que mayéutico– en un enriquecimiento mutuo de los miembros del comité. Los miembros expertos en Derecho comprendieron la realidad del trato diario con enfermos terminales, y cómo en ocasiones las previsiones frías de la ley no pueden ser aplicadas de modo lineal en circunstancias tan excepcionales. Por otro lado, el personal médico superó cierto temor inconfeso al ordenamiento jurídico, que en ocasiones es visto por colectivos sanitarios más como una amenaza o una fuente de inseguridad que como un instrumento de garantía de derechos de las personas, al servicio de la seguridad tanto del paciente como del médico.

La presente comunicación se propone compartir algunas de las discusiones llevadas a cabo en el seno de nuestro comité, ofreciendo como resultado nuestras conclusiones relacionadas con el consentimiento informado de los pacientes antes de llevar a cabo una sedación terminal.

#### Cuestiones terminológicas

En primer lugar, antes de abordar la cuestión del consentimiento informado al tratamiento de sedación terminal, se impone realizar unas mínimas delimitaciones terminológicas, que nos permitan diferenciar este tratamiento de otras prácticas médicas colindantes, con las que no conviene confundir la sedación terminal.

Sedación terminal: administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico o psicológico, mediante la disminución lo suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima. Como han recordado la Organización Médica Colegial, y las Sociedades Españolas de Cuidados Paliativos,

Oncología Médica, Geriátría y Medicina de Emergencias, estamos ante “un procedimiento médico bien definido, aceptable ética y jurídicamente y que, debidamente practicada, es una medida recomendable en situaciones de enfermedad terminal y en los últimos días, cuando no hay posibilidades terapéuticas, en situaciones de sufrimiento insoportable, no controlable, y en los que se prevé una muerte próxima”.

Eutanasia: acción u omisión, directa e intencionada, encaminada a provocar la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa y reiterada de ésta. En este caso, la intención de la actuación médica es ocasionar la muerte, mientras que en la sedación terminal se trata de paliar el sufrimiento. Son características esenciales de la eutanasia el ser provocada por personal sanitario y la existencia de una intencionalidad supuestamente compasiva o liberadora.

Suicidio asistido: cooperación en la muerte de una persona que no se encuentra próxima a la muerte. En este caso, es el propio enfermo el que se ocasiona la muerte: el médico proporciona un fármaco letal al enfermo, y éste se lo administra a sí mismo.

Ensañamiento terapéutico: empleo de medios desproporcionados para prolongar la vida. El ensañamiento terapéutico, también conocido como obstinación o encarnizamiento terapéutico, como señala el Código deontológico, es una acción lesiva a la dignidad de las personas y, por lo tanto, éticamente inaceptable. Por el contrario, la renuncia a usar medios extraordinarios o desproporcionados de tratamiento no equivale a un acortamiento artificial de la vida, sino que expresa la aceptación de la condición humana ante la muerte y, por lo tanto, es lícita.

### Los límites de la deliberación

Un segundo punto introductorio, pertinente en la medida en que una de las áreas del congreso en el que nos reunimos versa sobre la democracia deliberativa, es el

de los límites de toda deliberación, límites que deben ser tenidos en cuenta en su tarea por un comité de bioética asistencial. Y estos límites no son otros que los derechos fundamentales. Ninguna deliberación puede cuestionar dichos derechos, que constituyen un verdadero valladar de toda discusión política, ética y médica. Los derechos fundamentales, como ha recordado Ferrajoli, constituyen una verdadera *ley del más débil*, que no puede ceder ante ninguna decisión mayoritaria, sea fruto de una voluntad dictatorial o democráticamente conformada. Por ello, al ofrecer unas pautas sobre los tratamientos al final de la vida, en el seno de nuestro comité hemos tenido en cuenta el carácter indisponible –tanto para el enfermo como para los médicos- del derecho a la vida humana. De este derecho se desprende el deber de los profesionales sanitarios de actuar siempre en defensa de la vida, con lo que las prácticas orientadas primariamente a terminar con la vida del enfermo (eutanasia y suicidio asistido) han de ser consideradas contrarias a la deontología, por humanitarias que en ocasiones puedan parecer las razones que las aconsejan.

El consentimiento informado en la sedación terminal: previsiones legales

El consentimiento informado del paciente constituye una de las premisas de la relación médico-paciente, y cimienta la relación de confianza entre ambos. Si este consentimiento resulta un elemento fundamental e imprescindible en cualquier tratamiento, cuando estamos ante un tratamiento de sedación terminal, con su carácter irreversible, el consentimiento informado reviste una particular trascendencia. Las condiciones legales en las que debe prestarse el consentimiento informado están recogidas en los artículos 2, 3, 8-11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; y en los artículos 8-17 de la Ley 1/2003, de 28 de



enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana. A continuación se consignan brevemente dichas disposiciones legales, resumiendo las discusiones surgidas durante las deliberaciones del Comité al hilo de cada una de las previsiones del Legislador.

El centro de gravedad del consentimiento informado no es otro que el derecho que asiste a todo paciente de ser informado acerca de la naturaleza y las consecuencias de un tratamiento –en nuestro caso, la sedación terminal–. Esta información resulta imprescindible para poder otorgar el consentimiento a un tratamiento de un modo libre y voluntario. La información facilitada ha de ser clara, veraz, personalizada, realizada sin prisas, en lugar adecuado y en un clima de intimidad. Si bien la mayoría de estos requisitos son exigibles en cualquier tratamiento, cuando la naturaleza del tratamiento reviste la importancia de una sedación terminal, su cumplimiento ha de ser exquisito. Particularmente, lo referido a la ausencia de prisas, y al clima de intimidad y respeto en el que el tratamiento ha de ser explicado. Además, la experiencia de los profesionales sanitarios recomienda que la información sobre la sedación terminal, por su naturaleza especialmente sensible, se otorgue de una manera gradual, y no en un acto médico aislado. Como se constató en el comité, esta experiencia puede chocar con un modo de hacer típicamente jurídico, que busca seguridad y tiende a cumplir los requisitos legales de un modo claro, binario podríamos decir: ¿se ha informado o no se ha informado? ¿Podemos escribir ya en la historia clínica que presta su consentimiento a la sedación terminal, o aún no? Empero, en el trato con el enfermo, máxime cuando el final de la vida está próximo, no siempre es posible o recomendable plantear las cuestiones de un modo tan franco. No se puede olvidar que nos hallamos ante personas emocional y físicamente muy frágiles, de las cuales un alto porcentaje presentan delirium o depresión en estos últimos periodos de vida. Por ello, en muchas ocasiones la

información al enfermo y a su familia ha de ofrecerse de un modo gradual, en las dosis en las que puedan asimilarla y que les permita avanzar en la aceptación de la enfermedad y sus consecuencias del modo menos dramático posible. Con esta argumentación no pretendemos caer en un excesivo paternalismo hacia el enfermo, que secuestraría su libertad personal de un modo inaceptable; ni tampoco en una pantanosa inseguridad acerca de qué información se ha dado, cuál se ha sugerido o simplemente insinuado, qué datos se han preferido esquivar... Simplemente trata de consignarse que la información ha de ofrecerse al ritmo que permita al enfermo y su familia interpretarla de un modo tranquilo y serio.

Por último y en relación al derecho a la información del paciente, hay que mencionar igualmente su “derecho a no saber” (art. 9.1º de la Ley 41/2002). Efectivamente, ha de ser el enfermo quien regule la cantidad de información que desea recibir. En caso de que el paciente no quiera saber, habrá que informar y solicitar el consentimiento a la persona que él libremente designe, o en su defecto, a la que señale el Legislador. En ausencia de éstos, el equipo médico actuará conforme a la *lex artis* adoptando las decisiones que estime oportunas. En todo caso, habrá que hacer constar documentalmente la renuncia del paciente a recibir información.

El suministro de información al paciente deberá tener reflejo en la historia clínica (art. 15 de la Ley 41/2002).

El consentimiento informado para la aplicación de la sedación terminal ha de prestarlo el paciente. Cuando éste no esté capacitado para hacerlo (por situaciones jurídicas o fácticas), podrán prestar el consentimiento informado en sustitución del paciente y por este orden: la persona designada expresamente al efecto por el paciente; sus representantes legales; sus familiares<sup>1</sup>; otras personas vinculadas de hecho al paciente. Esta prelación legal no resulta fácil de aplicar en ocasiones, particularmente

cuando quienes han de prestar el consentimiento son familiares del mismo grado. Y ello porque en ocasiones su relación es fría o distante, tienen opiniones confrontadas y pueden no aceptar el orden de preferencia que el Legislador señala, se resisten a asumir su responsabilidad en las decisiones, o dejan toda la responsabilidad al equipo sanitario.

En el caso de menores de edad que no sean intelectual o emocionalmente capaces de comprender el alcance de la intervención, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos (art. 9.3º.c de la Ley 41/2002). Cuando se trate de menores emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tomada en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

Respecto a la forma en la que el consentimiento ha de ser prestado, cabe señalar que ha de ser un consentimiento libre, voluntario y expreso, no resultando suficiente en ningún caso un consentimiento tácito. Puede prestarse anticipadamente, a través de un documento de voluntades anticipadas que constará en la historia clínica<sup>2</sup>. Conviene que el paciente, con suficiente antelación reciba información del médico acerca de la posibilidad de redactar un documento de voluntades anticipadas, si ese es su deseo. Finalmente, las disposiciones legales vigentes exigen que el consentimiento informado sobre la sedación terminal sea manifestado por escrito. Aunque la doctrina médica mayoritaria entiende que muchas veces es preferible un consentimiento meramente verbal, parece oportuno –en aras a la seguridad jurídica–, obtener el consentimiento por escrito (art. 8.2º de la Ley 41/2002). En la *Guía para la Sedación al Final de la Vida* del Hospital Doctor Moliner hemos incluido un modelo de consentimiento informado a la sedación terminal, procurando que fuera suficientemente

breve y asequible a cualquier lector, así como todo lo claro y completo que la ley exige. En su redacción nos hemos alejado, de intento, de ciertos documentos de consentimiento informado plagados de referencias legales y tecnicismos médicos, que sólo generan inseguridad e incluso vértigo en los legos en Derecho o profanos en la ciencia de Galeno. El modelo de consentimiento que proponemos, que incluimos como anexo al final de la comunicación, consiste en un texto sencillo y completo, que abriga la intención de informar de modo transparente al paciente, al tiempo que inspirar en él y en su familia la tranquilidad de estar enfrentándose a un tratamiento con un plebiscitario reconocimiento desde el punto de vista médico, deontológico, jurídico y religioso.

En ocasiones excepcionales, y a pesar de la previsión legal y de los mejores intentos por suavizar la información otorgada, los profesionales reconocen que puede no resultar recomendable o posible obtener un consentimiento firmado por parte del paciente o su familia. Cuando estas excepcionales circunstancias concurren, haciendo altamente desaconsejable la obtención de un consentimiento escrito, desde el comité estimamos que será suficiente recabar el consentimiento verbal a la sedación terminal, dejándose constancia del mismo –y de las citadas circunstancias– en la historia clínica.

Una última previsión legal obliga al centro hospitalario a reflejar en la historia clínica de cada paciente el suministro de información al paciente y el consentimiento informado del mismo, así como a custodiar diligentemente dicha documentación (art. 15.2º y 17 de la Ley 41/2002).

A modo de conclusión

La elaboración de la *Guía para la Sedación al Final de la Vida* en el Comité de Bioética Asistencial del Hospital Doctor Moliner ha supuesto un desafío importante para sus miembros. Entre muchas experiencias positivas, cabe destacar el intercambio

de puntos de vista entre los diferentes miembros, particularmente entre los puntos de vista clínico y jurídico. Como se ha tenido ocasión de repasar a lo largo de las páginas anteriores, durante las reuniones de trabajo del comité han surgido puntos oscuros o controvertidos de la legislación aplicable al consentimiento informado a la sedación terminal. A través de un diálogo constructivo, precedido de no poco estudio personal, hemos procurado ofrecer en la guía respuestas prudentes a los problemas planteados, que sean respetuosas tanto con la difícil situación del enfermo terminal, como con las previsiones del legislador.

## BIBLIOGRAFÍA

Bellver Capella, V (2006). “Una aproximación a la regulación de los derechos de los pacientes en España”, en *Cuadernos de Bioética*, núm. 59, pp. 11-26.

González Barón, M., Gómez Raposo, C., y Vilches Aguirre, Y.(2006) “Última etapa de la enfermedad neoplásica progresiva: cuidados en la agonía, síntomas refractarios y sedación”, en *Medicina Clínica*, núm. 127, pp. 421-428.

Organización Médica Colegial(2009) *Ética en la sedación en la agonía*. Declaración de la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico, Madrid.

Porta i Sales, J. (y otros) (2002) “Aspectos éticos de la sedación en Cuidados Paliativos” en *Medicina Paliativa*, vol. 9, núm. 1, pp. 41-46.

Sanz Ortiz, J. (2004) “La sedación en el final de la vida”, en *Medicina Clínica*, núm. 123, pp. 423-425.

Seuba Torreblanca, J. C. (2005) “Consentimiento informado en sedaciones”, en *Indret: Revista para el análisis del Derecho*, núm. 2, pp. 1-7.

ANEXO

Modelo de Consentimiento informado para la sedación al final de la vida

(Breve nota aclaratoria: La sedación a la que se consiente a continuación es una práctica común en medicina valorada positivamente por los médicos, enfermeras, y personal sanitario, así como por la Iglesia Católica y otras confesiones religiosas. Su finalidad no es producir la muerte, sino evitar el sufrimiento al final de la vida).

Yo, ....., en pleno uso de mis facultades, consiento a que

[En caso de prestar el consentimiento el representante legal:

Yo, ....., representante legal de.....

Consiento a que a mi representado]

Llegada la situación de:

Enfermedad irreversible en sus últimos estadios, que me produzca un sufrimiento difícilmente soportable.

Se me aplique el siguiente tratamiento:

Sedación terminal con la finalidad de aliviar dicho sufrimiento, aunque la sedación sea irreversible, acortando la agonía.

En todo caso, me reservo el derecho de prestar el consentimiento verbalmente, cuando llegue el momento, siempre y cuando mis condiciones físicas y psíquicas lo permitan.

Firma y Fecha

## NOTAS

<sup>1</sup> En el caso de los familiares, tendrá preferencia el cónyuge no separado legalmente; en su defecto, el familiar de grado más próximo y, dentro del mismo grado, el de mayor edad (art. 9.1 de la Ley 1/2003, de la Generalitat Valenciana).

<sup>2</sup> Las voluntades previas vienen reguladas en los artículos 11 de la Ley 41/2002, y 17 de Ley 1/2003 de la Generalitat Valenciana. La Voluntad Anticipada habrá de formalizarse ante notario; o ante tres testigos mayores de edad y con plena capacidad de obrar, de los cuales dos, como mínimo, no tendrán relación de parentesco hasta el segundo grado ni vinculación patrimonial con el otorgante; o a través de cualquier otro procedimiento que sea establecido legalmente. Las voluntades anticipadas contrarias al ordenamiento jurídico, a la *lex artis*, o las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas no serán aplicadas.

# Consentimiento deliberado y autoridad democrática

Francisco Javier Gil Martín<sup>1</sup>

Facultad de Filosofía. Universidad de Oviedo

**Resumen:** Cuando emplean la relación médico-paciente a modo de analogía política, las justificaciones epistémicas de la autoridad democrática suelen reforzar la sospecha de la *epistocracia*. John Stuart Mill, quien ofreció una variante democrática de la epistocracia con su propuesta del voto plural y su concepción elitista de la deliberación parlamentaria, empleó dicha analogía para destacar tanto el valor de autoridad derivado del diferencial epistémico, cuanto el irremplazable papel autorizador del paciente que consiente. Algunas defensas epistémicas contemporáneas de la deliberación democrática tratan de disipar la sospecha de la pervivencia de la epistocracia asumiendo la idea de consentimiento informado al recurrir a la analogía.

**Palabras clave:** Mill, Lafont, Estlund, Talisse

**Abstract:** When the epistemic justifications of the democratic authority use the doctor-patient relationship as a political analogy, they can reinforce the suspicion of epistocracy. John Stuart Mill offered a democratic variant of epistocracy with his advocacy of plural vote and his elitist conception of parliamentary deliberation. Moreover, Mill used the mentioned analogy to emphasize both the value of authority derived from the epistemic gap, and the irreplaceable authorization of the patient who consents. Some contemporary epistemic defences of democratic deliberation try to remove the suspicion of the epistocracy's survival by assuming the notion of informed consent in the application of the analogy.

**Keywords:** Mill, Lafont, Estlund, Talisse.

La relación entre médico y paciente vertebró en gran medida la ética médica desde sus orígenes históricos en diversas culturas hasta su entronque contemporáneo en el campo más amplio de la bioética. Si nos “ceñimos” a nuestra tradición occidental, como es aquí el caso, esa relación estableció una especie de pivote normativo desde la codificación del juramento de Hipócrates hasta, digamos, el código de Nürenberg o el informe Belmont y, tal como lo ratificara este último, siguió constituyendo un eje de los principios de la bioética en su formulación estándar. Como es de todos conocido, la normatividad inherente a la relación médico-paciente ha virado sustancialmente en ese trayecto histórico. El ladeamiento inicial en favor del buen hacer (y de la precaución ante el daño evitable) por parte del especialista, que determinó en gran medida el marco tradicional hegemónico hasta entrado el siglo XX, ha dado paso a una consideración contemporánea que, sin negar el diferencial epistémico en dicha relación, entiende la distribución de los vínculos de responsabilidad internos a la misma de forma más



horizontal y, en todo caso, menos paternalista. Por eso podemos afirmar que, hoy por hoy, la generalización de la idea de consentimiento informado, como expresión cabal del principio de autonomía, ha reordenado los trasvases normativos de la relación médico-paciente en un sentido más fluido y menos jerárquico.

No es casualidad que dicha relación haya sido también uno de los ejemplos predilectos y recurrentes, usado a menudo a modo de analogía, entre diversos teóricos que se han empeñado en ofrecer una justificación epistémica de la autoridad democrática. Tampoco es extraño que sobre tales intentos se yerga una y otra vez la amenaza de la *epistocracia*, vale decir: del gobierno de los que realmente saben o de los expertos; y que lo haga no ya en consonancia con la variante antidemocrática de la doctrina del tutelaje de Platón, que fue el primero en utilizar productivamente esa analogía con fines políticos<sup>2</sup>, sino más bien en cierta sintonía con la variante democrática de la propuesta de John Stuart Mill de conceder votos adicionales a los ciudadanos mejor instruidos o con su visión elitista de la deliberación parlamentaria. De hecho, el propio Mill aplicó la citada analogía en su reseña crítica del primer volumen de *Democracy in America* de Tocqueville y en algunos otros textos con objeto de apoyar la concepción adecuada, no errónea, de la democracia<sup>3</sup>, textos que han dado pie a diversos intérpretes para considerarle un platónico o incluso un preschumpeteriano. Vale la pena detenerse en esos escritos porque cabe extraer de esa aplicación política de la analogía no sólo un alegato en favor del valor de autoridad del especialista derivado del diferencial epistémico, sino también una contundente afirmación del irremplazable papel autorizador del paciente que consiente (I). Después de constatar esta ilustrativa tensión, recordaré –brevísimamente, obvio es decirlo– un aspecto nuclear y aglutinador de algunas defensas epistémicas actuales de la deliberación democrática (las de Cristina Lafont, David Estlund y Robert Talisse) que

parecen tomarse en serio el ejemplo de Mill y que cuando recurren a la analogía política de las relaciones médico-paciente asumen en ella la noción del consentimiento informado, justamente para hacer frente a la sospecha de la pervivencia de la epistocracia en el seno de la democracia deliberativa (II).

(I) Con el recurso a la mencionada analogía política Mill trata básicamente de apoyar su idea de que en la concepción correcta de la democracia se han de fijar ámbitos bien delimitados de competencia entre los representantes y los representados. Si estos últimos tienen claro el valor del conocimiento en las tareas de la legislación, sostiene Mill en los textos citados, elegirán a sus representantes tal como lo harían con su médico, esto es, no como si éstos fueran meros delegados que han de seguir a pie juntillas las directrices que aquéllos les dicten, sino como los mejor cualificados y más capacitados que pueden encontrar. Esto significa que, de igual modo que ningún paciente –sin los conocimientos médicos pertinentes, se sobrentiende– le da instrucciones a su médico sobre el tipo de diagnóstico o exige de él una promesa de que le prescribirá un determinado tratamiento, tampoco los representados deben reclamar de los legisladores que hagan dejación de su autonomía y desistan de proceder con arreglo a su mejor saber y entender.

Este primer paso de la analogía equipara el respeto y la confianza del paciente hacia el doctor con las de los ciudadanos hacia sus representantes y enfatiza la discrecionalidad de los legisladores por comparación con el empleo médico de criterios independientes de juicio en aras del bien sustantivo de la salud del paciente. En otras palabras, se aviene a un rechazo de la delegación derivada del mandato imperativo de parte de los representados y a una defensa de la independencia y discrecionalidad de los representantes sobre la base de la confianza debida. De este modo, la analogía ilumina

la inclinación hacia una modalidad de deliberación –sobre bases de competencia y excelencia, y dentro de la representación parlamentaria– a expensas de la igualdad política (Fishkin, 1992: 38-40). A esta prioridad de la deliberación parlamentaria cualificada se aviene la célebre y polémica propuesta de conceder votos adicionales a los más instruidos entre la generalidad de los electores, avenencia que no puedo explicitar aquí.

No obstante, Mill completa la analogía con la consideración de que el paciente, si bien no prescribe a su médico lo que tiene que hacer toda vez que no está en condiciones de nivelar el diferencial epistémico, no enajena por ello la prerrogativa de elegir o cambiar el médico ni deja de ser la última instancia de control sobre los resultados. Aun sin ser jueces competentes sobre los diagnósticos y tratamientos, los pacientes pueden discriminar cuándo están enfermos, evaluar a los médicos por los resultados que conciernen a su propia salud y abandonarlos si dejan de confiar en ellos. Aplicado al conjunto de los ciudadanos, esta instancia última de autorización nos ofrece un equivalente de la idea de que todo el poder procede del pueblo:

“The idea of a rational democracy is, not that the people themselves govern, but that they have *security* for good government. This security they cannot have, by any other means than by retaining in their own hands the ultimate control [...] The people ought to be the masters, but they are masters who must employ servants more skilful than themselves [...] A man’s control over his physician is not nugatory, although he does not direct his physician what medicine to administer. He either obeys the prescription of his physician, or, if dissatisfied with him, takes another. In that consists his security. In that consists also the people’s security; and with that it is their wisdom to be satisfied” (Mill, 1977, vol. 18: 71-72; vol. 19: 651).

Al igual que en el caso del control sobre el médico, el control del pueblo que le autoriza para pedir cuentas, elegir y deponer a sus representantes tampoco es baladí: “They may not always make the wisest choice, because, not being competent judges, they must depend, in a great measure, on collateral facts, or evidence of an indirect character..., but the power of selection and dismissal is the most effectual means of securing the best services of those whom they choose” (Mill, 1977: 40). No es este el momento de entrar a considerar la idea milliana de la representación como precipitado de la libertad indirecta. Tampoco el de aducir los potentes argumentos de Mill contra el paternalismo. Baste con destacar a modo de conclusión que, pese a moverse aún bajo lo que se conoce en terminología contemporánea como modelo del déficit en las relaciones expertos-legos, la epistocracia democrática de Mill trata de invertir la relación de tutelaje platónica del amo-experto hacia el siervo-ignorante al garantizar a los votantes, hasta cierto punto, la capacidad de servirse de los expertos para sus fines colectivos.

(II) Los autores a quienes me voy a referir se toman en serio esa propuesta epistocrática y parte de sus respuestas al desafío de ésta depende de que no aceptan sin más el modelo del déficit y de que interiorizan en la analogía política la noción de consentimiento informado.

Pese a que tanto Cristina Lafont como Robert Talisse cuestionan con agudeza ciertas condescendencias de fondo tras la justificación epistémica de la democracia expuesta por David Estlund en varios artículos aparecidos durante los años noventa, existen interesantes puntos de anclaje entre esos planteamientos críticos y la versión corregida del procedimentalismo epistémico defendido recientemente por este autor en su libro *Democratic Authority* (Lafont, 2006; Talisse, 2005; Estlund, 2008). En efecto, por muchas que sean las diferencias entre ellos, esos tres autores no dejan de coincidir en mantener una estrategia deliberativista mixta, a la par epistémica y procedimental,

combaten en consecuencia las justificaciones *puramente* epistémicas de la democracia deliberativa que se ladean indefectiblemente hacia la epistocrática y detectan en ésta un *non sequitur* desde una tesis epistémica a una tesis política. En relación con esta última afinidad, la que se da en torno a lo que Estlund denomina la falacia experto/jefe, aquí me interesa destacar el modo dispar en que tanto ese autor como Cristina Lafont recurren a aquel momento de autorización de la analogía política que Mill depositaba en la seguridad del paciente-ciudadano, en su poder de elección sobre los “sirvientes” sin tener que “controlar” a su vez el saber experto de éstos.

Se incurre en la *expert/boss fallacy*, sostiene Estlund, cuando se infiere del solo hecho de que tú sepas más que eso te convierte en jefe, esto es, cuando se pasa directamente desde una afirmación epistémica que atañe a la verdad y a la cualificación en temas políticos hasta la afirmación epistocrática sobre la autoridad. La tesis epistémica sostiene que las cuestiones políticas tienen carácter cognitivo y son susceptibles de verdad, así como la posibilidad de que haya quienes sepan efectivamente más y mejor y den con las respuestas correctas para esas cuestiones políticas. La tesis epistocrática afirma además que los que saben, los expertos o quienes logren hacerse pasar por tales, deben gobernar o tener más cotas de poder. Estlund y Lafont se ayudan –cada uno a su modo- precisamente de la analogía política de la práctica médica para mostrar la ilegitimidad del tránsito sin mediaciones desde la pericia reconocida a la autoridad autorizada.

Lafont considera que lo que hace de la práctica médica algo ilustrativo para la legitimidad democrática es que el médico tiene que pedir la autorización del paciente antes de tomar decisiones por éste: “Although doctors are clearly experts and their authority is widely recognized, we still have to authorize the treatment decisions they make for us. But this is not because their expertise may be limited or questionable after

all. It is just because no amount of expertise could ever enable them to take *my own risks*. Only I can do”. Nadie, por muy experto que sea, puede dar mi autorización en lugar mío, porque “even if someone could know better than me which political decisions are in my own interest, this does not mean that *anyone could be better than me at giving my own authorization* to act on them” (Lafont, 2006: 11-12).

A diferencia de lo que ocurría en los textos de Mill, en esta aplicación de la analogía a la legitimidad de la autoridad democrática parece estar implícita la noción de consentimiento informado. Pues Lafont enfatiza que los expertos no pueden ser exonerados de la obligación de solicitar la autorización de los legos antes de tomar las decisiones que atañen a éstos, y este momento de autorización, que se deriva de la autonomía del paciente y que en cuanto tal goza para éste de preferencia normativa sobre la beneficencia del experto, tiene que basarse en el conocimiento y la asunción de los propios riesgos. Sería incluso pertinente hablar de “consentimiento deliberado” si la evaluación de la información se ajustase a algo equivalente al modelo de la justificabilidad mutua que, según Lafont, ha de generar el proceso de deliberación política por el cual pueden concertar las decisiones y leyes todas las partes que están obligadas a obedecerlas.

Estlund parece coincidir con Lafont cuando señala que, si bien consentimos las decisiones de los médicos porque los consideramos expertos, su autoridad para tomar decisiones que nos atañen deriva de nuestro consentimiento o autorización y no del hecho de que sean expertos: “While it makes good sense for us to defer to someone who we have reason to think is a medical expert, the doctor’s right to make decisions and perform procedures on us comes mainly from our consent, not from the doctor’s expertise” (Estlund, 2008: 3). Ahora bien, esta admisión de la idea de consentimiento informado muestra en realidad una disparidad con el caso del régimen político

democrático, puesto que en esta último ni se suele dar un consentimiento explícito a los gobernantes en el mismo sentido ni hay expertos políticos reconocidos más allá de toda discrepancia. El problema que encaramos en la arena política es que no hay individuos o grupos a los que todas las personas razonables estén dispuestas a ceder la autoridad sobre la base de que ellos son los que conocen mejor y con la expectativa de que conseguirán mejores resultados que el mejor de los diseños democráticos. A diferencia de lo que ocurre en la relación médico-paciente, donde el consentimiento informado puede darse en razón de una clara distribución de competencias, es sumamente improbable que todos los ciudadanos razonables acuerden quiénes son siquiera los candidatos a expertos. De ahí que para Estlund la respuesta a la falacia no sea, como ha sido habitual en la tendencia reinante del liberalismo (con la notable excepción de Mill), tratar de desactivarla y despejar el peligro del experto-jefe por la vía de desacoplar la verdad de la política y hacer descansar la validez de la democracia únicamente en la igualdad asegurada procedimentalmente. Antes bien, la respuesta consistiría en “poner a salvo a la verdad para la democracia”, esto es, en hacer descansar la justificación de la democracia en la calidad epistémica del propio proceso de deliberación, pero sin por ello alzaprimar de manera ilegítima las opiniones de presuntos expertos.

## BIBLIOGRAFÍA

Dahl, Robert A. (1989). *Democracy and Its Critics*. New Haven: Yale University Press.

Estlund, David (2008). *Democratic Authority*. Princeton: Princeton University Press.

Fishkin, James (1992); *Democracy and Deliberation*. New Haven: Yale University Press.

Gil Martín, Francisco Javier (2009). “Platón contra la ciudad. La lectura política de Arendt acerca del mito de la caverna”, Vicente Domínguez (ed.) *La oscuridad radiante*.

*Lecturas del mito de la caverna de Platón*. Madrid: Biblioteca Nueva/Ediuno, pp. 215-259.

Lafont, Cristina (2006). "Is the Ideal of a Deliberative Democracy Coherent?", en Samantha Besson, José Luis Martí (eds.) *Deliberative Democracy and its Discontents*. Burlington: Ashgate, pp. 3-26.

Mill, John Stuart (1977). *Collected Works of John Stuart Mill*. Edited by J.M. Robson. Toronto / Buffalo: University of Toronto Press / Routledge and Kegan Paul.

Talisse, Robert B. (2005). *Democracy after liberalism*. New York: Routledge.

## NOTAS

<sup>1</sup> La realización de este trabajo ha sido posible gracias al Proyecto de I+D: "Concepto y dimensiones de la cultura científica" (Ref.: FFI2008-06054).

<sup>2</sup> A este respecto siguen estando vigentes las críticas de dos prestigiosos pensadores políticos contemporáneos, Hannah Arendt y Robert Dahl, quienes coinciden en tomarse en serio la alternativa platónica del tutelaje al modelo agonista ateniense como un desafío para nuestras propias justificaciones de la democracia y de la autoridad (Cf. Gil, 2009 y Dahl, 1989: 52-79).

<sup>3</sup> Tengo a la vista los siguientes pasajes: "De Tocqueville on Democracy in America" (1835) y "Rationale of Representation" (1835) (Mill, 1977, vol. 18: 71-72 y 39-41), *Considerations on Representative Government* (1961) (Mill, 1977, vol. 19: 485-486), "Appendix A. Taylor's Statesman" (1837) y "Appendix to Dissertations and Discussions, vol. I" (1959) (Mill, 1977, vol. 19: 623 y 651, n. q).



## Conclusiones.

Pedro Jesús Pérez Zafrilla, Raúl Francisco Sebastián Solanes y Javier Gracia Calandín.

El I Congreso Internacional de Bioética celebrado el pasado mes de noviembre de 2010, ha puesto de manifiesto, en primer lugar, la importancia de hablar en el futuro de una bioética intercultural, debido a la variedad de problemas y a la variedad de culturas a donde debemos aplicar un necesario enfoque ético.

Se trata de dar una respuesta desde una bioética intercultural que defienda unos principios éticos de justicia universales y universalizables, previamente consensuados por la comunidad de afectados, en donde cada miembro debe ser considerado interlocutor válido suficientemente empoderado. Dichos principios deben entenderse como mínimos de justicia que prevalecen por encima de los máximos de felicidad de cada persona y de cada cultura en particular, de ahí la importancia de defender una bioética intercultural y no multicultural, pues el multiculturalismo enfatiza más las diferencias particulares mientras que el interculturalismo crea un punto común a toda cultura por encima de sus diferencias particulares.

Debemos enfatizar la interculturalidad y no la multiculturalidad, pues como señala Pierpaolo Donati en *Oltre il multiculturalismo: La ragione relazionale per un mondo comune*, el multiculturalismo ve las diversidades culturales profundas como inconciliables, siendo la víctima de esta visión lo humano. Como opina Donati - siguiendo a Honneth- la idea prevalente de multiculturalismo, es claramente opuesta a toda teoría que entienda el reconocimiento como una reivindicación entre las identidades parciales que deben ser reconocidas recíprocamente entre todos.

Se ha podido apreciar que defender una bioética intercultural es del todo adecuado, pues el interculturalismo se erige por encima de las diferencias locales sin destruirlas pues las respeta, pero siempre desde unos mínimos éticos que se aplican por

encima de las diferencias culturales de cada lugar. Puede considerarse incluso –siguiendo a Donati- que el multiculturalismo a la larga pone en crisis todas las formas existentes de racionalidad incluida la deliberativa, mientras que la comunicación intercultural propicia el diálogo y promueve el encuentro. En efecto, el interculturalismo promueve la primacía de la persona en relación con la comunidad cultural o el Estado, reconociendo la libertad personal como autorrealización necesaria, como valor *en sí*, pues por encima de la cultura reconoce la identidad personal, tan necesaria para construir una bioética de proyección, intercultural, internacional, interdependiente y universalmente válida en cualquier lugar del planeta.

El congreso ha servido para poner sobre el tapete los diversos problemas que se derivan desde el ámbito de la sanidad y que no sólo requieren de una respuesta médico-tecnológica sino que requieren de una solución ética que bien puede hallarse desde una bioética intercultural.

Desde los problemas terminológicos para distinguir entre futilidad e inutilidad en los diversos tratamientos propios de la asistencia clínica. Ello ayudaría a entender los términos “inutilidad” y “futilidad” como diferentes a la hora de su aplicación en el contexto sanitario, distinguiendo entre tratamientos ordinarios y extraordinarios, estableciendo estrategias y limitación de esfuerzo terapéutico, informando a los pacientes y familiares y evitando el riesgo innecesario del encarnizamiento terapéutico. Importantes a este respecto fueron las contribuciones que se hicieron en torno a la relación médico-paciente, rompiendo la concepción tradicional donde la relación entre ambos se veía como objetivante, es decir, desde la óptica de que el médico ve a su paciente como un objeto al que debe sanar. Se trata de romper el esquema tradicional y de entender dicha relación como una cooperación “cuasi-diádica” –siguiendo la aportación de Pedro Laín Entralgo- dentro del cuadro de relaciones interhumanas.

Entendiendo también que la relación médico-paciente se encuentra ligada al reconocimiento de las dependencias pues el mismo cuerpo humano –especialmente en una situación de enfermedad- crea una “red de relaciones de reciprocidad”, en donde cada uno puede dar dependiendo de lo que ha recibido.

Todo esto pone de manifiesto la importancia que tiene la reflexión ética en el ámbito sanitario y en los diversos ámbitos de interacción médica, pues lo que está detrás de los diagnósticos y terapias son personas con nombre y apellidos, sujetos morales, que por el hecho de serlo tienen una dignidad y nunca un precio en tanto que fines en sí mismos, pues como decía Kant en la *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*:

“En el reino de los fines todo tiene o un precio o una dignidad. Aquello que tiene precio puede ser sustituido por algo equivalente; en cambio, lo que se halla por encima de todo precio y, por tanto, no admite nada equivalente, eso tiene una dignidad”

Eso es la persona humana, la persona moral, que debe ocupar el núcleo de reflexión de una bioética intercultural, pues como dice Cortina en *Ética mínima*:

“...sólo desde una ética com-pasiva y com-padeciente, puesta en pie por la vivencia del sufrimiento, espoleada por el ansia de felicidad, asombrada por el absurdo de la injusticia, tiene fuerza suficiente para desentrañar la lógica que corre por las venas de este misterioso ámbito, sin contentarse con cualquier aparente justificación”

El segundo bloque temático del Congreso ha girado entorno al reconocimiento. El reconocimiento constituye un concepto clave para articular adecuadamente las relaciones humanas. Con una enorme riqueza de significados en el lenguaje coloquial, adquiere en la tradición filosófica una enorme significación. Se trata de un concepto filosófico fundamental que no se centra tanto en la dimensión epistemológica relativa al

“conocimiento” sino que incide en el carácter axiológico y normativo propio de la dimensión moral relativa al trato entre las personas. La significación filosófica no se agota en el sistema de la eticidad hegeliana, sino que sirve en nuestros días para situar el enclave intersubjetivo de las relaciones humanas. A este respecto, además de autores actuales como Axel Honneth, muy destacado es el enfoque de la hermenéutica filosófica para desarrollar el valor filosófico del reconocimiento.

El reconocimiento recíproco es una cualidad básica de la vida social y el cultivo de los poderes de la imaginación es esencial para la construcción de la ciudadanía. Una imaginación que, como destaca Martha Nussbaum, en primera instancia es narrativa y se preocupa por el carácter y la comunidad. Pero que también es compasiva e incide en la capacidad para empatizar con el otro. Razón y reconocimiento; compasión y justicia han de ir imbricados. Lo cual, siguiendo a Adela Cortina, nos sitúa en una versión cordial del reconocimiento recíproco. A este respecto, el reconocimiento no sólo ha de llevarse a cabo de manera legal sino también en sentido cordial. Y quizá la literatura constituya un magnífico exponente para articular esta dimensión más cordial.

Por otro lado, la teoría de G. H. Mead constituye un referente ineludible contra el individualismo posesivo y a favor de un modelo de reconocimiento que considere al individuo inmerso en el proceso de socialización. Cabe destacar que en este proceso no sólo se consigue adoptar determinados roles sociales, sino el momento crítico-reflexivo de lo que Habermas llama el “uso moral de la razón práctica” o “el nivel postconvencional de la moral”.

Charles Taylor ha destacado la “política del reconocimiento” y el carácter dialógico del ser humano (también en términos intrasubjetivos de una ética de la autenticidad). En el marco del enfoque hermenéutico, este autor señala las coordenadas en las que plantear el reconocimiento intercultural. Para lo cual no hay que desatender la

importancia de las identidades culturales y de la ética de la autenticidad. Pues, identidad grupal e identidad individual se van tejiendo en los términos del reconocimiento que vamos recibiendo de los demás.

El reconocimiento intercultural plantea entre otros el célebre caso de la mutilación genital femenina. Un estudio detenido indica que la mutilación genital femenina no puede equipararse a cualquier tipo de violencia contra las mujeres, puesto que se trata más bien de costumbres y tradiciones arraigadas en algunos pueblos. La solución del dilema pasa por una labor reeducativa y un control sanitario que sus propias estructuras institucionales no pueden proveer. Pero en los países de destino urge una solución que permita mantener el control de dicha práctica sin desatender la función integradora.

Por lo que respecta al ámbito de la bioética, el reconocimiento presenta los rasgos propios de un concepto capaz de articular las relaciones adecuadas entre médico y paciente y entre el paciente y el resto de ciudadanos. En este campo ocupa un lugar destacado el reconocimiento a pacientes con discapacidad funcional. Aunque la ética del discurso tanto de Apel como de Habermas profundizan con garantías en la dimensión racional-argumentativa de la comunidad de comunicación, el reconocimiento cordial se presenta como una base más adecuada para elaborar una ética de la diversidad funcional. Articular este reconocimiento cordial de modo adecuado nos ha de llevar a superar una actitud cosificadora, y a dejar de considerar a la persona con discapacidad funcional como un caso, para tratarla como sujeto de identidad; del mismo modo que permita superar la tendencia de igualar a alguien con su enfermedad.

Otro aspecto central de la bioética que adquiere un papel decisivo para la aplicación del reconocimiento es la definición que se ofrezca del ser humano. Si se considera al ser humano esencialmente como un proyecto, entonces hay que considerar al embrión como “persona potencial” y cuestionar la experimentación de embriones de

modo que el principio de responsabilidad permita articular de modo adecuado el reconocimiento también a éstos.

Es especialmente importante destacar la necesidad de desarrollar el ejercicio de la reciprocidad con el colectivo de las mujeres musulmanas en la atención sanitaria. Pues a tenor del estudio de la Agencia de Derechos Fundamentales de la Unión Europea sobre discriminación, publicado en mayo de 2009, una de cada tres personas musulmanas encuestadas había sido víctima de discriminación. Para que la atención a las personas culturalmente diferentes pueda realizarse con éxito hay que hacer un esfuerzo de mediación, traducción e interpretación de los diversos discursos sobre la salud y la enfermedad.

El último bloque temático del evento aborda diferentes cuestiones relativas a la democracia deliberativa. Ésta constituye una teoría política desarrollada desde los años ochenta del siglo pasado en el ámbito académico. El término “democracia deliberativa” fue acuñado por Joseph Bessette en 1980 en referencia al sistema representativo y deliberativo impulsado por los forjadores de la Constitución americana de 1787. Sin embargo, el impulso a esta teoría vendrá dado años después por otros autores desde diversas corrientes de pensamiento. Ciertamente debemos reconocer que la democracia deliberativa se dice de muchas maneras y que este concepto abarca todo un conjunto heterogéneo de propuestas en las que se dan juego diversos enfoques a veces antagónicos. Esto hace que la misión de articular los elementos característicos a este modelo de democracia sea más compleja de lo que habitualmente se suele representar.

La democracia deliberativa alberga tres principales corrientes. Existe una línea inicial de corte republicano, representada por Barber, y que entronca con los planteamientos participacionistas defendidos en los años setenta por Carole Pateman en

pugna con la teoría elitista de la democracia. Posteriormente irrumpirá otra corriente liberal, con John Rawls a la cabeza, y continuada por autores como Amy Gutmann, Dennis Thompson, Henry Richardson o David Crocker. Finalmente, Habermas, con su idea de política deliberativa, da cuerpo al tercer modo en que entender la democracia deliberativa. Sus planteamientos serán continuados por pensadores entre los que destacan James Bohman o Seyla Benhabib. Mención especial cabe hacer aquí a la propuesta de “democracia radical” defendida por Adela Cortina y sus discípulos de la Escuela de Valencia.

A estas corrientes principales habrá que añadir otros autores que, desde planteamientos diversos, realizarán también propuestas de democracia deliberativa. Así tenemos, por ejemplo, la “deliberación interna” de Goodin, las encuestas de opinión de James Fishkin o a los teóricos del Gobierno Participativo Empoderado, como Archon Fung o James Wright, que reflexionarán sobre los sistemas participativos llevados a cabo en Porto Alegre o Kerala, entre otros lugares.

El hecho de que la democracia deliberativa se haya desarrollado desde diversos ámbitos intelectuales, como el republicanismo, el liberalismo o la ética dialógica, hará que las propuestas ofrecidas sean muy variadas. En cualquier caso, a pesar de las diferencias, las propuestas teóricas que realizan poseen elementos comunes que nos permiten comprender mejor el sentido de este modelo de democracia. Todos los autores a los que hemos hecho referencia, desde sus planteamientos particulares, tratan de sacar a la luz las carencias que observan en el sistema político actual. Entienden que al basarse la participación en el voto secreto y la elección de representantes, el sistema político se encuentra viciado pues en lugar de estar guiado al bien común, lo está al interés particular. Así, los ciudadanos se ven inclinados a decidir su voto en las elecciones en función de sus intereses personales, en lugar de atender y procurar el bien

común. Del mismo modo, los políticos intentan, mediante políticas electoreras, satisfacer dichos intereses egoístas de una mayoría de ciudadanos para con ello conseguir un mayor número de votos y ganar las elecciones.

Frente a este modelo cosificado en la lógica del autointerés, la democracia deliberativa apuesta por el fomento de una participación política de ciudadanos y políticos comprometida con el bien común y no con la mera satisfacción de preferencias. Esto se logrará mediante la imbricación de los ciudadanos en procesos deliberativos. Es a través de la deliberación como los ciudadanos pueden desarrollar las virtudes y el carácter necesarios para desarrollar el compromiso cívico. Esto además repercutirá en el logro de unas mejores decisiones políticas, debido al valor epistémico que alberga la deliberación frente a la mera suma de intereses egoístas.

Un modo de implicar a la ciudadanía en los procesos deliberativos consiste en la participación directa de los ciudadanos en la gestión de los asuntos públicos. Este ha sido un tema discutido en el Congreso y en él se han realizado propuestas como las asambleas vecinales, el referéndum vinculante o los presupuestos participativos. Todos estos instrumentos permiten sin duda empoderar a la ciudadanía en el sistema político y vencer la apatía que actualmente asola nuestras sociedades democráticas.

Otro modo de hacer presente la deliberación en la sociedad es llevarla más allá del ámbito institucional hasta la esfera de la sociedad civil. Esto es lo que se propone desde la ética del discurso y de un modo especial Adela Cortina con su idea de “democracia radical”. Según ella, el modo de radicalizar la democracia consiste en fomentar una participación activa, pero no en la toma de decisiones políticas, como lo entiende Barber, sino en los grupos de la sociedad civil a los que pertenecen los sujetos, como la familia, las iglesias o los movimientos sociales. Como afirma Cortina, si la degeneración del sistema democrático ha venido por las malas prácticas de las élites



políticas, su revitalización vendrá por la articulación de una sociedad civil fuerte que devuelva a los ciudadanos el compromiso cívico. Ello nos permitirá también lograr una sociedad civil más participativa dentro de cada uno de sus grupos y con ello más democrática.

Ahora bien, la implantación del modelo deliberativo de democracia en el contexto actual debe hacer frente al hecho del pluralismo moral. Por ello, en el Congreso se ha abordado de un modo especial los retos que el pluralismo y, en concreto la confesionalidad, presentan en los procesos deliberativos desarrollados tanto en el ámbito institucional como en la sociedad civil, por ejemplo, en los comités de ética asistencial. A este respecto se debe garantizar la máxima inclusión en los procesos de debate para que todas las voces puedan sentirse representadas, evitando de este modo que los grupos más débiles queden excluidos. Esta es una medida indispensable, por un lado, para mantener el debido reconocimiento a las diferentes identidades culturales y religiosas de nuestra sociedad, y por otro, porque garantizando el carácter plural de los procesos deliberativos se contribuye a democratizar los ámbitos en que el recurso a la deliberación se lleva a cabo, y con ello el conjunto de la sociedad, realizando así el ideal democrático defendido por Cortina.