

¿HACIA UNA BIOÉTICA GLOBAL? A PROPÓSITO DE LA PROPUESTA DE V. R. POTTER¹

María del Carmen MARTÍNEZ MARTÍNEZ

Profesora Contratada Doctor
de Psicología y Psiquiatría de la Facultad de Medicina
de la Universidad Complutense de Madrid
mc.martinezm@telefonica.net

RESUMEN

El oncólogo V. R. Potter propuso la necesidad de comunicar las ciencias experimentales y las ciencias del espíritu, creando un puente entre ellas (bioética), con la finalidad de favorecer la creación de una nueva cultura para la supervivencia futura. Esta propuesta tuvo un amplio eco en el ámbito de la Medicina en la que ha tenido un notable desarrollo la bioética médica. Años más tarde, Potter volvió a insistir en la necesidad de ampliar el ámbito de la bioética, de acuerdo con su propuesta inicial, hasta alcanzar el contenido de una bioética global.

Palabras clave: nuevas tecnologías, supervivencia humana, reflexión ética, bioética.

ABSTRACT

The oncologist V. R. Potter set out the need to connect experimental and spiritual sciences by building a bridge between them (Bioethics) in order to favour the creation of a new culture for future survival. This proposal aroused great interest within the field of Medicine, in which medical Bioethics has widely developed. Some years later, Potter stressed again the need to widen the scope of Bioethics until achieving a Global Bioethics, according to his initial proposal.

Keywords: New Technologies. Human survival. Ethical reflection. Bioethics.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Onkologe V. R. Potter schlug vor, die empirischen Wissenschaften und die Geisteswissenschaften unter einem Dach (Bioethik) zusammenzuführen. Sein Ziel war es, die Entstehung einer neuen Kultur des Überlebens zu fördern. Dieser Vorschlag stieß auf breite Anerkennung in der Medizin, in welcher sich die medizinische Bioethik umfassend entwickelt hat. Jahre später drang Potter erneut darauf, den Einflussbereich der Bioethik zu erweitern. Dabei folgte er seinem ursprünglichen Vorschlag, bis er es erreichte, ihn mit den Inhalten einer globalen Bioethik zu füllen.

¹ *Global Bioethics*, New York, 1988.

Schlüsselwörter: Neue Technologien. Menschliches Überleben. Ethische Reflexion. Bioethik.

SUMARIO: 1. LA PROPUESTA DE POTTER: EL NEOLOGISMO BIOÉTFICA Y LA FORMACIÓN DE LA CIENCIA BIOÉTFICA.—2. INNOVACIONES TECNOLÓGICAS, CUESTIONES CLÍNICAS Y DILEMAS ÉTFICOS.—3. LA FORMACIÓN DE LA DOCTRINA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE.—3.1. La doctrina de la autonomía del paciente en la jurisprudencia americana.—3.2. El consentimiento informado y la experimentación médica.—4. BIOÉTFICA MÉDICA Y BIOÉTFICA GLOBAL.

1. LA PROPUESTA DE POTTER: EL NEOLOGISMO BIOÉTFICA Y LA FORMACIÓN DE LA CIENCIA BIOÉTFICA

Los orígenes de la Bioética se encuentran en acontecimientos muy diversos, que han tenido la peculiaridad de haber confluído, como si se tratara de los afluentes de un río, en una misma cuenca del conocimiento, creando una rama científica singular. La originalidad se encuentra ya en el propio nombre o neologismo aplicado a esta rama del saber: bio-ética. La acuñación del término, como es bien sabido, se debe al profesor V. R. Potter, investigador bioquímico y oncológico, que, a pesar de su valiosa contribución científica al estudio de la biología molecular del cáncer, alcanzaría su máxima notoriedad por su propuesta de comunicar las ciencias y las humanidades, creando un puente entre ellas, con la finalidad de favorecer la creación de una nueva cultura para la supervivencia futura (*The Science of Survival*). A esta ciencia la denominó, precisamente, *Bioethics* y la calificó como un puente hacia el futuro (*Bridge of the Future*). La elección del término Bioética ha sido explicada por el autor en los siguientes términos: «elegí *bio* para representar el conocimiento biológico, la ciencia de los sistemas vivos, y elegí *ethics* para representar el conocimiento de los sistemas de valores humanos».

La propuesta de Potter respondía a una profunda preocupación: ¿adónde nos conducen el progreso y las innovaciones tecnológicas?, ¿qué tipo de futuro tenemos por delante? Estas cuestiones fueron planteadas por Potter en una conferencia en la Universidad de Dakota en 1962, pero no formalizó estas cuestiones y su respuesta hasta 1970 en un artículo publicado bajo el título «Bioethics. The Science of Survival»² y en un libro,

² V. R. POTTER, «Bioethics. The Science of Survival», en *Perspectives in Biology and Medicine*, núm. 14, 1970, pp. 127-153.

publicado un año después, *Bioethics: Bridge to the Future*³. El pensamiento de Potter, en su teoría original de la Bioética, se centraba «en la intuición de que una supervivencia de gran alcance de la especie humana, asentada en una civilización decorosa y sustentable, requería el desarrollo y el mantenimiento de un sistema ético».

Años más tarde matizaría que tal sistema es «la bioética global, basada en instituciones y razonamientos sustentados en el conocimiento empírico proveniente de todas las ciencias, pero en especial del conocimiento biológico», de tal manera que, «en la actualidad, este sistema ético propuesto sigue siendo el núcleo de la bioética puente con su extensión a la bioética global, en la que la función del puente ha exigido la fusión de la ética médica y de la ética medioambiental, en una escala de nivel mundial para preservar la supervivencia humana». Esta conclusión se refleja en un estudio final, *Global Bioethics*, publicado en 1988. La aportación de Potter se ha valorado como «la necesidad de que la ciencia biológica se interrogue sobre la relevancia de su intervención sobre la vida. Se trata de superar la tendencia pragmática del mundo moderno que aplica inmediatamente el saber sin una mediación racional, y mucho menos moral. Efectivamente, la aplicación de cualquier conocimiento científico puede tener consecuencias imprevisibles para la humanidad aunque sólo sea por el efecto de concentrar el poder biotecnológico en manos de unos pocos»⁴.

2. INNOVACIONES TECNOLÓGICAS, CUESTIONES CLÍNICAS Y DILEMAS ÉTICOS

Al margen de la aportación terminológica y científica de Potter, y, al parecer, sin conocimiento de la misma, la familia Kennedy creará, en 1971, en la Universidad Georgetown de Washington, la Fundación *The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of the Human Reproduction and Bioethics*. El desconocimiento de la aportación de Potter y la aparición del término Bioética en el nombre de la Fundación puede hacer dudar de la originalidad de Potter y suponer que se podía tratar de una denominación ya presente en el ámbito científico⁵. Sin embargo, el concepto atribuido al término Bioética no era, precisamente, coincidente con el propuesto por

³ V. R. POTTER, *Bioethics: Bridge to the Future*, Nueva York, 1971.

⁴ E. SGRECCIA, *Manual de Bioética*, México, 1996, p. 16.

⁵ J. R. ACOSTA, *La Bioética de Potter a Potter*.

Potter, ya que el director de la Fundación, A. Hellegers, lo definió como una ética biomédica. He aquí el origen de un dualismo bioético todavía presente en la actualidad: la Bioética como una ética global y como una ética biomédica.

Desde esta última perspectiva, no cabe la menor duda de que, durante la década de los años sesenta del siglo pasado, se habían producido, como consecuencia de relevantes innovaciones tecnológicas, complejos dilemas éticos en la práctica clínica. La aplicación innovadora de la hemodiálisis en un Hospital de Seattle provocó una demanda de solicitantes superior a las prestaciones que podía ofrecer el equipamiento de hemodiálisis con el que contaba el hospital. Ante la negativa del equipo médico de asumir la responsabilidad de seleccionar a los candidatos, lo que suponía la exclusión de la prestación clínica a los demás solicitantes, se creó un comité plural de ciudadanos para que examinaran los casos y realizaran la selección, dando lugar, por primera vez, a la creación del precedente de los que, más tarde, serían los comités de ética.

La creación de este Comité introdujo elementos ciertamente innovadores que han sido sintetizados en los siguientes puntos: 1) la composición del Comité, integrado mayoritariamente por personas no-médicos, evidencia la idea de que se consideró que los médicos, que hasta ese momento tomaban este tipo de decisiones, no eran las personas más idóneas para realizar dicha selección, prefiriendo una composición mixta de expertos y profanos; 2) se subraya, además, la importancia de la innovación técnica —la cánula arteriovenosa— para plantear y resolver una cuestión ética; y 3) los criterios utilizados para hacer la selección de candidatos a la hemodiálisis provocó un gran debate social sobre los criterios éticos en la distribución de recursos escasos⁶, es decir, se trata de una cuestión de justicia o equidad cuya solución corresponde a la comunidad.

Los avances tecnológicos producidos en el ámbito de la biomedicina dieron lugar a experimentos carentes de toda ética. Así lo denunció, entre otros, el profesor de la Escuela de Medicina de Harvard, K. Beecher, al referirse a ciertos experimentos realizados con personas marginadas de la sociedad (pobres, deficientes mentales o ancianos, recluidos en establecimientos sociales y sanitarios) sin su consentimiento. Entre otros casos, cita la experimentación con sifilíticos negros a los que se privó de la administración de la penicilina para estudiar los efectos de otros medicamentos o

⁶ L. GONZÁLEZ MORÁN, *De la Bioética al Bioderecho*, Madrid, 2006, p. 22.

la inoculación del virus de la hepatitis a niños con retraso mental para estudiar la evolución de la enfermedad⁷.

En 1967 tiene lugar el primer trasplante de corazón realizado por el doctor Barnard en Ciudad del Cabo. Aunque desde el año 1902 se venían realizando trasplantes experimentales de riñón, sin embargo, los dilemas éticos de los trasplantes surgieron con el primer trasplante de corazón y se centraron, fundamentalmente, en el consentimiento del donante (explícito o presunto) y en el estatuto jurídico del cadáver, es decir, en la determinación exacta del momento de la muerte. Aunque se ha avanzado en ambas cuestiones, se mantienen abiertas diversas incógnitas sobre problemas concretos que se han venido planteando con la práctica casi rutinaria de la tecnología de los trasplantes. La comprobación del momento de la muerte no se considera una cuestión ética, sino médica, por lo que es competencia de la ciencia determinar el momento del cese de la vida mediante los medios y los métodos que proporciona la ciencia. Por este procedimiento se ha llegado a la definición de *muerte clínica*, que consiste en la comprobación del cese de toda actividad respiratoria, circulatoria y nerviosa de modo irreversible.

Desde otro punto de vista, un tribunal de los Estados Unidos declaró que «nos encontramos a las puertas de un nuevo terreno... el umbral dónde comienza la muerte y dónde la vida, de alguna manera, continúa. A ello nos han conducido los milagros de la medicina, que ahora nos obligan a distinguir entre la muerte, tal como la hemos entendido siempre, y otra muerte en la que el cuerpo permanece vivo de alguna forma, aunque el cerebro (o una parte significativas del mismo) está muerto»⁸. El tribunal se refiere a los supuestos de estado vegetativo permanente y a la decisión de mantener o retirar la ventilación asistida, la nutrición y la alimentación artificial a un enfermo que se encuentre en ese estado.

El caso que se ha convertido en paradigma de estos supuestos ha sido el de Karen Quinlan. Como consecuencia de la ingestión de drogas y alcohol con el estómago vacío, la joven Karen entró en estado de coma, del que no se recuperaría jamás. Su estado fue diagnosticado como *vegetativo crónico y persistente*; sin embargo, como su estado no coincidía con el criterio de Harvard sobre muerte cerebral, el problema consistía en saber si podía interrumpirse la ventilación asistida, aunque, desde el punto de vista ético y legal, no había ninguna duda de que estaba muerta⁹.

⁷ *Ibid.*

⁸ D. HUMPHRY y WICKETT, *El derecho a morir*, Barcelona, 1989, p. 330.

⁹ *Ibid.*

Después de transcurrir un año en esta situación y confirmada clínicamente su irreversibilidad, los padres de Karen solicitaron la suspensión de la ventilación asistida, que no fue aceptada por los médicos ni la dirección del hospital. Iniciada la vía judicial, la demanda fue desestimada en primera instancia, pero el Tribunal Supremo de Nueva Jersey estimó el recurso y manifestó lo siguiente: cuando la familia del paciente y los médicos están de acuerdo, no se debería apelar a los tribunales para confirmar decisiones tan incómodas; se trata de decisiones que guardan una relación directa con la experiencia del médico, y el vínculo que el paciente y su familia establecen con el médico se basa en la tradición y las expectativas del paciente. Y resaltó, al mismo tiempo, la importante labor de las comisiones éticas de los hospitales a la hora de supervisar estas decisiones. A partir de este caso, la doctrina jurisprudencial norteamericana se caracterizó por una cierta uniformidad en el reconocimiento del derecho a la negativa de tratamientos vitales y, de manera especial, en el reconocimiento del derecho a la interrupción de medios artificiales para prolongar la vida de pacientes en estado vegetativo permanente¹⁰.

La doctrina jurisprudencial norteamericana otorga una situación especial al paciente, al que corresponde la toma de decisiones en relación con su salud al tratarse de una cuestión que afecta a su intimidad y, en el supuesto de encontrarse incapacitado, asume esta capacidad de decisión el familiar o a los familiares más próximos. A los médicos les corresponde informar sobre el diagnóstico y el pronóstico y participar, junto con los familiares, en la toma de decisiones. Se atribuye especial importancia, ya en esos momentos, al dictamen consultivo que puedan emitir los comités éticos hospitalarios y se excluye la vía judicial como inapropiada para resolver estas cuestiones.

Los casos comentados ponen de relieve el reto que la ciencia y las innovaciones tecnológicas suponen para la ética tradicional. El deber de beneficencia de la medicina hipocrática se complementa con el reconocimiento de la autonomía del enfermo y el deber de no maleficencia se amplía más allá del marco del profesional de la medicina, adquiriendo una dimensión más plural con la participación, en algunos casos consultiva y en otras decisoria, de la comunidad, a través de los comités de ética o de los órganos político-administrativos responsables de la atención y protección de la salud.

¹⁰ J. A. SOUTO, *Dilemas éticos en el final de la vida*, Madrid, 2003.

3. LA FORMACIÓN DE LA DOCTRINA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE

La gran revolución de la ética médica tradicional se va a producir con el reconocimiento de la autonomía del paciente. En realidad la revolución se había producido con anterioridad y, en concreto, con la Ilustración. I. Kant define a la Ilustración como «la salida del hombre de su autoculpable minoría de edad», Con ello quiere decir que «la minoría de edad significa la incapacidad de servirse de su propio entendimiento sin la guía de otro». Por esta razón, «uno mismo es culpable de esta minoría de edad cuando la causa de ello no reside en la carencia de entendimiento, sino en la falta de decisión y valor para servirse por sí mismo de él sin la guía de otro». De ahí que el ilustre filósofo clame lo siguiente: «*sapere aude!* ¡Ten valor de servirte de tu propio entendimiento!, he aquí el lema de la Ilustración».

El paternalismo médico, expresión del paternalismo que ha imperado durante siglos en los diferentes sectores de la sociedad, tenía que sentirse directamente afectado por esta declaración de la autonomía personal por parte de la Ilustración. Paulatinamente, y con muchas dificultades, se fue reconociendo la libertad de pensamiento, la libertad religiosa, la libertad política, etc.; un mundo de libertades personales y colectivas desgranadas sucesivamente, quebrando resistencias y anatemas formulados por doquier. Esta lucha caracterizará la imagen del siglo XIX, con avances y retrocesos, con implantaciones y aboliciones, pero con el firme propósito de su arraigo definitivo. Por un doble camino se ha llegado a la misma conclusión: el reconocimiento de la autonomía del paciente.

3.1. La doctrina de la autonomía del paciente en la jurisprudencia americana

Mientras tanto, ¿qué ocurría con el paternalismo médico? Formalmente, se mantenía inalterable, el médico tomaba las decisiones oportunas y el enfermo obedecía tales decisiones, hasta el extremo de que el mejor enfermo era el que mejor obedecía las decisiones de su médico. La jurisprudencia norteamericana, sin embargo, empezó a valorar las actuaciones quirúrgicas sin consentimiento expreso del paciente, en caso de provocar lesiones o el fallecimiento del paciente, como delitos de lesiones o

de homicidio. Como consecuencia de estas sentencias, que se iniciaron ya a finales del siglo XIX, pero cuya doctrina comenzó a consolidarse a mediados del siglo XX, se sentaron dos principios fundamentales en la relación médico-paciente: *a)* el deber del médico de facilitar al paciente la información necesaria y suficiente sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; y *b)* el derecho del enfermo a dar su consentimiento al tratamiento o a negarse al mismo.

Posteriormente, la jurisprudencia norteamericana fijaría la siguiente doctrina sobre esta cuestión: «El derecho anglo-americano se basa en el principio de la completa autodeterminación de las personas. Por consiguiente, cada ser humano es el señor de su propio cuerpo y puede, si tiene una mente sana, prohibir expresamente la realización de operaciones quirúrgicas para salvar la vida, o de cualquier otro tratamiento médico. Un médico puede creer con razón que una operación o un tipo de tratamiento es deseable o necesario, pero la ley no le permite sustituir por sus propios juicios los del paciente, por cualquier forma de artificio o engaño»¹¹.

Esta doctrina supone el cierre del paternalismo médico y la instauración de la autonomía del paciente en el ámbito de la ética y del derecho médico. Así lo entendió la Asociación Americana de Hospitales, que, en un documento de doce puntos, reconoce que «el paciente tiene derecho a obtener de su médico la información completa disponible sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento, en términos que sea razonable considerar como comprensibles para el paciente. Cuando no sea médicamente aconsejable dar al paciente tal información, ésta deberá ser proporcionada en su lugar a alguna persona adecuada. El paciente tiene derecho a conocer el nombre del médico responsable de la coordinación de su asistencia».

Por su parte, la Asociación Médica Americana, a través de su Consejo Judicial, publicó, en el año 1981, un documento sobre el consentimiento informado que, entre otras cosas, dice lo siguiente: «El derecho del paciente a la decisión autónoma sólo puede ser efectivamente ejercido si el paciente posee suficiente información que le permita una elección inteligente. El paciente debe tomar su propia decisión sobre el tratamiento. El consentimiento informado es una política social básica que admite excepciones: 1) cuando el paciente se halla inconsciente o sin capacidad para consentir y los perjuicios de no tratar son inminentes; o 2) cuando el

¹¹ M.^a C. MARTÍNEZ, J. A. SOUTO y M. PORRAS, *El consentimiento informado*, 2.^a ed., Madrid, 2006, p. 19.

riesgo de la revelación supone tan seria amenaza psicológica de daño para el paciente, que está médicamente contraindicado. Esta política social no acepta el punto de vista paternalista de que el médico debe permanecer silencioso porque la información puede llevar al paciente a renunciar a terapéuticas necesarias. De los pacientes racionales e informados no debe esperarse que actúen uniformemente, aun bajo circunstancias similares, en la aceptación o el rechazo al tratamiento»¹².

3.2. El consentimiento informado y la experimentación médica

Desde otra vertiente, se inicia una tendencia doctrinal que acabará alcanzando resultados similares. Nos referimos a la necesidad de obtener el consentimiento informado para realizar experimentación con seres humanos. La primera norma sobre el particular se encuentra en una ley de 1931 del Tercer Reich alemán, que vendrá a convertirse en el primer código ético sobre experimentación clínica. La norma, sin embargo, excluía de este derecho a los judíos, gitanos, polacos y rusos, lo que revelaba el concepto restringido de los seres humanos que adornaba la ideología nazi. Pero, además, dicha norma no fue respetada en los campos de experimentación nazi. Precisamente, en el juicio de Nüremberg, en el que fueron procesados varios médicos nazis por violación de los derechos de los enfermos, el tribunal descubrió la gran importancia del consentimiento informado en el proceso de experimentación clínica con seres humanos y estableció una serie de principios, que se conocen con el nombre de Código de Nüremberg, entre los cuales, el décimo dice que, en el ámbito de la experimentación, «el consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial».

Años más tarde, la Comisión Nacional Norteamericana para la protección de las personas objeto de la experimentación biomédica y de la conducta¹³ había publicado, en 1978, un amplio y detenido Informe sobre los principios éticos básicos en el ámbito de la Bioética. El Informe, conocido con el nombre de Informe Belmont, analiza los tres principios básicos aceptados generalmente por nuestra tradición cultural: *a)* respeto por las personas; *b)* beneficencia, y *c)* justicia.

¹² D. GRACIA, *Fundamentos de Bioética*, Madrid, 1989, p. 178.

¹³ *The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*.

Por lo que aquí interesa, conviene resaltar que, con relación al primer principio, el Informe Belmont establece dos convicciones éticas fundamentales: 1) las personas deben ser tratadas como entes autónomos; 2) las personas cuya autonomía esté disminuida deben ser objeto de protección. Esto conduce a la necesidad de diferenciar dos requerimientos morales: el requerimiento de reconocimiento de la autonomía y el requerimiento de proteger a aquellos con autonomía disminuida¹⁴.

Esta distinción es explicada en el Informe en los siguientes términos: «Una persona autónoma es un individuo capaz de deliberar sobre sus objetivos personales y actuar bajo la dirección de esta deliberación. Respetar la autonomía es dar valor a las opiniones y elecciones de las personas así consideradas y abstenerse de obstruir sus acciones a menos que éstas produzcan un claro perjuicio a otros. Mostrar falta de respeto a un ente autónomo es repudiar los criterios de estas personas, negar a un individuo la libertad de actuar según tales criterios o hurtar información necesaria para que puedan emitir un juicio, cuando hay razones convincentes para hacerlo. Sin embargo, no todos los seres humanos son capaces de tomar sus propias determinaciones. La capacidad para la autodeterminación madura durante la vida del individuo, y algunos pierden esa capacidad total o parcialmente debido a enfermedad, incapacidad mental o circunstancias que restringen severamente esa libertad. El respeto por la inmadurez y la incapacidad puede requerir la protección de estos individuos mientras perduren estas circunstancias»¹⁵.

Una de las aplicaciones de este principio —según el Informe Belmont— es el consentimiento informado: «El respeto por las personas requiere que los sujetos, en el grado que ellos sean capaces, deben tener la oportunidad de elegir qué ocurrirá o no con ellos. Esta oportunidad se ofrece cuando se adopta un modelo adecuado de consentimiento informado. Mientras que la importancia del consentimiento informado se considera incuestionable, existe un amplio acuerdo acerca de que el procedimiento del consentimiento debe contener tres elementos: información, comprensión, voluntariedad»¹⁶.

Por dos vías distintas, la doctrina de la Ilustración sobre la autonomía personal se implanta definitivamente en la ética médica. La capacidad de autodeterminación del paciente sobre su propio cuerpo y, por tanto, sobre

¹⁴ *Principios éticos para la protección de las personas objeto de experimentación* (Informe Belmont, 1978), Principios éticos básicos, 1.

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ *Ibid.*

su propia salud queda rubricada en las diferentes declaraciones que hemos comentado. Una consecuencia inmediata de la capacidad de autodeterminación del paciente es, ciertamente, el reconocimiento del derecho al consentimiento informado. La autonomía del paciente se hace visible, precisamente, en su derecho a aceptar o rechazar un tratamiento o a elegir entre los diferentes tratamientos que el médico le haya ofrecido.

4. BIOÉTICA MÉDICA Y BIOÉTICA GLOBAL

La praxis médica al incorporar los principios de autonomía y de justicia o equidad provocó un cambio importante en la ética médica tradicional. El desajuste entre los nuevos principios ético-jurídicos y aquella ética médica fueron subsanados paulatinamente por la propia praxis médica, impulsada por las asociaciones de médicos y de hospitales, que acabaron proponiendo nuevas normas en las que se reconocían nuevos derechos de los enfermos, entre los que brillarían, con especial intensidad, los derivados de la autonomía del paciente y, entre ellos, como el más relevante, el consentimiento informado.

Este caudal de conocimientos y de praxis asistencial va a encontrar una sistematización y elaboración doctrinal, ciertamente brillante, en el libro de T. Beauchamp y J. Childress titulado *Principles of Biomedical Ethics*, publicado en Nueva York en 1989. La Bioética médica, plasmada ya en diversas instituciones médicas y de investigación e iniciada a través de la práctica médica, va a alcanzar nivel científico, a través del principialismo, propuesto por estos autores, y va a generar un espectacular proceso de crecimiento y difusión de esta nueva rama científica: la Bioética médica.

Ante esta situación, no parece ocioso preguntar: ¿qué ha ocurrido con la propuesta de Potter de una bioética global? Ciertamente, por caminos distintos y provocado inicialmente por causas distintas, en los medios científicos ha adquirido cierto protagonismo una nueva rama de la Bioética, con denominaciones diversas, pero con contenidos semejantes: Bioética ambiental, eco-ética, ética y ecología, etc. Con denominaciones distintas, se abordan los problemas que planean las nuevas tecnologías, el crecimiento de la población, la contaminación y la degradación del ecosistema, la destrucción del hábitat y la crisis de la biodiversidad, etc., que han motivado preocupaciones y reflexiones sobre la relación del hombre con el mundo natural no humano o, si se prefiere, sobre el comportamiento moral de los seres humanos en su relación con la naturaleza.

Se ha discutido acerca del ámbito de la ética, advirtiendo que, tradicionalmente, la comunidad moral ha sido la comunidad humana y, por tanto, puede resultar inadecuado incluir en dicha comunidad ética a la naturaleza. Esto supone un primer punto conflictivo con la ética medioambiental que, como su propio nombre indica, tiene un marco mucho más amplio de referencia en lo que concierne a la comunidad moral. Es evidente que, desde ese punto de vista, el propio medio ambiente, dentro del cual hay que incluir, lógicamente, al ser humano, tiene un interés moral y debe ser tenido en cuenta a la hora de considerar la naturaleza de los niveles morales y a quién debemos aplicarlos¹⁷. Aunque esto puede encontrar cierta oposición desde la ética tradicional, basada en la concepción de que sólo el ser humano es sujeto moral y que el resto de la naturaleza tiene una entidad radicalmente distinta, conviene tener en cuenta que «la diversidad de las especies es uno de nuestros principales recursos sostenibles para la agricultura, la medicina, la industria y el esparcimiento»¹⁸.

En consecuencia, cualquiera de las especies que se están extinguiendo a un ritmo alarmante puede albergar remedios para enfermedades que en este momento no tienen cura, lo que evidencia el interés y la conexión del ser humano con la conservación del ecosistema (concepción antropocéntrica). No obstante, también se sostiene que las especies (y/o su diversidad, y/o la estabilidad integral del ecosistema al que pertenecen) tienen un valor intrínseco que sugiere que haya que protegerlas, tanto si son útiles al ser humano como si no lo son (concepción ecocéntrica)¹⁹.

Cualquiera de las dos concepciones pone de relieve la necesidad de contemplar la biosfera de una manera integral, de la que forma parte el hombre, aunque la haya utilizado frecuentemente a su servicio, ignorando la necesaria estabilidad del ecosistema para garantizar su propia supervivencia. De ahí la importancia de las palabras de Potter, citadas al inicio de estas reflexiones, cuando advertía acerca de «la necesidad de que la ciencia biológica se interrogue sobre la relevancia de su intervención sobre la vida. Se trata de superar la tendencia pragmática del mundo moderno que aplica inmediatamente el saber sin una mediación racional, y mucho menos moral. Efectivamente, la aplicación de cualquier conocimiento científico puede tener consecuencias imprevisibles para la humanidad aunque

¹⁷ A. DOBSON, «La ética medioambiental», en *De la vida a la muerte, ciencia y bioética*, Madrid, 1999, p. 377.

¹⁸ A. PULLIN, «La ciencia del medioambiente», en *De la vida a la muerte, ciencia y bioética*, *op. cit.*, p. 367.

¹⁹ A. DOBSON, «La ética medioambiental», *op. cit.*, p. 381.

sólo sea por el efecto de concentrar el poder biotecnológico en manos de unos pocos». Advertencia que resuena de nuevo, en tiempos más recientes, cuando se dice que «debemos obrar con especial precaución en lo que respeta a los objetivos de la ciencia: la ciencia en sí misma no puede señalar los objetivos correctos de una civilización humana. El tema de cómo desarrollar dichos objetivos confluye en la diferencia que hay entre lo *que se puede hacer* y lo *que debería hacerse*»²⁰.

La preocupación que suscitan las cuestiones planteadas, su dimensión ética, y la necesidad de establecer unos principios que debe observar la comunidad universal ha dado como resultado la proclamación de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos²¹, que se justifica, entre otras, por las siguientes razones:

1. Los rápidos adelantos de la ciencia y la tecnología, que afectan cada vez más a nuestra concepción de la vida y a la vida propiamente dicha, y que han traído consigo una fuerte demanda para que se dé una respuesta universal a los problemas éticos que plantean esos adelantos.

2. Los problemas éticos suscitados por los rápidos adelantos de la ciencia y de sus aplicaciones tecnológicas deben examinarse teniendo en cuenta no sólo el respeto debido a la dignidad de la persona humana, sino también el respeto universal y la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales.

3. Es necesario y conveniente que la comunidad internacional establezca principios universales que sirvan de fundamento para una respuesta de la humanidad a los dilemas y controversias cada vez más numerosos que la ciencia y la tecnología plantean a la especie humana y al medio ambiente.

4. La UNESCO ha de desempeñar un papel en la definición de principios universales basados en valores éticos comunes que orienten los adelantos científicos y el desarrollo tecnológico y la transformación social, a fin de determinar los desafíos que surgen en el ámbito de la ciencia y la tecnología teniendo en cuenta la responsabilidad de las generaciones actuales para con las generaciones venideras, y que las cuestiones de bioética, que forzosamente tienen una dimensión internacional, se deben tratar como un todo, basándose en los principios ya establecidos en la Declara-

²⁰ D. C. THOMASMA y T. KUSHNER, «Epílogo», en *De la vida a la muerte, ciencia y bioética*, *op. cit.*, p. 397.

²¹ Aprobada por la UNESCO el 19 de octubre de 2005 y ratificada, posteriormente, por la Asamblea General de Naciones Unidas.

ción Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos y la Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos, y teniendo en cuenta no sólo el contexto científico actual, sino también su evolución futura.

5. Los seres humanos forman parte integrante de la biosfera y desempeñan un importante papel en la protección del prójimo y de otras formas de vida, en particular los animales.

6. Gracias a la libertad de la ciencia y la investigación, los adelantos científicos y tecnológicos han reportado, y pueden reportar, grandes beneficios a la especie humana, por ejemplo aumentando la esperanza de vida y mejorando la calidad de vida, y destacando que esos adelantos deben procurar siempre promover el bienestar de cada individuo, familia, grupo o comunidad y de la especie humana en su conjunto, en el reconocimiento de la dignidad de la persona humana y en el respeto universal y la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales.

7. La salud no depende únicamente de los progresos de la investigación científica y tecnológica, sino también de factores psicosociales y culturales, y, por otra parte, las decisiones relativas a las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas pueden tener repercusiones en los individuos, familias, grupos o comunidades y en la especie humana en su conjunto.

8. La diversidad cultural, fuente de intercambios, innovación y creatividad, es necesaria para la especie humana y, en este sentido, constituye un patrimonio común de la humanidad, pero *destacando* a la vez que no se debe invocar a expensas de los derechos humanos y las libertades fundamentales.

9. La identidad de una persona comprende dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales.

10. La sensibilidad moral y la reflexión ética deberían ser parte integrante del proceso de desarrollo científico y tecnológico y la bioética debería desempeñar un papel predominante en las decisiones que han de tomarse ante los problemas que suscita ese desarrollo.

11. Por todo ello, es conveniente elaborar nuevos enfoques de la responsabilidad social para garantizar que el progreso de la ciencia y la tecnología contribuya a la justicia y la equidad y sirva el interés de la humanidad.

De acuerdo con estas consideraciones, la Declaración establece una serie de principios, que tienen, como punto de partida, la dignidad huma-

na y los derechos humanos, en virtud de los cuales, se dispone que: *a)* se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales; y *b)* los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad.

A continuación, se enumeran una serie de principios: autonomía y responsabilidad individual; consentimiento, personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento; privacidad y confidencialidad; justicia y equidad; no discriminación y no estigmatización; responsabilidad social y salud, todos ellos estudiados y aplicados ya por la Bioética médica; junto a estos principios se enuncian otros que encuentran su origen en la doctrina de los derechos humanos y en la Bioética ambiental, tales como, beneficios y efectos nocivos; respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal; respeto de la diversidad cultural y del pluralismo; solidaridad y cooperación; aprovechamiento compartido de los beneficios; protección de las generaciones futuras, y protección del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad.

La Declaración sienta las bases para la elaboración de una Bioética Global en la que aparecerían integradas: la Bioética médica, la Bioética ambiental y los derechos humanos, en una dimensión universal, mediante: *a)* la adopción de prácticas transnacionales, la promoción de comités de ética, y la evaluación y gestión de riesgos relacionados con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas; y *b)* la adopción de decisiones y tratamiento de las cuestiones bioéticas, a través de la promoción del profesionalismo, la honestidad, la integridad y la transparencia en la adopción de decisiones, el establecimiento de un diálogo permanente entre las personas y los profesionales interesados y la sociedad en su conjunto, y la promoción de debate público pluralista e informado, en el que se expresen todas las opiniones pertinentes.

La vuelta a los orígenes de la Bioética permite verificar el acierto de las intuiciones de los promotores de esta nueva rama científica, su rápida difusión internacional y el retorno de la ética a ámbitos como los de las ciencias de la vida donde parecía, desde hace tiempo, que no tenía cabida. Los avances tecnológicos y su impacto social han urgido la necesidad de la reflexión ética, que encuentra su lugar adecuado, precisamente, en esa bioética global o, si se prefiere, en una ética universal sobre las ciencias de la vida.