

LA CALIDAD DE VIDA, UN MENSAJE CIFRADO

María Victoria Roqué Sánchez*

RESUMEN

Alcanzar una edad avanzada con cierto bienestar es uno de los objetivos perseguidos por los hombres desde la antigüedad. El planteamiento para conseguirlo, por parte del Estado del Bienestar y determinadas políticas asistenciales, resulta muy atractivo: todos queremos el bienestar para nosotros y para los demás, y como individualmente no podemos, el Estado se ocupa de ello.

En el lenguaje actual nos encontramos con tres términos que fácilmente se identifican en el área sanitaria: salud, calidad de vida y bienestar.

La definición de salud que hace la OMS (1998) se superpone prácticamente a la de calidad de vida y abarca el término bienestar, que se convierte en exigencia de la salud.

La calidad de vida tiene su origen en la literatura socioeconómica (1964) y pronto se extendió a otras disciplinas. En medicina, la calidad de vida se ha convertido en uno de los parámetros de la acción médica; es el bien supremo al que debe tender el hombre, es condición de vida.

Es una visión reduccionista y deshumanizadora, que por su simplicidad y ambigüedad es de fácil aceptación universal.

PALABRAS CLAVE: Calidad de vida, bienestar, sacralidad de la vida humana.

ABSTRACT

Reaching longevity with a certain degree of well-being is one of the aims of humankind since ancient times. Governments of different countries try to fulfill it through basic policies on this matter, which represent a promising response. Every one wishes well-being for ourselves and for others, but enabled to accomplish it individually; we look forward for governments to take care of it.

Now days three terms are associated with the field of salubrity: Health, quality of life and well-being.

WHO's definition of health (1998) goes beyond the bounds of quality of life, embracing the term well-being, which entitles demand for health care.

Quality of life was first brought up in social-economic literature (1964), and soon was extended to other areas. In medicine, quality of life has become one standard of medicine practice, considered the maximum welfare aim at by man; is a basic condition of life.

According to author, this naive and dehumanizing view is readily accepted worldwide by its simplicity and vagueness.

KEY words: *Quality of life, well-being, human life sacredness.*

A lcanzar una edad avanzada con cierto bienestar ha sido, es, uno de los objetivos pretendidos por el hombre desde la antigüedad¹. No es pues extraño que el llamado Estado de

Bienestar, con su mentalidad asistencialista e inmenso poder tutelar, dedique sus mejores esfuerzos para conseguirlo.

¹ En los pergaminos del Mar Muerto del año 4000 a. de C. se encuentran ya referencias a la búsqueda del bienestar, y hace más de 2.000 años Hipócrates hacía una serie de recomendaciones, a modo de guía, para una vida sana que a la vez garantizase una vida larga.

* Doctora en Teología, Máster en envejecimiento humano, Licenciada en Filosofía y Letras. Directora, Centro de Estudios de Bioética, y profesora titular de Antropología y Bioética, Facultad de Ciencias de la Salud, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, España.
E-mail: vroque@csc.unica.edu.es



El planteamiento es sumamente atractivo. Todos queremos el bienestar para cada uno y para los demás, y como individualmente no es posible conseguirlo, el Estado, a través de sus políticas de protección y control social, se ocupa de ello. Este modelo de Estado ha contribuido a las desviaciones actuales en el ámbito de la salud y en la gestión sanitaria e incide directamente en el concepto de respeto a la vida humana.

Nos encontramos, además, con unos tópicos que dificultan las soluciones que podrían mejorar la sanidad. En primer lugar, la identificación de salud con bienestar; segundo, la pretensión de una asistencia sanitaria completa a todos los miembros de la sociedad, cuando no hay ningún país que pueda sostener el demagógico sistema de *todo gratuito para todos*, y en tercer lugar, a la hora de decidir la administración y distribución de los recursos sanitarios, lo que prevalece es la eficacia de las soluciones financieras y técnicas, por encima de las instancias éticas; el criterio que se aplica, para determinar la ayuda a vidas humanas, es el de coste/beneficio.

Una correcta política sanitaria debe favorecer un acceso igual a la buena salud y no concentrar su atención en una "equitativa" designación de recursos. Por ejemplo, en las islas de Cerdeña y Chipre es frecuente una enfermedad hereditaria de la hemoglobina denominada *talasemia*; los niños que la adquieren deben someterse durante 10-12 años a constantes transfusiones. También existe un tratamiento de las formas mayores de la enfermedad: el trasplante de la médula ósea, que puede curar a la mayoría de los niños, pero resulta extremadamente caro y desvía la posibilidad de otros tratamientos para los niños con enfermedades fácilmente curables. Ante esta situación,

las autoridades locales médico-administrativas recomiendan hacer el diagnóstico prenatal, y si es positivo, se aconseja a la madre abortar. Evidentemente, las razones son económicas.

Decidir quién paga y cuánto, determinar las excepciones, aplicar los límites del tratamiento, etc., son acciones que deben fundamentarse siempre en los aspectos éticos y antropológicos, si se quiere una medicina dirigida al bien de las personas y no solo a la "mayoría" de las personas.

Hay tres conceptos clave en Bioética, en los que el modelo de sociedad del bienestar recalca especialmente. Son: la salud, la calidad de vida y la técnica, estrechamente conectados entre sí. En el fondo de estos conceptos subsiste una idea de la vida humana que no siempre se explicita, pero que constituye la base de todo razonamiento posterior y de su aplicación práctica en biomedicina.

LA NOCIÓN "CALIDAD DE VIDA"

La expresión "calidad de vida" aparece por primera vez en la literatura socioeconómica a finales de los años cincuenta. La opinión común dice que fue acuñada por Lyndon Johnson, presidente de Estados Unidos, al afirmar en un discurso, en 1964, que los objetivos que él perseguía no podían ser evaluados en términos bancarios sino en términos de "calidad de vida". Adquiere así este concepto unas connotaciones de carácter personalista y de valor², penetra en el merca-

² Cfr. Sgreccia, E. "Respeto a la vida y búsqueda de la calidad de vida: aspectos éticos", en "Conocer, amar, servir la vida", Rev. *Dolentium Hominum*, n° 28, año X (1995), n°1, p. 154.



do sociopolítico y se extiende a otras disciplinas –psicología, sociología, ecología, etc.–. En el ámbito biomédico se introduce con gran fuerza, y los factores que la favorecen especialmente son:

- La *revolución terapéutica*, iniciada en 1937, con las sulfamidas, da el poder de curar enfermedades hasta el momento mortales, frena la mortalidad infantil; por medio de las vacunas, controla las epidemias y, por lo tanto, crece la vida media.
- La *revolución biológica*, que comienza veinte años más tarde, da al hombre el dominio en tres campos: en el de la reproducción –surgen los medios anticonceptivos, las técnicas de procreación asistida, la selección de sexo–, el campo de la ingeniería genética y el del sistema nervioso.

Estas dos revoluciones producen una ampliación del estatuto epistemológico de las ciencias médicas, aparecen problemas y situaciones inéditas, que plantean cuestiones muy graves no solo al personal sanitario e investigadores, sino a la sociedad entera. Se ha pasado de la medicina de la necesidad a la medicina de los deseos, cuando no a la del capricho; de la medicina curativa a la medicina perfectiva.

La sociedad en general asiste a:

- Una revalorización de la corporalidad, centrada en tres aspectos: un cuerpo bello, un cuerpo fuerte y un cuerpo sano. La cirugía reparadora se extiende y confunde con la cirugía estética.
- Un aumento del afán de seguridades. Debido al desarrollo de la ciencia y de la técnica, se quiere

que la vida y todos los bienes que están conectados con ella sean adecuadamente protegidos³.

Se observa un cambio significativo; la vida implica no solo conservación o supervivencia, sino vivir bien. En el hombre, una vez cubiertas las necesidades básicas, surge el deseo de alcanzar cada vez mayor bienestar, mejor calidad de vida, y se crea una espiral de nuevas necesidades.

Por otro lado, la definición de salud que hace la OMS (desde 1946 y hasta la fecha, con una pequeña ampliación hecha en 1998)⁴ se puede casi superponer al concepto de calidad de vida, ya que por salud entiende un estado de pleno bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o discapacidad⁵.

El bienestar se convierte en exigencia de salud; la calidad de vida pasa a ser entendida en medicina como ausencia de dolor, de sufrimiento, de limitación física o psíquica. La exasperada búsqueda de la salud, del bienestar, conduce a excluir cualquier obstáculo que la limite y a permitir todo aquello que pueda facilitarla⁶.

En nuestra cultura se ha producido un desplome de contenido y significado, ya no se distingue el bien mo-

³ Cfr. Leone, S. "La riflessione bioetica sulla 'qualità della vita'", en *Rev. Bioetica e Cultura*, semestrale I (1992), 2, Edit. Ofes, pp. 137-139.

⁴ La definición actual dice textualmente: "Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity".

⁵ En la misma línea está la Declaración de los Derechos Humanos (1948), que en el artículo 25 dice: "Cada persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure a ella y a su familia la salud, el bienestar y en particular la alimentación, el vestido, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios".

⁶ Cfr. Volta, D. "Calidad de vida", en *Rev. Medicina e morale*, 1966/4, p. 657.

ral del bien placentero o físico. A muchos profesionales sanitarios les resulta difícil entender que el dolor –físico, psíquico y moral– es compatible con la felicidad, a la que identifican con bienestar. El sufrimiento es visto como algo absurdo, sin posibilidad de dotarlo de sentido, sin razones para afrontarlo; la única salida es la eliminación del problema. La persona que sufre plantea cuestiones para las cuales no se tiene solución ni respuesta.

En el ámbito de la población se ha intentado medir, con parámetros objetivos y matemáticos, los factores de bienestar para poder calcular los resultados. Prácticamente no existe ningún ámbito de la medicina que no tenga como objetivo, además de la calidad de las terapias específicas, el logro de la calidad de vida. Los aspectos que se estudian son infinitamente variados: desde los problemas relacionados con las decisiones terapéuticas respecto a los enfermos terminales, al ámbito de la vida prenatal y neonatal, a la promoción y asistencia a los ancianos, a los cuidados paliativos, al campo de la higiene y sanidad pública...⁷. Toda innovación tecnológica o cualquier programa de investigación biomédica, para ser aceptado y financiado, debe demostrar el efecto favorable en la calidad de vida.

Con la introducción de escalas o índices de evaluación de calidad de vida se pretende aumentar la racionalidad de la toma de decisiones en el campo terapéutico y, en general, en el mundo sanitario. Hay más de cuarenta escalas para medir los diferentes componentes,

Se advierte fácilmente que estos instrumentos de evaluación son descriptivos y se mueven alrededor de la

productividad o de su pérdida; son unidades económicas. Las decisiones que se toman no son meramente técnicas, sino que tienen un fuerte componente ético, que hace necesario prestar más atención y tratar de identificar el significado de la expresión “calidad de vida”.

En primer lugar, definir los elementos objetivos y los factores subjetivos de la calidad de la vida plantea dificultades. Hay algunas tablas que conceden a las necesidades básicas el mismo rango que la ausencia de sufrimiento moral o psíquico, que la capacidad de relacionarse con los demás, etc. Este tipo de tablas contrasta con otras que pretenden la vida perfecta en la Tierra; parecen un diseño del paraíso perdido: bienestar físico, familiar y social.

Respecto a los factores subjetivos, no es suficiente que una persona esté bien físicamente y el ambiente social sea favorable, sino que ella sienta que está bien y que tenga una actitud positiva. Hay personas con una discapacidad grave que las afecta menos que a otras con un pequeño defecto o limitación. Dos enfermos con igual enfermedad, sometidos al mismo tratamiento, reaccionan de manera diferente.

En segundo lugar, nos encontramos con el problema de saber a quién compete establecer los parámetros de calidad de vida, el valor que debe darse a cada uno; quién decide los niveles de calidad: ¿el médico, sin contar con el paciente? Sería un planteamiento paternalista. ¿O el enfermo, ejercitando su autonomía, decide cuál debe ser la calidad de su propia vida? ¿O los dirigentes del sistema sanitario, quienes, por su autoridad en la distribución de recursos, son los que fijan los niveles de calidad que pueden ofrecer en cada una de las coyunturas económicas o políticas?

⁷ Cfr. Sgreccia, E. *Ob. cit.*, pp. 155-156.

Por otra parte, las situaciones personales son infinitamente variadas: la edad del paciente, lo que espera de la vida, el origen social o cultural, el ambiente en el que vive, la naturaleza o los límites específicos de la enfermedad en cada persona, el nivel de oferta de servicio que el sistema ofrece... Todos estos factores amplían o reducen la exigencia de calidad⁸.

LA CALIDAD DE VIDA COMO CONDICIÓN DE VIDA

La calidad de vida es un bien, pero no puede convertirse en el bien supremo. Sus orígenes utilitaristas lo han convertido en un concepto ambiguo. De este carácter se sirven algunos para justificar y fundamentar los graves atentados contra la vida humana.

Tras la medicina actual subyace una mentalidad, de raíz anglosajona, que tiene muy poco que ver con el planteamiento terapéutico de mejora de las condiciones de vida y de salud. La noción "calidad de vida" ha ido adquiriendo, gracias a algunos filósofos utilitaristas y con el apoyo de leyes aprobadas por el Estado, presuntamente protector, un significado que avala y justifica la eutanasia, el aborto, la renuncia a un tratamiento proporcionado (suicidio). El Estado, en nombre de la utilidad pública, llega a disponer de la vida de los más débiles, de los niños aún no nacidos, de los ancianos, de los disminuidos psíquicos... sencillamente de los que son "inútiles" e "improductivos" para la sociedad.

⁸ Cfr. Herranz, G. "Scienze biomediche e qualità de vita", en *Rev. Vita e pensiero*, 68, 1986, 418.

El debate actual en torno a la vida humana está centrado en la contraposición de dos conceptos: *calidad de vida y sacralidad de la vida*⁹. En ambos, lo común es la voluntad de *respeto por la vida*; el punto de discrepancia está en el elemento que funda tal respeto. Para los defensores de la *supremacía de la vida*, el fundamento se encuentra en la misma vida, la vida que nos es dada. En cambio, para los que su posición es la *calidad de vida*, el respeto se encuentra en la vida cualitativamente aceptable.

Con la expresión *sacralidad de la vida* se defiende la supremacía de la vida en cada condición humana, vida intangible e inviolable, vida singularmente rica, vida que ningún ser humano puede atribuirse el derecho de destruir¹⁰. Es la existencia del sujeto la que hace posible el ejercicio de ciertas funciones o facultades, y no al revés. El ejercicio de las facultades no constituye a la persona.

Reich fue el primero, en 1982, en contraponer estos dos criterios de modo absoluto y hace un volcado de contenido. Como resultado, la *supremacía de la vida* ya

⁹ También, *supremacía de la vida*. Aquí se utilizan ambas expresiones indistintamente.

¹⁰ Esto no significa que todas las vidas sean idénticas, una copia equivalente, sino que las diferencias, independientemente de las causas que las han provocado, son irrelevantes ante el principio de que todos los seres humanos son igualmente valiosos, merecen el mismo respeto y consideración como personas. H. Kuhse critica esta concepción de la *supremacía de toda vida humana*, porque cree ver una incongruencia al aplicar en los tratamientos terapéuticos el principio de distinción de medios ordinarios y/o extraordinarios: dirá que mientras unas son objeto de cuidado, otras son abandonadas a su destino. Cfr. Reichlin, M. "La eutanasia en la Bioética de orientación utilitarista. Análisis crítico de los textos de J. Rachels y H. Kuhse", en *Medicina y Ética*, 1997, N° 1, pp. 34 - 63.

no es el fundamento de la norma ética, sino que pasa a serlo el *principio de calidad de vida*, de tal manera que si una vida humana se encuentra en una fase prenatal o terminal, en una condición que no alcanza determinado coeficiente requerido de calidad de vida, no existe ninguna obligación de defenderla o conservarla.

El valor central que la *calidad de vida* persigue no es la vida sin más, sino aquella vida que posee determinadas cualidades y condiciones de ejercicio, es la única vida digna de ser vivida. Desde esta perspectiva, no es aceptable la vida humana como un bien por sí misma, y la dignidad de la vida humana hay que entenderla como una realidad restringida.

El punto crucial que demanda una respuesta de sus defensores es determinar cuáles son las características que expresan que una vida es digna de ser vivida.

Fletcher, J., en *Four indicators of Humanhood* (1975), enumera las siguientes: mínimo coeficiente intelectual (lo establece entre 20-40), autoconciencia, autocontrol, sentido del tiempo (presente, pasado, futuro), capacidad de relación, interés por los otros, capacidad comunicativa, control de la existencia, curiosidad, capacidad de cambiar, equilibrio entre razón y sentimiento, funciones neocorticales.

Hay autores que se apoyan en otros aspectos. Así, Tooley lo hace en la subjetividad y la autoconciencia¹¹; McCormick, en la potencialidad relacional¹²; Engelhard,

sobre el trípede función cerebral, autoconciencia y relacionalidad¹³.

La pregunta frente a tanta arbitrariedad es: por qué estos, o por qué no incluir otros que se nos puedan ocurrir.

Rachels, J., hace una distinción fundamental entre *estar vivo* y *tener vida*, o bien, entre la vida en *sentido biológico* y la vida en *sentido biográfico*. De este modo, individualiza una categoría de seres humanos que aunque estén vivos ya no tienen vida.

Entrarían en esta categoría los pacientes que sufren la enfermedad de Alzheimer en fase avanzada, los recién nacidos deformes sin esperanza de curación, las personas en coma irreversible, cuando hay ausencia de vida consciente y es indiferente para el sujeto vivir o morir¹⁴.

Si se toma la calidad de vida como condición de vida, la persona se convierte en un ser de materia biológica manipulable. A este respecto, es impresionante leer algunas afirmaciones de Simon, médico francés que ha sido Maestro de la Gran Logia Masónica de Francia: "Si la gran victoria de la medicina del pasado fue la de hacer retroceder la muerte, la segunda victoria ha de ser la de cambiar la noción misma de vida. (...) La vida humana pierde hoy su carácter absoluto que tenía en el Génesis, o en Aristóteles o Buffon, para ser un concepto que se modela y desarrolla conforme a las leyes, las ideas y el conocimiento. La vida es lo que ha-

¹¹ En "Abortion and Infanticide", en *Philosophy and Public Affairs*, 2, 1972.

¹² En "To Save or Let Die: The Dilemma of Modern Medicine", en *Journal of the American Medical Association*, 229, 1974, pp. 172-176.

¹³ En "The Beginnings of Personhood: Philosophical Considerations", en *Perkins Journal*, 27, 1973, pp. 20-27.

¹⁴ Cfr. Reichlin, M., "La eutanasia en la Bioética de orientación utilitarista. Análisis críticos de los textos de J. Rachels y H. Kuhse", en *Medicina y ética*, 1997, N° 1, pp. 34-63.

“EL VALOR CENTRAL QUE LA CALIDAD DE VIDA PERSIGUE
NO ES LA VIDA SIN MÁS, SINO AQUELLA VIDA
QUE POSEE DETERMINADAS CUALIDADES Y CONDICIONES
DE EJERCICIO, ES LA ÚNICA VIDA DIGNA DE SER VIVIDA”.

cen los vivientes: es la cultura que la determina, y nosotros somos conscientes de que esta batalla no es solamente técnica, sino más bien filosófica. La vida como material: este es el principio de nuestra lucha”¹⁵.

Cuando el criterio terapéutico o de vivir es solo la calidad, las consecuencias son inmediatas. La petición del aborto y la eutanasia está implantada –o preparada– en la legislación de los países, y no solo en lo que se refiere a las situaciones terminales de la vida humana, como las malformaciones del feto, sino que se amplía a todos los casos de sujetos privados de conciencia. La falta de posibilidad de *tener vida* constituye un motivo válido para la eutanasia involuntaria.

¿Quién decide? Hay un proverbio finlandés que dice que el pobre puede morir pero no puede enfermar; esto es lo que ocurre en estas teorías de la *calidad de vida*. El más débil no solo no es protegido sino que es eliminado. La decisión sobre cuál es la *vida digna de ser vivida es una decisión humana* –ya sea a nivel individual o quien decida sea la sociedad– *no unida a ningún principio absoluto y reducida a unos pocos*: solo aquellos que sean capaces de ejercitar la libertad de elección, que es una prerrogativa indiscutible de la dignidad de la vida humana.

Únicamente los que pertenecen al *club de las personas* están en condiciones de poder –y tienen el deber de– decidir no solo de sí mismos y de su vida, sino

también de aquellos que pertenecen a su especie y que no están en condiciones de tomar en sus manos su propia existencia: embriones, discapacitados graves, comatosos, ancianos... Los que tienen una *vida digna de ser vivida* deciden por aquellos cuya vida no es digna de ser vivida o se está en duda de que lo sea y están confiados a la benevolencia (no a la justicia) de las personas.

Pero, ¿cuál es el principio por el que solo a unos hombres les está confiada la decisión de determinar qué vidas son dignas y cuáles no?

Es la persona la que decide de sí misma y de su validez como persona; es decir, hay una *autoproclamación* de su pertenencia elitista al *club de las personas*. Por un lado, no se admite nada que sea recibido y que no sea autofundado, se rechaza la supremacía de la vida misma como valor objetivo, y se recurre a la sustitución de esos valores por otros que los acérrimos partidarios de la calidad de vida determinan –de modo arbitrario– como absolutos. Es uno mismo quien se otorga la dignidad de su vida y también el poder de decidir quién es el que tiene una vida digna de ser vivida.

Ahora bien, puede darse el caso de que una persona constate que ya no tiene una vida digna de ser vivida, y aquí se produce otro recorte en el significado genuino de *calidad de vida*. El ser persona no puede identificarse solo con tener una vida digna de ser vivida, sino con la capacidad de medir y juzgar la calidad de vida. Hemos llegado ya al absurdo: se separa la perso-

¹⁵ Simon, P. *De la vie avant toute chose*, de Mazarine, París, 1979, pp. 13 y 85.



na de la vida y se convierte simplemente en un sujeto que gestiona una vida¹⁶.

Esta postura está reforzada por el principio de autonomía y el derecho a la autodeterminación entendido en sentido absoluto: únicamente el paciente puede decidir si quiere el tratamiento o el cese de los cuidados. Este principio no solo va en detrimento del bien individual sino del bien colectivo. No hay límites. Fácilmente se sustituye ese querer personal, propio, por otra voluntad ajena. De la eutanasia voluntaria se pasa a la eutanasia involuntaria, suicidio inducido o sencillamente homicidio.

La calidad de vida aparece como una conquista de nuestro tiempo, pero es una amenaza por su discriminación y el precio no es otro que la vida de otras personas.

CALIDAD DE VIDA Y TÉCNICA

El derecho a la vida de algún modo implica el derecho a las situaciones que promueven una mayor calidad de vida. Los descubrimientos científicos y sus aplicaciones en medicina han entrado de lleno en el mercado y se han convertido en bienes apetecidos por muchos.

Hoy se vive con la esperanza de una mejora constante basada en la técnica; han desaparecido las diferencias; aquella es capaz, o será capaz, de satisfacer todos los deseos y solucionar los problemas. Es solo cuestión de tiempo lograr el estado de pleno bienestar. Incluso, la OMS, hace unos años, en su programa frente al año

2000, proponía la salud para todos y declaraba con prepotencia que “uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de los organismos internacionales y de toda la comunidad mundial en los próximos diez años debe ser el de procurar a todos los pueblos del mundo un nivel de salud que les consienta vivir una existencia social y económicamente productiva” (Nº 5). Desde entonces, la finalidad de la medicina ha sido la sistemática eliminación de toda enfermedad, más aún la superación de la muerte por parte del hombre.

Nadie duda de los grandes beneficios que la técnica ha supuesto para el bienestar y desarrollo humanos, pero también se advierten las consecuencias de la “tecnolatría” en la que estamos inmersos y que resulta extraña al bien del hombre.

Este ha adquirido un dominio sobre el fin de la vida, sobre la misma estructura constitutiva de su organismo físico, pero se ha convertido en un “laboratorio permanente” y ha perdido el sentido de misterio del ser humano. El hombre queda reducido al ámbito del hacer y del tener: el *Homo fabricans* sustituye al *Homo sapiens* y, lo que aún es peor, el *Homo dolens* está subordinado al *Homo faber*. Javier Marías, en su ensayo *Melancólico fantasma*, lo refleja bien cuando afirma que “el hombre actual sigue a su mundo con la lengua fuera” y “piensa cada vez menos por sí solo, entre otros motivos porque no le da tiempo: antes de poder decidir ya está haciendo uso de lo que aún no comprende”¹⁷.

¿Cuáles son algunos de los rasgos característicos de esta mentalidad tecnicista, que implica el utilitarismo, el

¹⁶ Vid Viola, F. “L’etica della qualità de vita: una valutazione critica”, en *Bioetica*, Rivista Interdisciplinare, Franco Angeli, 1966, Nº 1, pp. 91-109.

¹⁷ Marías, J. “Melancólico fantasma”, en *Rev. Vuelta*, Nº 223, VI/1995, México, D. F.



materialismo y el individualismo, y que se desarrollan en el seno del Estado del Bienestar?¹⁸.

- El conocimiento de la realidad no es de señorío, sino que se ha hecho dictatorial: no existen límites; la única limitación aceptable es la simple imposibilidad física.
- La eficacia y la rentabilidad se han convertido en los valores supremos y más importantes¹⁹. Hoy en día se prepara a los profesionales de la salud para que tengan éxito, resultados en la investigación, pero no para entender el sentido del sufrimiento, de la muerte, ni tampoco para ayudar a los pacientes a asumirlo. La calidad de vida, como se entiende hoy, es en realidad calidad biológica, medidas corporales, no profundidad en el ser humano.
- La búsqueda cada vez más perfeccionada de los medios para alcanzar el objetivo se convierte en el único criterio de orientación. Ya no son los fines, sino los medios técnicos, los que deciden y justifican los actos. Es lo que Thielcke llama "la rebelión de los medios". Las cosas ya no se realizan porque sean positivas y beneficiosas para el hombre, sino

porque son posibles. Nada debe impedir un nuevo avance o descubrimiento²⁰.

- Toda técnica biomédica justifica su aplicación práctica sobre la base de sus consecuencias positivas o negativas. El criterio de actuación es la medición *cuantitativa de bien*, aunque suponga la muerte de personas, porque las consecuencias que se obtienen son superiores al mal que un ser humano puede sufrir. Nos movemos en el campo del *right* y no del *good*, como dice el filósofo A. Llano.
- Los valores éticos son ajenos al mundo de la técnica. Las decisiones son meros procedimientos o métodos de actuación, donde la ética es absorbida por la técnica; aparece la prioridad, cuando no la sustitución, de los avances tecnológicos sobre la persona.

CONCLUSIÓN

Las principales dificultades en el ámbito sanitario no provienen especialmente de los escasos recursos, ni de la ciencia o de la técnica, sino de la pérdida del sentido de la persona, del olvido del bien integral –no solo biológico– del hombre.

Prácticamente todos los argumentos en los que se basa la delimitación de licitud e ilicitud en la distribución de recursos, en las intervenciones y decisiones biomé-

¹⁸ Cfr. López Azpitarte, E. "Los retos de las ciencias a la moral católica", en III Simposio Internacional *Calidad de vida y exigencias éticas* (memorias), Universidad Iberoamericana, México, 1966.

¹⁹ Como bien explica López Azpitarte, para algunos científicos es totalmente válida la teoría que Maquiavelo aplicó a la política: todo está permitido si se considera útil y necesario en función de la sociedad, de la ciencia. "Tan útil es perseverar en el bien cuando no hay inconveniente, como desviarse de él si el interés lo exige" (Maquiavelo, *El Príncipe*, cap. XVIII, 105).

²⁰ Por ejemplo: la técnica de la fertilización conduce a que innumerables embriones, por tanto seres humanos, esperen, en un estado de congelación, su destino, que seguramente será su eliminación, porque no hay necesidad de ellos. Seres humanos creados de modo artificial para luego eliminarlos por excedente de número.

“LA BIOÉTICA DEBE OPTAR POR LA CULTURA DE LA VIDA RESCATANDO
 E INTRODUCIENDO A TODOS LOS NIVELES DE LA SOCIEDAD EL RESPETO Y DIGNIDAD
 DE TODO SER HUMANO EN CUALQUIER CONDICIÓN DE VIDA,
 O SEGUIR CON LA CULTURA DE LA MUERTE.
 AQUÍ NOS JUGAMOS EL SENTIDO DE LA EXISTENCIA HUMANA”.

dicas, suponen o remiten explícitamente a la cuestión del estatuto personal. Es precisa una reflexión en el contexto de la Bioética, que sepa dar razón de la identidad y coincidencia entre ser humano y persona.

Para promover un verdadero y global equilibrio en la distribución de recursos sanitarios y asistencia médica, hay que saber responder a las necesidades de las personas. El bienestar debe ser entendido, primero, como un *estar para el bien*. No se trata de desechar soluciones técnicas ni medidas económicas, pero la política sanitaria tiene que estar dirigida no solo al bienestar físico, psíquico y social, sino también y especialmente a conservar, favorecer, desarrollar el *bien-ser*; es decir, atender a la unidad de la persona en todas sus dimensiones y de modo especial de los más débiles e indefensos. ¿Cómo se puede hablar, si no, de un futuro mejor, a costa de la eliminación de la vida de otros?

¿Por qué y en razón de qué unos deben pagar por la vida de otros?

El Estado, los hombres de ciencia, están –debieran estar– al servicio de la verdad, pero de todas las verdades, sin dejar de lado determinados campos de investigación y ceder bajo la presión de factores ideológicos, políticos o económicos. Un planteamiento intelectual y éticamente honesto sería el cuestionarse si ante este nuevo descubrimiento, o con la aplicación de esta técnica, se lograría el *bien-ser* del hombre, porque entonces se dará también el *bienestar*. La Bioética debe optar por la cultura de la vida rescatando e introduciendo a todos los niveles de la sociedad el respeto y dignidad de todo ser humano en cualquier condición de vida, o seguir con la cultura de la muerte. Aquí nos jugamos el sentido de la existencia humana.