

argumentos de Locke y Mill al respecto para acabar abordando el ejemplo de la negación del Holocausto y sus diferentes consecuencias jurídicas en EEUU y en Alemania; El autor se decanta por la defensa de la libertad de expresión y, más en general, por la conclusión de que la tolerancia no es una virtud en sí misma sino que una tolerancia demasiado incluyente resulta ser un vicio. La tolerancia sería una virtud sólo en la medida en que sirva a los fines de cierta clase de discusión e indagación racionales en las que la expresión de los puntos de vista en litigio nos capacita a través de un conflicto constructivo para alcanzar ciertos bienes individuales y comunitarios. La intolerancia por su parte sería también un ejercicio de virtud cuando nos capacita para alcanzar esos mismos fines.

En definitiva y tal y como se sigue de lo anterior, estamos no sólo ante una muestra más de las brillantes capacidades como historiador de la ética del autor, sino ante una más que notable exposición de sus convicciones aristotélico-tomistas. Con todo lo cual la publicación de estos *Ensayos escogidos* constituye ciertamente un acontecimiento también para quienes no sustentan tales tesis originales aristotélicas en la interpretación de Tomás de Aquino y en la reinterpretación del profesor MacIntyre.

Aurelio de Prada

Isidoro MARTÍN SÁNCHEZ (coord.), *Bioética, Religión y Salud*; Miguel Ángel SÁNCHEZ GONZÁLEZ, *Informe sobre Instrucciones Previas*, Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, Dirección General de Aseguramiento y Atención al Paciente, Subdirección General de Bioética y Orientación Sanitaria, Madrid, 2008. 352 pp.

Editados por la Dirección General de Aseguramiento y Atención al Paciente de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, y con prólogo de su director, el Ilmo. Sr. D. Daniel García Urrea; se nos presentan en un mismo volumen estos dos estudios. Ambos son fruto de los proyectos emanados de la Consejería de Sanidad y Consumo, a iniciativa de la Subdirección General de Bioética y Orientación Sanitaria, y asumidas directamente por la Dirección General de Aseguramiento y Atención al Paciente.

La obra consta de dos grandes partes que podrían tratarse como dos trabajos independientes, y de hecho lo son. Sin embargo, su edición conjunta no hace más que demostrar la vinculación que entre ambos temas existe, por lo que encontrarlos en el mismo volumen es ya un acierto. La primera parte, que es además la más extensa del volumen, corresponde al estudio titulado "Bioética, Religión y Salud", coordinado por el Catedrático de Derecho Eclesiástico del Estado de la Universidad Autónoma de Madrid, Don Isidoro Martín Sánchez. En dicho estudio

intervienen, además del mencionado Catedrático, los profesores Ricardo García García (Prof. Titular de Derecho Eclesiástico del Estado, Universidad de Cantabria), Marcos González Sánchez (Prof. Ayudante de Derecho Eclesiástico del Estado, Universidad Autónoma de Madrid), María Moreno Antón (Prof. Titular de Derecho Eclesiástico del Estado, Universidad Autónoma de Madrid) y Gloria Moreno Botella (Prof. Titular de Derecho Eclesiástico del Estado, Universidad Autónoma de Madrid).

Este estudio encuentra su causa en un Seminario específico llevado a cabo en el ámbito del Máster en Derecho Sanitario del Departamento de Toxicología y Legislación de la Universidad Complutense de Madrid, gracias al convenio suscrito al efecto entre la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid y dicha Universidad.

En palabras de su coordinador, este trabajo responde a la necesidad de establecer, respecto de las ciencias biomédicas, “unos principios éticos, plasmados en una normativa jurídica, que regulan su desarrollo y aplicación. En último término, se trata con ello de responder a la fundamental cuestión de si todo lo que es técnicamente posible debe ser, por esta sola razón, éticamente permitido.” (p. XIX, Presentación). Esta necesidad se enmarca dentro de una sociedad occidental que se nos presenta hoy como pluralista, alejada totalmente de un modelo monolítico desde el punto de vista ético y cultural (cfr. p. XX, Presentación). Este panorama hace necesaria la participación de todos los grupos que conforman dicha sociedad en la elaboración de sus propios valores –sin confundirse con los del Estado–, de tal manera que logren el máximo reconocimiento posible y formen un mínimo social compartido que haga factible la convivencia. Desde este punto de vista, las religiones tienen especial relevancia, no sólo porque algunas de ellas tuvieron un importante papel en el nacimiento de la bioética, sino porque diversos aspectos de esta disciplina –v.gr. procreación, aborto, eutanasia– forman parte de las diversas doctrinas religiosas, e influyen de manera decisiva en el comportamiento de millones de personas.

La estructura del trabajo que ahora analizamos, responde en gran medida a la razón arriba expuesta. Primeramente, se estudia la aportación de las religiones a la fundamentación y aplicación de la Bioética; fundamentación que, debido a su especial carácter, no puede quedar reducida a la elaboración de una ética de mínimos en este punto. En segundo término, tras una referencia a las fuentes dogmáticas y jurídicas de las religiones más relevantes, se examinan los principios generales de las mismas en materia de Bioética. Finalmente, se analizan las doctrinas de estas mismas religiones respecto a diversos aspectos que forman parte del contenido de la Bioética (comienzo de la vida, fecundación artificial, maternidad subrogada, aborto, transexualidad, esterilización, trasplantes, eutanasia, etc.).

El primer capítulo se titula “Bioética y Religión”, y se inicia con un epígrafe esclarecedor respecto a los vínculos que las religiones mantienen con la Bioética (I. Interés de las Religiones por la bioética, p. 1), hasta el punto de ser, en parte, responsables de su nacimiento y posterior desarrollo. El segundo epígrafe (II. Fundamentación de la bioética y religiones, p. 9) contiene una explicación bastante

completa y clara del origen y contenido de los llamados “principios de la bioética”, formulados por vez primera en el Informe Belmont, elaborado por la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* (aprobado por ésta en 1978 y publicado en 1979). Dichos principios fueron formulados como guías para la investigación biomédica, y son: el respeto de las personas (también llamado principio de autonomía), la beneficencia y la justicia. Juzgamos esta explicación de los principios como particularmente relevante, de allí que nos extenderemos un poco en su revisión.

Aunque es el primero de los mencionados en el Informe Belmont, el principio de respeto por las personas o principio de autonomía, es posterior en la conciencia y en la práctica médicas a los de beneficencia y justicia (cfr. p 11). Dicho principio incorpora al menos dos convicciones éticas, según el Informe Belmont: la primera es que los individuos deberían ser tratados como seres autónomos, y la segunda es que las personas cuya autonomía está disminuida deben ser objeto de protección. Este principio encuentra a su vez origen en las llamadas Cartas de los Derechos de los Enfermos, la primera de las cuales fue aprobada en Estados Unidos en 1973 y cuyo ejemplo se extendió a otros países. Este principio, derivado de la dignidad humana, implica dejar de lado el paternalismo médico propio del modelo hipocrático de medicina, sustituyéndolo por una relación de diálogo entre dos sujetos autónomos, uno de los cuales tiene la capacidad y el deber de asesorar, y el otro el derecho a decidir sobre su propia concepción del bien, ya que es él el beneficiario del acto médico.

Por su parte, los principios de beneficencia y no maleficencia se encuentran ya formulados en el *Corpus hippocraticum*, el cual establece entre las obligaciones del médico la de favorecer o al menos no causar daño al enfermo. El Informe Belmont no contenía una clara distinción de ambos principios, limitándose a establecer dos normas: no causar daño al enfermo y asegurar su bienestar extremando los posibles beneficios y minimizando los posibles riesgos. La medicina occidental ha venido sosteniendo casi de modo unánime que se trata de dos obligaciones distintas, aunque ciertamente muy relacionadas. Sin embargo, la obligación de no hacer daño al enfermo tiene un contenido más amplio e imperativo que la de favorecerle y promover su bien. El peligro del principio de beneficencia, radicaría en la posibilidad de “rehabilitar” un paternalismo médico que no tenga en cuenta los intereses y preferencias del paciente. Por ello, debe contarse siempre con el consentimiento del enfermo, pues una actuación beneficiante que no tenga en cuenta las opciones del paciente, sería finalmente maleficente para éste. A diferencia del de beneficencia, el principio de no maleficencia se ha considerado casi siempre como de carácter absoluto, que impone deberes perfectos y, por tanto, exigibles coactivamente a todos los médicos respecto de todos los pacientes. Sin embargo, dicho carácter absoluto ha sido revisado por algún sector de la doctrina, afirmando su proporcionalidad, es decir, la posibilidad de justificar excepciones.

El principio de justicia es el tercero de los mencionados en el Informe Belmont, y es definido como “imparcialidad en la distribución de los riesgos y beneficios, es decir, desde el punto de vista de la justicia distributiva”. Es un principio

incluido en la Declaración de Ginebra de 1948. Desde un punto de vista doctrinal, para su delimitación se ha utilizado la definición *ulpiana* de la justicia, poniendo de relieve que este principio significa que casos iguales exigen tratamientos iguales, sin discriminación en la asistencia médica por, entre otras, razones sociales, económicas, raciales y religiosas. Cabe anotar que este principio plantea grandes problemas en su aplicación práctica, entre otras cosas debido a la inexistencia de una idea de justicia compartida por todos, la dificultad de la distribución de los recursos sanitarios —cada vez más costosos y escasos—, o la necesidad de completar dicho principio formal con contenidos materiales de difícil consenso.

Respecto a los principios, debe decirse que un último problema lo constituye su jerarquización. Si bien se puede aceptar el criterio general de que la bioética norteamericana, a diferencia de la europea, otorga una mayor relevancia al principio de autonomía sobre los restantes; los concretos criterios doctrinales distan mucho de ser unánimes (cfr. p. 18). La solución propuesta a la imposibilidad de una jerarquización por todos aceptada es la deliberación —preferentemente de forma colectiva, apunta el autor— sobre las circunstancias existentes en cada caso concreto, de tal manera que se pueda tomar una decisión no exclusiva ni excluyente, sino prudente.

El tercer epígrafe (III. Contribución de las religiones a la reflexión bioética, p. 38) resulta no solamente interesante, sino fundamental para entender el desarrollo de esta ciencia; igual que sucede con el epígrafe cuarto (IV. La aportación de la bioética secular a las religiones, p. 49) en sentido inverso, esto es, desde la idea de que las religiones también pueden verse enriquecidas mediante el diálogo con la bioética secular. Así, la insistencia de la bioética secular en la necesidad de utilizar una argumentación racional, puede ayudar a las religiones a soslayar el riesgo de fundamentalismo (cfr. p. 49), del autoritarismo (cfr. p. 50) y de la intolerancia religiosa (cfr. p. 51)

Los siguientes capítulos, desde el segundo hasta el quinto y final de este estudio, repiten el mismo esquema estructural de análisis, en orden a las distintas religiones que, por su relevancia, se ha decidido incluir en el estudio; esto es, la Iglesia Católica, el Protestantismo, el Islam y el Judaísmo; con un sub-epígrafe previo dedicado a “conceptos básicos” que es muy de agradecer por el lector que no necesariamente está familiarizado con todas las aristas que la problemática expuesta presenta.

Así el segundo capítulo titulado “Fuentes Dogmáticas y Morales de las Religiones en Materia de Bioética”, hace una necesaria exposición de los principales aspectos de estas cuatro religiones. Respecto a la Iglesia Católica son tratados su estructura y organización, sus sujetos, sus fuentes jurídicas y dogmáticas y sus principios sobre bioética. En cuanto al Protestantismo se exponen sus bases doctrinales, su estructura, organización y gobierno, su incidencia en España, la ética médica protestante y las declaraciones protestantes sobre bioética. Del Islam son tratados sus fuentes y sus principios en materia de bioética. Finalmente, en cuanto al Judaísmo, se exponen sus fuentes y sus principios religiosos sobre ética médica y bioética. De esta manera quedan enunciados los distintos aportes que cada una de las religiones hace a la ciencia y al debate bioético actual.

A partir del capítulo tercero y hasta el capítulo quinto, se analizan diversos aspectos que son parte del contenido de la bioética. El tercer capítulo titulado “El comienzo de la Vida” (p. 89), trata cuatro escenarios relacionados con dicha problemática, con el mismo esquema estructural antes apuntado, esto es, exponiendo las posiciones de la Iglesia Católica, del Protestantismo, del Islam y del Judaísmo. Los cuatro aspectos específicos de los que consta este tercer capítulo son: I. Genoma y embrión (p. 89), II. Fecundación artificial (p. 118), III. Maternidad subrogada (p. 126 y no 128, como erróneamente se consigna en el índice) y IV. El caso específico del aborto (p. 129).

El capítulo cuarto, titulado “Derecho a la Protección de la Salud” trata de ciertas prestaciones sanitarias, algunas derivadas directamente de dicho derecho y que pueden resultar particularmente problemáticas. Especial relevancia tiene en este capítulo el epígrafe dedicado a exponer los conceptos básicos, tales como el consentimiento informado, sus excepciones, la representación en el mismo, el abandono del tratamiento por parte del paciente o la denegación del mismo por parte del facultativo, y el derecho a la intimidad. A continuación se exponen, con el orden antes referido, las posturas religiosas correspondientes a estos conceptos. El segundo epígrafe de este capítulo está dedicado a las prestaciones sanitarias e intervenciones relacionadas con la sexualidad: mutilación sexual, transexualidad y esterilización; así como a las posiciones que las distintas religiones mantienen al respecto. Seguidamente y en sendos epígrafes, del tercero al sexto, se tratan cuatro aspectos importantes y que han dado lugar a numerosos debates bioéticos, seguidos de las posiciones religiosas correspondientes: los trasplantes (p. 189), la experimentación realizada en seres humanos (p. 203), el sida (p. 228) y la farmacodependencia (p. 247).

El quinto y último capítulo de este estudio, trata algunos de los aspectos más problemáticos y debatidos de la bioética en la actualidad, y son los relacionados con el fin de la vida. Precisamente, bajo el título “El Final de la Vida”, se aglutinan tres epígrafes que, aunque breves, son lo suficientemente claros y explicativos de la situación que quieren reflejar. Los dos primeros tratan los temas más recurridos al respecto, esto es, la eutanasia y la distanciaci3n —o encarnizamiento terapéutico— y la posici3n de las religiones al respecto; y finalmente se introduce en un tercer epígrafe, un concepto que será estudiado a fondo en la segunda parte del volumen: las llamadas “instrucciones previas” o voluntades anticipadas.

Se trata sin duda de un estudio concienzudo, de gran calidad y rigor científicos; que permite, tanto al estudioso como a quien desee aproximarse a este tema por vez primera, hacerse una idea global del estado de la cuesti3n. El análisis y extracci3n de los principios y líneas doctrinales principales de cada una de las religiones incluidas en el trabajo, goza de una concisi3n y claridad muy de agradecer por el lector. Por otra parte, su estructura y esquema de desarrollo, hacen de su lectura una tarea sencilla y ordenada, en donde resulta fácil ubicar conceptos para volver sobre ellos. Sin duda, un trabajo de imprescindible lectura para quienes investiguen sobre el tema, además de ser un gran aporte para comprender las diversas posturas éticas y religiosas respecto a los grandes temas que la bioética nos presenta hoy; presentadas todas ellas desde un punto de vista netamente descriptivo.

La segunda parte del volumen corresponde al estudio denominado “Informe Sobre Instrucciones Previas”, del cual es autor el Profesor Titular de Historia y Teoría de la Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, Don Miguel Ángel Sánchez González. Dicho trabajo es el resultado de un encargo específico que se hizo a la Universidad Complutense de Madrid con miras a contar con herramientas para la elaboración del *Borrador (hoy ya Ley) por el que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el Registro correspondiente*.

El informe está estructurado en IX capítulos, con una secuencia lógica adecuada para la aproximación al tema, partiendo de lo más general y de una contextualización histórica, hasta llegar a los problemas y dificultades que plantean las instrucciones previas, la evaluación de su utilización e impacto y las debidas recomendaciones para la legislación autonómica; cumpliendo el fin para el que se elaboró y al que, sin duda, ha servido de manera importante.

La introducción del Informe parte de una realidad fáctica: el derecho de los pacientes capaces al consentimiento informado ha sido ya ampliamente reconocido a nivel legislativo en la mayoría de países desarrollados; sin embargo, no sucede lo mismo con el presunto derecho de los pacientes incapaces a que se respeten sus instrucciones previas. El ejercicio del consentimiento informado no es más que una expresión de la autonomía reconocida al individuo, mientras que las instrucciones previas son expresión de una autonomía ampliada, distinta en cierto sentido, y que se ha dado en llamar “autonomía prospectiva”.

Las instrucciones previas parecen ser la mejor forma de resolver difíciles problemas de la toma de decisiones en enfermos incapaces, y aplicadas de manera correcta pueden ayudar también a disminuir la ansiedad y las dudas tanto de los familiares como de los trabajadores sanitarios (cfr. p. 299). Sin embargo, éstas encierran también ciertos riesgos, pues su elaboración requiere de un adecuado y no siempre sencillo proceso de información y clarificación por parte del paciente, y pueden provocar resultados indeseables al aplicarse sin las necesarias garantías y restricciones. Puesto que el informe se elaboró como una herramienta de ayuda para elaborar la legislación autonómica respectiva, son del todo pertinentes las dos preguntas que el autor se hace como:

1. ¿Cuál es el fundamento ético de las instrucciones previas; y hasta qué punto deben ser consideradas como un necesario corolario de otros derechos fundamentales reconocidos por la Constitución y las Leyes Generales?
2. ¿En qué términos han de estar redactadas las normas legales, y cuál debe ser su contenido, con el fin de potenciar los efectos deseables de las instrucciones previas y minimizar sus resultados indeseables?

Con el objeto de responder a esas dos interrogantes, el informe revisa los aspectos más relevantes desde el punto de vista histórico, cultural, médico, ético y legal, para establecer, finalmente, conclusiones y recomendaciones (cfr. p. 300).

Luego de la introducción, el informe ahonda en el contexto y desarrollo histórico de las instrucciones previas (también llamadas Directivas Anticipadas o simplemente, DA), dividiendo la historia fundamentalmente en tres períodos: un

primer período prelegislativo, anterior a 1976; un segundo período legalizador que iría desde 1976, año en que se promulga en California la primera ley de muerte natural, hasta 1991, cuando entra en vigor la ley federal de autodeterminación del paciente (*Patient Self Determination Act PSDA*). El tercer período se puede considerar comenzado en la fecha antes señalada y se extiende hasta hoy.

Seguidamente, en el tercer capítulo, el trabajo aborda los presupuestos culturales que han hecho posible la existencia de las DA, pues queda patente, de la lectura de los dos capítulos anteriores, que las DA nacieron en un contexto histórico y un medio cultural favorable que alberga ciertos valores y condiciones sociales (cfr. p. 105), fundamentalmente: el individualismo atomista, el contractualismo en las relaciones humanas, el consumismo y el empresarialismo, el pluralismo, el procedimentalismo ético y el moralismo americano (más bien el moralismo de los Estados Unidos de América). Resulta interesante el apartado que se refiere a las peculiaridades europeas que podrían afectar las DA, pues es claro que en Europa no se dan los presupuestos antes enunciados de la misma manera que se dan en los Estados Unidos. La diferenciación del ámbito europeo se fundamenta en una lúcida explicación que, sin extenderse demasiado, se remonta hasta los orígenes del pensamiento europeo en la antigua Grecia. Así, se enfrentan el estoicismo con el utilitarismo consumista, el racionalismo con el empirismo, el estatismo frente a la iniciativa ciudadana y la justicia frente a la autonomía.

El capítulo cuarto aborda una realidad que también ha influido de manera decisiva en el nacimiento de las DA, y es el factor médico-tecnológico, o dicho en otras palabras, la realidad médico-asistencial que también ha suscitado la aparición de las DA. Dicho factor no es más que el progreso de la medicina, y que el autor del informe sintetiza en tres puntos (cfr. p. 319):

1. El desarrollo de potentes tratamientos capaces de restaurar o mantener funciones vitales, que sin embargo no siempre logran la curación del paciente.
2. El aumento de la esperanza de vida y, por tanto, de las enfermedades crónicas, degenerativas e incapacitantes; cuyo tratamiento puede prolongarse hasta límites a los que el paciente no siempre está dispuesto a llegar.
3. Cambios en la forma de morir, pues la muerte es actualmente un proceso mucho más largo y a menudo acompañado de múltiples intervenciones médicas, o es producto directo de la decisión médica de interrumpir tratamientos.

En el capítulo quinto se analizan los fundamentos éticos de las DA (p. 326), exponiendo de manera sencilla las diferencias existentes entre el modelo actual de toma de decisiones médicas y lo que sucedía hasta hace algunos años, haciendo especial hincapié en la necesidad del consentimiento informado (La justificación ética del consentimiento informado, p. 328), sus consecuencias beneficiosas —para el paciente, para la relación médico paciente, para el médico y para la medicina en general— (pp. 329 y ss.); y advirtiendo en un sub-epígrafe específico de la posibilidad del mal uso del mismo (p. 331). Finalmente se aborda el delicado tema de la toma de decisiones ante la incapacidad del paciente, mostrando la evolución histórica de los modelos de toma de decisiones en dichas circunstancias, así como los principios que fundamentan la posibilidad del dictado de instrucciones previas.

El capítulo sexto reviste especial interés, toda vez que trata las dificultades que pudieran suscitarse por el uso de las DA (p. 337), y que se presentan como un elenco en número de diez principales problemas que podrían resumirse en la incapacidad de las DA para resolver con claridad muchas de las situaciones que pueden producirse.

El corto capítulo séptimo evalúa la utilización de las DA y su impacto, llegando a la conclusión de que la auténtica función y la verdadera utilidad de las instrucciones previas no ha podido medirse a gran escala, ni demostrarse suficientemente (cfr. p. 341), pues en su mayoría, las decisiones médicas que se toman son las mismas que se hubieran tomado en ausencia de instrucciones previas; además de que su escasa utilización parece deberse más a factores culturales y educacionales, que a otros legales y administrativos.

En el capítulo octavo se exponen las tres grandes conclusiones del informe, a saber:

1. Pese a las dificultades, el desarrollo social y legal (encabezado por Estados Unidos) ha culminado en el reconocimiento del llamado principio de “autonomía prospectiva”, que otorga autoridad decisoria futura a pacientes que han expresado su voluntad previamente.
2. Se puede pensar que no es necesario ni conveniente que las distintas legislaciones estipulen sanciones por incumplimiento de instrucciones previas, atendiendo a las circunstancias y peculiaridades sanitarias de tiempo y lugar.
3. Las instrucciones previas son más útiles a cierto tipo de pacientes, particularmente a los que mantienen preferencias peculiares, a quienes las tienen claras y firmes y a quienes carecen de representantes; aunque todos los pacientes pueden servirse de ellas como estímulo para la reflexión y el diálogo, de tal manera que las DA pueden ser catalizadores del diálogo con los pacientes y familiares; pero ha de tenerse en cuenta que pueden también ser peligrosas si se hacen sin la suficiente información y comprensión.

Finalmente, el capítulo noveno desarrolla diez recomendaciones para la legislación autonómica, las cuales han servido de gran ayuda para la elaboración de la normativa autonómica hoy vigente; y que a continuación se enuncian de manera resumida:

1. Las instrucciones previas no deben tender a burocratizar la toma de decisiones médicas.
2. El efecto de la legislación debería ser fomentar la comunicación con el médico y la participación del enfermo en la toma de decisiones.
3. La ausencia de instrucciones previas no debe inducir al sobretreatmento, ni condicionar la toma de decisiones en ningún sentido.
4. Elaborar un formulario estándar como modelo recomendado.
5. Recomendar que las instrucciones previas se elaboren con la información, la asesoría y consejo de un profesional de la medicina.
6. Las instrucciones simplemente acordadas con el médico y anotadas en la historia clínica, pueden ser válidas.

7. Destacar la figura y otorgar autoridad al representante que va a poder decidir en sustitución del enfermo.
8. Las normas sobre instrucciones previas deberán tener un efecto primariamente exhortatorio.
9. Recomendar que los conflictos que surjan entre una instrucción previa y el parecer del médico o de los representantes, sean remitidos en primera instancia a los *comités asistenciales de ética*.
10. Todas las recomendaciones buscan que las instrucciones previas ofrezcan las siguientes ventajas:
 - Ser valoradas positivamente por todos los implicados.
 - Tener la máxima utilidad posible.
 - No tener consecuencias indeseables sobre los pacientes.

Si bien el Informe se realizó inicialmente con miras a ser una herramienta de guía para la elaboración de la legislación, lo cierto es que su publicación es una gran ayuda, no solamente para el jurista que decida aproximarse a la normativa sobre el particular; sino también para cualquiera de los sujetos implicados en el complejo proceso de la toma de decisiones en el ámbito sanitario, ya sea como médico, paciente, familiar o representante. De manera particular, el trabajo reseñado será de gran valor para el investigador, no solamente por la abundancia y precisión de los datos expuestos, sino también por su claridad y orden lógico-conceptual.

Jaime Talledo

Jan-Werner MÜLLER, *Constitutional Patriotism*, Princeton University Press, Princeton, Oxford, 2007, 177 pp.

Expresión popularizada por Jürgen Habermas a finales de los '80, de ella se ocupa en este bello ensayo, con profundidad y acierto, Jan-Werner Müller, profesor de Ciencia Política en la Universidad de Princeton.

El libro está dividido en tres partes: la primera contiene una breve historia del patriotismo constitucional; la segunda, un apunte de teoría sobre él, apoyada en la memoria histórica y en la militancia; y la tercera, unas reflexiones sobre la aplicación del patriotismo constitucional a la Unión Europea. En estas breves líneas, expondré algunos comentarios surgidos de la lectura de este interesante libro, a pesar de que no comparta las ideas fundamentales que en él se defienden.

Hijo de su tiempo, la posguerra en una Alemania dividida, el patriotismo constitucional podría alcanzar, según el autor, una validez general, a modo de cuarta vía, situada entre el nacionalismo cultural, propio del liberalismo decimonónico, el cosmopolitismo de un Martin Luther King jr., o de una Martha Nussbaum, por