

M^a Teresa López de la Vieja (ed.): ENSAYOS SOBRE BIOÉTICA, Salamanca, Ediciones Universidad de Salamanca, 2009. 288 p. y disco óptico.

Los días 5 y 6 de febrero de 2009 tuvo lugar en la Facultad de Filosofía de la Universidad de Salamanca el X Seminario de Bioética. En él participaron especialistas de la Universidad de Costa Rica, la UNAM de México, la Universitat de Barcelona, la Universidade de Évora, la Universidad del País Vasco, el Instituto de Filosofía del CCHS-CSIC y de la propia Universidad de Salamanca. Pocos meses después de su celebración, las aportaciones de aquel fructífero encuentro han sido publicadas en un libro de cuidada edición al que acompaña un DVD que recoge un resumen de las intervenciones que tuvieron lugar en las jornadas.

En función del punto de vista adoptado y la afinidad temática de los problemas tratados, el volumen se estructura en cuatro bloques: salud y mejora de la especie, perspectiva normativa, perspectiva de género y, por último, teoría y práctica. Tras la exposición teórica, aparece una útil y amplia selección bibliográfica y de recursos electrónicos ordenados por años y temas (generalidades, bioética y feminismo, bioética y salud, bioética y política) cuyo autor es Alberto Molina. Por último, el libro incluye dos anexos normativos: la Ley 14/2007, de 3 de julio, de *Investigación biomédica* y el *Proyecto de Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*, adoptado por la UNESCO en octubre de 2005.

Manuel Triana inaugura el primer bloque con su artículo *Cultura de la salud y bioética*. En él establece una interesante vinculación entre los distintos conceptos de salud y los usos diversos de la bioética. A partir de un acontecimiento deportivo dedicado a promocionar *Viagra* en Costa Rica, reflexiona acerca de la utilización de la noción de salud por parte de la industria farmacéutica como objeto de mercado. Para ello, toma como punto de partida diferentes concepciones de la salud. En términos absolutos, la salud ha sido entendida bien como ausencia de enfermedad, bien como un estado utópico de bienestar, siguiendo en este caso la definición positiva de la OMS. En términos relativos, la salud se ha contemplado en relación con las percepciones individual y cultural de la misma, por un lado, y considerando sus vínculos con la economía, la política y la ética, por otro.

Según Triana, el tratamiento de la salud como reverso de la enfermedad ha conducido a una medicalización de la sociedad y, por consiguiente, a una patologización de la misma. Los medicamentos se convierten así en sinónimo de salud, de manera que una preocupación que en un principio sólo afectaba a profesionales y pacientes pasa a ser un asunto de interés para los poderes político y económico. Pura lógica foucaultiana. En este sentido, el derecho a la salud resultaría equivalente al derecho a la atención médica y a los medicamentos, de forma que la justicia sanitaria podría esconder en este caso fines publicitarios y de mercado. La estandarización que supone esta noción de salud, en la que la enfermedad homogeneiza a los individuos, podría identificarse con una bioética encaminada a establecer unos principios que mantuvieran un orden humano único, "neutral e independiente de deseos y de modos de vida de los agentes morales en el campo sanitario, de médicos y pacientes" (p. 22).

La acepción de *salud* en términos positivos propuesta por la OMS¹ no consiguió sin embargo generar un consenso global sobre su significado. No obstante, incluyó as-

pectos necesarios para una mejor comprensión acerca de qué se entiende por salud. Así pues, junto a las condiciones individuales -físicas, mentales, volitivas- aparecen otras sociales que también guardan una estrecha relación con ella. Manuel Triana se detiene en las dimensiones política y económica de la vida social, incidiendo de un lado en la mercantilización de la salud como fuente inagotable de beneficios a través de distintas estrategias; de otro, denunciando que el desarrollo legislativo para impedir la manipulación y publicidad engañosas en muchos casos no consigue regular y controlar las refinadas estrategias de mercado.

Finalmente, Triana reivindica una función hasta ahora marginal en la bioética que amplíe la consideración de la salud más allá de medicamentos y procesos médicos y en la que la ciudadanía asuma un papel central en la toma de decisiones. En este sentido, la bioética desempeñaría una labor de asesoramiento y de denuncia capaz de quebrar la equivalencia salud-medicamento.

El segundo artículo del primer bloque responde al título "Salud y bioética: exploraciones de una relación". En una línea ideológica afín a la de Manuel Triana, Jimmy Wahsburn defiende que la salud es la razón de ser de la argumentación bioética, que ha de trascender los procedimientos clínicos y científicos para alcanzar la dimensión social y política. Según esto, la bioética constituye una herramienta de empoderamiento necesaria para superar la dominación de los individuos en situaciones de vulnerabilidad.

En un primer momento, Washburn explora dos nociones de salud: como reverso de la enfermedad y como un proceso en el que participan factores determinantes de orden biológico, cultural e institucional y donde el desarrollo personal ocupa una posición relevante. En ambos casos se pone de manifiesto que la salud es un "concepto operativo", es decir, "impulsa acciones, perfila actores responsables e instituciones, insuma un orden social determinado" (p. 44), al mismo tiempo que ostenta un carácter *normativo* e incluye una vertiente política. Estos tres rasgos amplían el concepto de salud, eliminan tentaciones de neutralidad y proporcionan elementos de empoderamiento para los individuos, razones por las que el autor considera que la salud puede ser tomada como una "*premisa argumentativa*" (p. 45).

En cuanto a la bioética, Washburn opina, con Diego Gracia, que su característica fundamental es la deliberación. Este método posibilita una mayor participación ciudadana y supone una ruptura de ecuaciones morales y monopolios de expertos. La idea de una bioética deliberativa encuentra una correlación con la noción amplia de salud a la que nos referíamos anteriormente, aquella que considera que la salud implica factores de diversa índole y en la que los sujetos son los protagonistas. Así pues, en su vertiente social, la salud abre el debate bioético al espacio público, se aleja del aislamiento médico y, frente a distintas formas de injusticia y dominación², la bioética responde con intenciones de pluralidad, inclusión y participación efectiva.

Washburn, como ya hiciera López de la Vieja, apuesta por un modelo de racionalidad deliberativa capaz de superar las diferencias y la heterogeneidad de nuestras sociedades, donde la argumentación esté basada en el uso crítico de denominadores comunes y se eviten perspectivas omnicomprendivas y totalizadoras. En esta línea, la noción amplia de salud puede considerarse como uno de esos denominadores comunes. A partir de ella, la bioética no sólo se ocupa de valorar moralmente procedimientos clínicos o avances científicos, sino que extiende su interés a desenmascarar aquellos mecanismos que promueven la medicalización de la sociedad y generan desigualdad. Cabe concluir, pues, que la bioética asume un carácter vigilante y crítico

mediante estrategias deliberativas para evitar que la praxis clínica no se convierta en un escenario de vulneración de derechos.

La primera parte del libro se cierra con el artículo de Lizbeth Sagols, “¿Qué aporta la eugenesia de diseño ético a la bioética?”, en el que analiza cuestiones como la relación entre conducta y código genético, la posibilidad de una justificación ética de la eugenesia a través de las propuestas filosóficas que la defienden y las consideraciones que desde la bioética pueden hacerse acerca de la eugenesia de diseño ético.

En una primera instancia, Sagols presenta las propuestas a favor de la eugenesia de P. Sloterdijk, E. Morin y J. González. La inclusión de Sloterdijk, cuyas aportaciones se encuentran cercanas a los argumentos de la eugenesia nazi, se justifica por su vigencia entre defensores y detractores de las prácticas eugenésicas. Por su parte, los planteamientos de Morin se encaminan a la consideración de la eugenesia como un instrumento para construir un *hombre nuevo*, tendiente al altruismo y la comprensión y alejado de la violencia. Para Morin, la manipulación genética habría de ir acompañada de un proceso de regeneración cultural, social, económica y moral, dirigida a erradicar el sistema patriarcal, antropocéntrico, destructor del planeta, cuyo motor principal es el poder económico. Sin embargo, como aprecia Sagols, la tecnología no se incluye en ese proceso regenerador, olvidando así que inevitablemente es producto de la sociedad en que se inserta. Finalmente, Juliana González apuesta por un diseño eugenésico que mantenga la dialéctica de contrarios consustancial a los humanos para no eliminar la opción ética, pero manipulando sus proporciones, de manera que predominen las tendencias de unión (según terminología de la autora, *sym-bólicas*) sobre las de desunión y violencia (para ella *dia-bólicas*). Coincide con Morin en la necesidad de acompañar la transformación genética de un cambio cultural, aunque a diferencia de aquél no desarrolla los medios y fines de ese cambio.

Para Sagols, la motivación que conduce las propuestas de Morin y González es acercar dos extremos, el inevitable avance tecnológico y la reticencia ética que aquél genera en el ámbito de la mejora en humanos. Podría decirse que la filosofía de ambos va dirigida a una humanización de la tecnología donde la ética ostente un papel relevante. Sin embargo, esta suerte de utopía filantrópica deja varias cuestiones sin resolver. La autora del artículo se detiene en algunas de ellas: la cuestionable relación causa-efecto entre manipulación genética y *mejora ética* de los humanos, el reduccionismo de la complejidad del comportamiento humano y la minimización en la consideración de los riesgos. La autora coincide con Glover, cuyas tesis pro-eugenetistas recoge, en trasladar el peso a lo cultural, de forma que su revisión crítica proporcione argumentos capaces de limitar los excesos del avance científico.

Como conclusión, Lizbeth Sagols advierte que la eugenesia de diseño ético no aporta al debate bioético más que aporías e ilusiones inalcanzables. A cambio, apuesta por una crítica de la cultura de la que surja un nuevo modelo capaz de superar el dualismo actual entre ética y tecnología, “(...) una auténtica bioética que recupere simultáneamente el vínculo complejo con la naturaleza y el vínculo interhumano, a fin de que hagamos una tecnología dirigida por hombres y mujeres capaces de cuidar la vida y no de destruirla” (p. 68).

La segunda parte del libro, dedicada a la perspectiva normativa, se abre con el artículo de M^a Teresa López de la Vieja, “Bioética, esfera de gobernanza”. La autora destaca que la salud, la asistencia sanitaria y la investigación biomédica constituyen cuestiones con un grado de integración del que carecen otras políticas europeas. Por el interés mismo de estos asuntos y para la propia viabilidad de la Unión Europea

como proyecto político, se requieren criterios de *gobernanza*, esto es, apertura, eficacia, responsabilidad, coherencia y participación. De entre todos estos principios, es la participación de los ciudadanos a través de la deliberación la preocupación central del texto. En este sentido, tres ejes articulan el discurso: los comités de bioética como vía de participación ciudadana en la toma de decisiones; la deliberación como método de transparencia, legitimidad y calidad democrática y sus límites prácticos y normativos y, por último, un marco normativo válido que establezca los límites para instituciones, procedimientos e investigaciones.

Así pues, la protección de los derechos y libertades de los individuos conforman los márgenes en los que han de mantenerse agentes e instituciones. Los comités de bioética desempeñan sus funciones de asesoramiento y mediación manteniendo al mismo tiempo un compromiso con el respeto a los derechos de los pacientes y sujetos de investigación. Por tanto, más que un límite, el contenido normativo pasa a ser una tarea añadida. En el seno de los comités, la deliberación muestra las limitaciones propias del lugar que aquéllos ocupan en los sistemas sanitario, social y político. Efectivamente, los comités de bioética ponen de manifiesto la brecha entre normas y prácticas, expectativas y resultados, avances científicos y valores morales. Por ello, la deliberación aparece como un procedimiento que si bien goza de reconocimiento, no siempre satisface plenamente.

Por otra parte, López de la Vieja insiste en que el buen gobierno requiere al mismo tiempo "distancia con respecto a los intereses particulares y compromiso con los derechos individuales, auténticos triunfos para los ciudadanos" (p. 89). En consecuencia, la gobernanza posibilita la existencia simultánea de una amplia participación ciudadana en la toma de decisiones, de un lado, y una protección de los derechos y libertades, especialmente en situaciones de abuso y vulnerabilidad, de otro. En este contexto, la bioética constituye un espacio de reflexión y debate para alcanzar acuerdos que puedan ser traducidos en normas nacionales e internacionales.

En el siguiente capítulo, "In-justicia e in-felicidad a la luz del cambio climático", Carmen Velayos se ocupa de la necesidad de construir virtudes ecológicas fundamentadas no sólo de manera racional, sino también en elementos afectivos y motivacionales capaces de movilizarlos para actuar de acuerdo a pautas de sostenibilidad. Así pues, la autora defiende que no ha habido un cambio conductual en nuestras sociedades acorde con la mayoritaria toma de consciencia de la gran crisis mundial que supone el cambio climático, cuyas repercusiones alcanzan áreas medioambientales como la energía o la biodiversidad. En efecto, el cambio en las *creencias* no se ha acompañado de la necesaria transformación en las *actitudes*, que implicarían una *disposición* a actuar (p. 94). Ello podría explicarse por una postura acrática ante el problema suscitado y por el escepticismo de la ciudadanía ante el poder de las propias actuaciones. Velayos acude al modelo explicativo de la *tragedia de los comunes* con el fin de demostrar que las acciones tanto individuales como colectivas repercuten de manera importante en el conjunto.

La propuesta más novedosa de Carmen Velayos es la vinculación entre comportamiento sostenible y felicidad. En este sentido, establece que la actuación ética guarda una estrecha relación con las preferencias personales, de manera que el peso de las emociones positivas, de qué nos hace felices, no es despreciable en nuestro comportamiento. Por ello, defiende que "la educación moral debería perseguir que los ciudadanos deseen actuar correctamente" (p. 100) y que "la Ética puede asumir labores *críticas, denunciando* males, alienaciones, ayudando a crear un mundo más feliz" (p. 101). Desde una postura que ella misma define como "helenismo ecológico" (p. 106),

la autora insiste en apostar por un modelo de sostenibilidad que probablemente nos haga más felices y en "indagar cómo un mundo sostenible puede ser un mundo más coherente con nuestros deseos de felicidad que un mundo herido ecológicamente, desigual e injusto" (p. 106).

El capítulo final de la segunda parte –"¿Democracia o respeto? Reflexiones heterodoxas sobre bioética"- corre a cargo de José Manuel Bermudo. El autor defiende que la tendencia postmoderna a convertir en derecho cualquier reivindicación da lugar a una banalización de los derechos y a un preocupante deterioro democrático. En el ámbito de la biomedicina, esta tendencia se materializa en los derechos del paciente, cuyo trasfondo es una ideología liberal y paternalista muy alejada de una "decidida y radical conciencia democrática" (p. 114).

Para fundamentar su tesis, Bermudo analiza varios documentos³ y textos legales⁴ concernientes a los derechos del paciente para concluir que, en general, el carácter democrático está ausente o sujeto a la incondicionalidad de las decisiones de los individuos. Sin embargo, el autor defiende que se trata de un liberalismo mal entendido, puesto que con frecuencia aparecen "determinaciones netamente paternalistas de las que se hace un uso acrítico, dando por supuesto que son contenidos morales legítimos en tanto que pertenecen a nuestra tradición cultural" (p. 134). En consecuencia, los derechos del paciente son la manifestación fehaciente de una sociedad atomizada en la que el sistema sanitario, los profesionales y la propia ciencia son los enemigos de los que el sujeto-paciente debe guarecerse.

Como alternativa, Bermudo propone que los derechos del paciente sean tratados no como derechos naturales, sino como pactos sociales capaces de regular la convivencia y nuestra propia existencia, entre otras razones porque en determinadas circunstancias, el interés colectivo podría estar por encima del individual (por ejemplo, la donación de sangre y órganos y la cooperación científica). Por tanto, la autonomía individual, concretada en el derecho del paciente al consentimiento informado, y la dignidad, ambos valores recurrentes en los textos legales y paralegales, han de ser interpretados a la luz de la solidaridad, el respeto y la igualdad.

Del tercer bloque temático del libro, dedicado a la perspectiva de género, se encargan M. Fernanda Henriques y Marta González. En "Las mujeres y la investigación biomédica", Henriques denuncia la exclusión de las mujeres como objeto de investigación en biomedicina. Dos razones fundamentales explicarían este hecho constatado. En primer lugar, la idea de igualdad indiferenciada, en la que el hombre se constituye como referente universal y normalizador de la humanidad, de manera que la mujer es considerada como una desviación de ese patrón. A ello se añade la imagen estereotipada de la maternidad, según la cual la ausencia femenina en la investigación científica estaría sobradamente justificada por una razón superior: la protección de la humanidad. En segundo lugar, el beneficio que las industrias ligadas a la investigación biomédica han obtenido perpetuando este modelo. Se produce, por tanto, una discriminación que impide incluso conocer si las diferencias biológicas entre hombres y mujeres repercuten en el curso de las enfermedades e intervenciones terapéuticas. Finalmente, Henriques concluye que la ausencia de mujeres en la investigación biomédica supone una negación más de sus derechos como ciudadanas.

En "Biomedicalización: redefiniciones tecnocientíficas de la sexualidad femenina", Marta González demuestra que tanto investigadores como empresas farmacéuticas han seguido un camino equivocado aplicando patrones masculinos a la sexualidad femenina. El diagnóstico y tratamiento médico, que tan fácil resulta en los hombres, se

complica cuando se trata de mujeres. Aislar el problema, identificarlo, ponderarlo y valorar la eficacia de su tratamiento producen resultados muy divergentes entre la población masculina y la femenina.

Como pudo comprobarse en los experimentos de *Viagra* con mujeres, el modelo del ciclo de respuesta sexual humana de Masters, Johnson y Kaplan (pp. 156-157), que con variaciones se ha venido aplicando desde los años sesenta para el diagnóstico y tratamiento de la disfunción sexual, resultó fallido. Los frutos de la investigación pusieron de manifiesto que la biomedicalización y mercantilización bajo patrones masculinos no encajan en la conducta sexual femenina y que tal vez fuera necesario redefinir la sexualidad femenina atendiendo más al contexto social que al funcionamiento genital.

Rosemary Basson introdujo en 2002 un nuevo modelo de respuesta sexual femenina "basado en la intimidad" a partir del cual se realizó una nueva clasificación de trastornos (pp. 160-163). Con este modelo se intentaba incluir factores biológicos y psicosociales, de manera que se pudiera alcanzar una comprensión más completa y compleja de la sexualidad femenina y sus disfunciones. Sin embargo, la clasificación de Basson no eliminaba la posibilidad de terapias farmacológicas y trataba de aproximarse lo máximo posible a trastornos y tratamientos ya existentes (trastorno del interés sexual, trastorno de excitación sexual genital, vaginismo, etc.). Nuevamente, las mujeres quedaban al margen en la definición de sus propios problemas.

Con su análisis, Marta González alerta sobre "(...) el modo inquietante en el que la investigación sobre disfunción sexual en las mujeres, aunque aparentemente da respuesta a las preocupaciones feministas sobre la importancia del contexto social de la sexualidad femenina, contribuye a la naturalización del género colocándolo de forma más profunda dentro de los cuerpos de las mujeres" (pp. 162-163). En este sentido, recoge los argumentos del grupo de trabajo "Nueva Visión", que sostiene que las clasificaciones médicas de los trastornos sexuales femeninos, incluida la de R. Basson, consideran en exceso los factores biológicos y las respuestas físicas, aspectos de los que se encarga la industria farmacéutica.

"Nueva Visión" reconoce la existencia de alteraciones sexuales orgánicas que pueden ser tratadas mediante medicamentos, pero propone una traslación en el punto de vista desde la biomedicina al ámbito sociopolítico. Critica la patologización de la diversidad y la tendencia homogeneizadora de la ciencia, al mismo tiempo que reivindica la visibilidad del género, esta vez fuera del cuerpo y vinculado con sus contenidos sociales y culturales. Las circunstancias cotidianas, las experiencias pasadas, la personalidad y las emociones son los aspectos hacia los que miran las investigaciones más recientes acerca de la sexualidad femenina y sus alteraciones. Con el sexo, en general las mujeres buscan cercanía y bienestar afectivo más que la mera ejecución sexual. En eso, aunque puede que no en todo, hombres y mujeres somos distintos.

La teoría y la práctica es el título de la cuarta y última parte del libro. Su primer artículo, "Las ideologías de la bioética", escrito por Txetxu Ausín, desvela los presupuestos ideológicos que impregnan el discurso bioético. Efectivamente, la preocupación de la bioética por los problemas sustantivos a menudo ha dejado a un lado el contenido ideológico que subyace a las propuestas bioéticas. Bajo el lema leibniziano *theoria cum praxi*, Ausín realiza un recorrido por las corrientes más influyentes en la bioética contemporánea vinculándolas a los principios bioéticos clásicos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

El liberalismo constituye la ideología más importante en el desarrollo y posterior evo-

lución de la bioética. Su reivindicación de la libertad del individuo frente al Estado y la colectividad ha conducido a considerar la autonomía como un principio básico e irrenunciable en las relaciones clínico-asistenciales. Las aportaciones de Kant, Rawls y Stuart Mill han contribuido a la relevancia ética de las preferencias del paciente, el respeto a sus creencias y el derecho a elegir de acuerdo con su propio plan vital. En el ámbito de la biomedicina, la autonomía tiene su correlato jurídico en el consentimiento informado, del que da cuenta, entre otras, la Ley 41/2002 *de Autonomía del Paciente*.

Frente al individualismo liberal, que origina una sociedad atomizada y descontextualizada donde se obvian las relaciones interpersonales, el comunitarismo de Sandel, Taylor y MacIntyre defiende que la autonomía del individuo está en relación de dependencia con los otros, esto es, que "(...) la *interdependencia* es el estado que mejor nos caracteriza en tanto que miembros de una comunidad social" (p. 177). Como principio absoluto, la autonomía prescinde de aspectos como la vulnerabilidad, los afectos, la historia y los contextos de los individuos. Así pues, el comunitarismo se encuentra próximo al principio de beneficencia. Más allá de connotaciones paternalistas, bajo el criterio de beneficencia estaría incluido apoyar y asistir a los pacientes para que "(...) puedan integrar en su propio proyecto de vida la experiencia de enfermar" (p. 179).

El múltiple impacto del feminismo en bioética es concretado por Ausín en tres cuestiones concretas: en primer lugar, la crítica a la dicotomía público-privado como instrumento de opresión. En este sentido y siguiendo a C. Pateman, las relaciones clínicas y sociales tratadas en la bioética han sido concebidas como parte del ámbito privado asignado a las mujeres. La escasa presencia femenina en las decisiones económicas y políticas ha dado lugar a una falta de credibilidad en lo referente a los derechos, considerados como herramientas de dominación de una cultura única, la masculina. En segundo lugar e inscrita en el contexto anteriormente expuesto, Carole Gilligan propone una ética del cuidado, centrada en el ámbito de las relaciones, como alternativa al discurso dominante de normas y derechos. Resulta evidente entonces que desde esta perspectiva se cuestione la idea del individuo aislado de tradición liberal y se defienda la interdependencia y la responsabilidad en el cuidado, haciendo hincapié en el principio de no-maleficencia. Finalmente, el tercer campo de actuación del feminismo en bioética es la denuncia del sexismo en la biomedicina, de la que ya se encargaran M. Fernanda Henriques y Marta González en capítulos anteriores.

Por su parte, el neo-republicanismo, entendido como teoría de la ciudadanía, introduce en la bioética dos aspectos importantes. De un lado, matiza la idea de autonomía liberal con elementos de justicia vinculados a la seguridad y el bienestar. A diferencia del liberalismo, la propuesta neo-republicana defiende una intervención positiva que garantice las libertades frente al Estado y demás agentes y situaciones. En esta línea podría situarse el liberalismo igualitario de Dworkin y la teoría de las capacidades de Nussbaum. De este primer aspecto cabe deducir que el principio bioético con mayor afinidad a la corriente neo-republicana sea la justicia. Por otro lado, el neo-republicanismo apuesta por la participación política, cuyo reflejo en el ámbito de la bioética viene dado por los procesos de deliberación plural y democrática que se producen, por ejemplo, en los comités de ética asistencial. Como ya había establecido López de la Vieja en un capítulo anterior, la gobernanza, a través de la toma de decisiones por parte de la ciudadanía en los asuntos concernientes a su salud, tiene en la bioética uno de sus exponentes.

David Rodríguez-Arias y Antonio Casado estudian el modelo de consentimiento presunto en la regulación de la donación y trasplante de órganos en "Controversias actuales sobre el consentimiento para la donación de órganos". En una primera instancia, se ocupan de aclarar las diversas concepciones acerca del consentimiento informado –tanto presunto como explícito- y su relación con el principio de autonomía. Respecto a esta cuestión, los autores diferencian entre la definición del consentimiento presunto, que supone la autorización a intervenir sin necesidad de explicitar el rechazo, y su justificación en el caso de la donación de órganos, que no depende sólo del respeto a la autonomía.

A continuación, desarrollan los argumentos a favor de consentimiento presunto: remedia la escasez de órganos; es un tipo de consentimiento aceptado socialmente; en su versión débil, respeta la voluntad de los donantes potenciales y de sus familias; resulta compatible con la protección de grupos de población vulnerables; descarga a los familiares de tomar la decisión de donar y por último, la no existencia de daño para el donante, puesto que está muerto. En contra de estos argumentos, pueden esgrimirse las siguientes razones: no existen datos suficientes que demuestren que el consentimiento presunto aumente el número de donaciones, incluso hay países donde el cambio de modelo produjo una disminución del mismo; una parte significativa de la población no está de acuerdo con este tipo de consentimiento; el derecho de los individuos a controlar su cuerpo una vez muerto; el cuestionamiento de que sea el consentimiento presunto –y no el explícito- el que proteja de mejor manera a los más vulnerables; el intento de aliviar el proceso de decisión de los familiares es una medida paternalista; los deseos póstumos de la persona fallecida merecen ser respetados; la adopción del consentimiento presunto puede suponer una quiebra de la confianza necesaria en el sistema de trasplantes y, finalmente, existen alternativas a este tipo de consentimiento que puede promover la donación al mismo tiempo que respeta los deseos de los ciudadanos, como por ejemplo una política sanitaria de prevención que reduzca la incidencia de enfermedades crónicas susceptibles de precisar trasplante o que la ciudadanía esté obligada a decidir qué tipo de modelo desea para sí misma.

Éticamente, se plantean dos problemas fundamentales relacionados entre sí. En primer lugar, si resulta o no aceptable atentar contra la integridad física de una persona y bajo qué condiciones. En segundo lugar, si es o no aceptable intervenir en el cuerpo de una persona sin su consentimiento. Para la primera cuestión y a la luz de la legislación vigente, existen prácticas que si bien no respetan los principios de autonomía y/o no-maleficencia, sí pueden reportar un beneficio social que las justifica (por ejemplo, la donación de órganos de donantes vivos con el consentimiento expreso del individuo, la retención en cuarentena por riesgo de infección o las autopsias judiciales). Por tanto, cabe deducir que el consentimiento presunto podría justificarse como un mal menor. El problema radica, no obstante, en establecer los límites. ¿Hasta dónde estaría legitimado el Estado para priorizar los intereses colectivos por encima de los individuales? Para el segundo enunciado, relacionado con la posibilidad de intervención sin consentimiento, los autores recogen dos situaciones en las que podría estar justificada: cuando es claramente beneficiosa para la persona y en aquellos casos en los que el individuo ha manifestado previamente su acuerdo, de manera que pueda rechazar de la intervención.

Como conclusión, Rodríguez-Arias y Casado estiman que para ser considerado como un verdadero consentimiento, el consentimiento presunto ha de ir acompañado de un proceso de información capaz de llegar a todos los donantes potenciales. De esta

manera, podría mantenerse la idea de respeto de la autonomía individual al mismo tiempo que pueden aceptarse situaciones en las que determinadas prácticas estén justificadas por su beneficio social. La necesidad de aunar ambos extremos radica en la enorme importancia que para los sistemas de trasplante tiene la confianza que la sociedad deposita en ellos.

José M^a García Gómez-Heras cierra el cuarto y último bloque con su artículo "Técnica y Bioética: ¿Bricolaje de quirófano?". En él, a partir de un análisis histórico y teórico, plantea la tensión entre hechos y valores, técnica y moral, que surge en la era moderna. La presencia de ambos términos en el ámbito de la biomedicina da lugar a que también la bioética esté condicionada por las tensiones que las alternativas generan. Así pues, "lo que se *debe hacer* a tenor de imperativos morales no coincide con lo que se *puede hacer* según posibilidades técnicas (...) y se *puede hacer* aquello que se *debe hacer*. La técnica, en ese caso, es virtud y su producto el *bien moral*" (p. 225).

Técnica y ética reivindican la autonomía y la libertad en sus respectivos campos. Esta pretensión parece razonable en aras de evitar la negación e intolerancia de presupuestos dogmáticos procedentes de ambos ámbitos. Se hace necesaria, pues, su interrelación con el fin de alcanzar criterios de validación de la acción correcta en las esferas pública y privada. En este sentido, resultan imprescindibles el diálogo, el consenso y la universalizabilidad de la norma para legitimar la acción tecnocientífica. Para superar los términos absolutos de las racionalidades colectiva e individual, Gómez-Heras propone una *ética transcultural* o *de mínimos* que regule políticamente el ámbito público y una *ética personal de máximos* como expresión de la libertad de conciencia. Así compagina la ética valores democráticos y derechos y libertades individuales.

Resulta evidente que tanto la técnica como la bioética están sujetas a cambio, lo cual no quiere decir que haya de darse una renuncia a una idea moral del progreso. En lo que a la bioética respecta, la dignidad humana, la libertad de la persona, el respeto a la conciencia, la justicia, la solidaridad y la igualdad constituyen su contenido sustantivo mínimo. Por otra parte, los riesgos e incertidumbres generados por los avances científicos requieren de la aplicación del *principio de precaución* para mantener los acontecimientos bajo control e impedir daños irreversibles. Ésta es la recomendación final de Gómez-Heras, cuyos beneficios –científicos, políticos, éticos– resume así: "La precaución amplía espacios para la investigación, la deliberación pública y la responsabilidad personal y con ello la calidad moral de la acción médica" (p. 228).

Como se ha podido comprobar hasta aquí, *Ensayos de bioética* recoge problemas éticos –y no sólo éticos– que surgen en un escenario social cada vez más complejo. Las preocupaciones desarrolladas a lo largo del libro van desde el análisis crítico del concepto salud a la revisión de los modelos de eugenesia ética, de los nuevos modelos de gobernabilidad hasta la necesaria presencia del medio ambiente en el debate bioético, de la discriminación de género en el ámbito biomédico a la relevancia de las ideologías en el discurso bioético, los problemas vinculados a la donación de órganos y su consentimiento o la dialéctica entre técnica y bioética. Desde diferentes perspectivas, teoría y práctica se unen en este libro para seguir añadiendo elementos al edificio argumentativo y proponer salidas a los nuevos conflictos. O, al menos, intentarlo.

Notas

1. "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Definición recogida en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud de 1946. Texto completo en: http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf. Más tarde, en 1986, la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud establece que "para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe, pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza cotidiana. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas". Texto completo en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/OttawaCharterSp.pdf>
2. "(...) invisibilización de asimetrías en el cuidado, inclusiones y protecciones insuficientes de las poblaciones vulnerables, explotación de poblaciones muy vulnerables para investigación en que participan sujetos humanos, discriminación en los campos clínicos, etc." (p. 49).
3. La *Declaración para la promoción de los derechos de los pacientes en Europa* de 1994, el *Convenio de Oviedo* de 1997 y el *Dictamen del CESE sobre los derechos del paciente* de 2008 (pp. 114-127).
4. la Ley 41/ 2002, *Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación clínica*; La Ley 21/2000, de la Comunidad Autónoma de Cataluña, *sobre los derechos de información concerniente a la salud y a la autonomía del paciente, y a la documentación clínica* y la Ley 14/2007, de *Investigación biomédica* (pp. 127-134).

Rosana Triviño Caballero (Instituto de Filosofía, CCHS, CSIC)

rosana.trivino@cchs.csic.es