BIOÉTICA PARA EL SIGLO XXI

Es indudable que la bioética se ha consolidado como disciplina, pero está aún lejos de contar con unanimidad al menos en tres aspectos: definición, fundamentación y articulación. Tampoco tiene por qué gozar de unanimidad. Lo que hay de hecho son bioéticas, en plural. Y, junto a ellas, o en medio de ellas, está creciendo la convicción de que hay un espacio común donde se comparte el respeto universal a la dignidad humana y a las obligaciones éticas derivadas del cumplimiento de los derechos humanos.

A ese espacio común y compartido se le puede llamar bioética básica o suficiente o mínima o cívica o global o universal… a diferencia de los planteamientos de fondo provenientes de cada cultura o cosmovisión y a diferencia, también, de la configuración que adquiere esa bioética básica ante los problemas morales que suscitan las tecnologías respecto a la vida humana, animal, vegetal y medioambiental.

Y, precisamente por esa especie de nudo gordiano que ata todas las esferas de la vida, la bioética está obteniendo diferentes grados de desarrollo o de niveles mutuamente imbricados: el primero es el de la bioética clínica y de las biotecnologías con sus áreas específicas; el segundo es el de la bioética de la economía de la salud y las organizaciones sanitarias; y el tercero es el de la ecoética o ecología, la justicia global y la biopolítica. Todo ello con independencia de la suma, fusión o desaparición de esos mismos planos o niveles dentro de los próximos cuarenta o cincuenta años.

En cualquier caso, merece la pena echar un vistazo al panorama de la bioética poniendo como horizonte el siglo XXI y teniendo en cuenta, como hemos dicho reiteradamente, que aquí nos referimos, habitualmente, al plano o nivel de la bioética médica o clínica.

1. DE LOS PRINCIPIOS A LOS VALORES Y LA DELIBERACIÓN

Así reza el título de uno de los epígrafes que Diego Gracia ha utilizado en su artículo ("La bioética en el horizonte del siglo XXI". Revista EIDON. 2015;43).

1. Primera generación: 1970-1990: la importancia de los principios

Es la generación de los fundadores, todos ellos norteamericanos. La bioética ha tenido allí un "nacimiento bilocado" en el sentido de que, más o menos por la misma fecha, el primer semestre de 1971, apareció en la Universidad de Wisconsin (Madison) y en la Universidad Georgetown (Washington). El padre del término en Wisconsin fue el oncólogo Van Rensselaer Potter, que publicó el primer libro con la palabra "bioética" en su título:

Bioethics: Bridge to the Future (enero de 1971). En cambio, le correspondió al obstetra André Hellegers, en la Universidad Georgetown, ser el fundador del primer centro dedicado a la bioética y el primero en nombrarse con esa palabra: The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics (julio de 1971), denominado habitualmente como Kennedy Institute of Ethics. Un poco antes, entre 1969 y 1970, Daniel Callahan y Willard Gaylin habían fundado el Institute of Society, Ethics, and the Health Sciences, más conocido como Hastings Center, que también goza de un enorme prestigio internacional.

A ello hay que añadir que en el citado Instituto Kennedy fue donde se pusieron a punto los famosos cuatro principios de la bioética médica o clínica: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, cuyo origen inmediato había sido el conocido "Informe Belmont". La cuádruple formulación de dichos principios procedía de James F. Childress y Tom L. Beauchamp, que sentaron las bases de la primera teoría bioética más conocida con el nombre de "principialismo". Pensaron que habían encontrado un método para resolver los problemas morales en una sociedad pluralista, y dieron por supuesto que sus resultados eran generalizables al conjunto de la humanidad. En realidad, no fue todo tan fácil ni tan claro, pero así ocurrieron los hechos.

Hubo muchos, entonces, que fueron a "hacer las Américas de la Bioética" para estudiar aquel sorprendente y singular fenómeno. Regresaron dispuestos a poner en práctica lo aprendido, pero siendo conscientes de que no era suficiente limitarse a traducirlo aquí. Era necesario recrearlo por completo partiendo de la cultura y los valores de cada sociedad, rebajando la importancia de los principios y realzando la de los valores.

2. Segunda generación: 1990. Los valores y la deliberación

Fuera de su contexto original, la bioética fue dejando de ser norteamericana y haciéndose cada vez más universal. Se difundió con tal rapidez que pronto aparecieron numerosos bioeticistas, publicaciones, congresos y centros académicos en Canadá, Europa, Latinoamérica, Australia, Japón, África y un largo etc. Véase el listado de la OMS: List of National Ethics Committees (2015). Pero, sobre todo, comenzaron a surgir nuevos enfoques en el análisis de los problemas éticos. Piénsese, por ejemplo, en lo que puede significar el término autonomía para un norteamericano y para un mediterráneo, o la diferente idea de justicia en las dos orillas del Atlántico.

Esto explica por qué a partir de los años 90 se fue abandonando el método de los cuatro principios, sin olvidarse de ellos, siendo sustituidos por otros en los que han jugado un papel fundamental los valores éticos. Aprender a degustar lo que es valioso por sí mismo, interiorizarlo personalmente y concretarlo en la conducta cotidiana, son las ocupaciones básicas de la ética. Si la ética consiste, ante todo, y entre otras cosas, en la objetivación de

valores positivos a través de la conducta, la bioética consistirá también, y entre otras cosas, en realizar valores positivos (salud, vida, confianza, libertad, intimidad, etc.). De ahí que el deber ético fundamental sea siempre el mismo: incrementar el valor, añadir valor a la realidad, basándose en un argumento axiológico universal: el ser humano es absolutamente valioso para el propio ser humano.

Es necesario recordar, también, la estrechísima implicación existente entre valores, deberes y derechos. Y así, por ejemplo, el valor de la intimidad personal está condensado en el deber o regla del secreto profesional y, a su vez, está protegido jurídicamente por el derecho a la confidencialidad y la intimidad de cada persona. Excelentes ejemplos de la compenetración entre bioética y derechos humanos han sido el Convenio de Asturias (1997) y la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005), donde adquiere particular relevancia y primacía la dignidad de cada persona por encima del interés exclusivo de la ciencia o la sociedad.

Asimismo, durante las dos últimas décadas se ha acentuado la necesidad de practicar la deliberación respecto a la toma de decisiones clínicas. La deliberación requiere aptitudes, pero sobre todo necesita actitudes, es decir, una serie de condiciones intelectuales y emocionales que deberían estar en la base de cualquier proceso deliberativo. Como ha dicho el propio D. Gracia, *«…la bioética, muy en particular, tiene y no puede no tener por método la deliberación. La bioética es deliberativa. O mejor aún, la bioética es, debe de ser, tiene que ser una escuela de deliberación»* sobre valores, deberes, virtudes y toma de decisiones, añadiríamos nosotros.

Y ahí estamos, como afirma D. Gracia: *«Esto es lo que ha ido construyendo la segunda generación de bioeticistas, por pura necesidad. Hoy la bioética ya no está donde se encontraba hace más de cuarenta años. La labor de quienes nos han precedido en el campo de la bioética es importantísima y ha sido fundamental (…). Todos vivimos sobre los hombros de las generaciones que nos precedieron. Y nuestra obligación es otear el horizonte desde la altura a la que ellos nos han colocado, para ver lo que ellos vieron y, si es posible, algo más. Es el mejor homenaje que podemos tributarles»*.

2. LA FRAGILIDAD DE LA BIOÉTICA ES ESPAÑA

"La bioética en España es, hoy por hoy, una disciplina muy frágil e inestable", asegura tajantemente Pablo Simón Lorda en su artículo La bioética en el siglo XXI en España: ¿Dónde estamos? (Bioètica & Debat 2015; 21 -75-; 3-9).

Las causas de esta situación son las siguientes:

1º) Aquí no ha existido suficiente masa crítica de personas generadoras de un cuerpo teórico sólido, o sea, porque ha habido muy pocos autores relevantes en bioética.

2º) Lo anterior explica la falta de interés de las Universidades españolas por un desarrollo serio de la bioética dado que, excepto casos muy aislados, se carece de departamentos, institutos, observatorios y cátedras específicamente dedicadas a la bioética.

3º) El grado de implicación de las organizaciones sanitarias respecto a la bioética ha sido también, en general, muy bajo, y hasta es difícil saber si podrá sobrevivir.

4º) Hay una clara falta de compromiso de las instituciones públicas españolas en el desarrollo de una bioética de calidad.

Bien es cierto que, además de algunos autores punteros (Diego Gracia y Françes Abel), hay otros muchos que desde el campo de la filosofía (V. Camps, A. Cortina, J. Conill, F, Torralba, G. Bueno…), el derecho sanitario (C. Mª. Romeo Casabona, J. Sánchez Caro, Mª. Casado…) o la teología (J. Gafo, M. Vidal, J.R. Flecha…), hacen importantes contribuciones a la bioética, pero se echa de menos la capacidad de hablar desde dentro de la propia atención sanitaria, lo que conlleva menos impacto en las organizaciones, en los centros y en las profesiones sanitarias. *«Hay pocos mimbres para el cesto»*, añade P. Simón.

Es asimismo cierto que se ha incorporado la asignatura de bioética en numerosas Facultades de Medicina, Enfermería y Filosofía, pero es impartida por profesores poco especializados. También se imparten numerosos Másteres de bioética en muchas Universidades. Sin embargo, no existe un compromiso efectivo con la innovación ni con la investigación, fuente del auténtico desarrollo de la bioética.

En lo referente a las organizaciones sanitarias, solo las sociedades o asociaciones de bioética de carácter estatal o autonómico (Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, Sociedad Catalana de Bioética, Sociedad Internacional de Bioética (SIBI) y la Asociación Española de Bioética y Ética Médica) y los numerosos Comités de Ética Asistencial, protagonizan el crecimiento de la bioética. El resto de las organizaciones sanitarias tienen en común haber incorporado a su funcionamiento el discurso bioético y difundirlo.

Sin embargo, o han visto en la bioética más a un enemigo que a un colaborador (colegios profesionales), o se han limitado a divulgarla y amplificarla en el campo científico (sociedades científicas), o la han incorporado a su funcionamiento aunque sólo fuera por seguir la moda (Ministerios, Consejerías y Servicios de Salud), o han tenido un impacto mínimo en las instituciones sanitarias y en la ciudadanía (Comités o Comisiones Autonómicas de Bioética), o han sido arma arrojadiza para defender intereses partidarios e ideológicos (Comité de Bioética de España), o están en vía muerta debido a la bajísima implicación de los equipos directivos de salud (Estrategia de Bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2020).

Y, por último, las apuestas más potentes y de largo recorrido para contribuir al desarrollo de una bioética de calidad han estado en manos del sector privado donde destacan la Fundación Víctor Grífols i Lucas y la Fundación de Ciencias de la Salud, el Instituto Borja de Bioética y la Cátedra de Bioética de la Universidad de Comillas, por ejemplo.

Visto lo visto, tan inestable y frágil, no puede cundir el pesimismo, añade P. Simón. Lo que pasa es que parece poco creíble su intento de hacer frente al pesimismo después de los palos que ha repartido a diestro y siniestro. No cabe duda de que es necesario apostar por lo que tiene más vida y ofrece mejores propuestas: los Comités de Ética Asistencial y las Sociedades Científicas. Pero las realidades que él mismo reconoce aportan conocimiento e innovación, aparte de otras que no cita. Véase al respecto "Bioética en España", "Bioética y Bioderecho", "Atención Primaria y Bioética" o "Bioética en España: las Universidades".

Conviene reconocer, por tanto, que "lo mejor es enemigo de lo bueno" y que hace 40 años no existía absolutamente nada de esto y que, al fin y al cabo, son solamente 40 años. Respecto a Latinoamérica, véase, por ejemplo, F. León Correa (Coord.). *Bioética y Sociedad en Latinoamérica* (2011)

3. LAS TENDENCIAS DEL FUTURO QUE VIENE

La bioética es "una realidad llena de vida y dinamismo" cuando se mira el contexto español, portugués y latinoamericano, asegura por su parte Jorge Ferrer, en un artículo titulado "Bioética: Quo vadis? Veinte tesis", Bioètica & Debat 2015; 21 (75): 10-13. Es una realidad que está apuntando tendencias y ofreciendo esbozos para el futuro, que se pueden concretar en las siguientes veinte tesis, cuya sola lectura es suficiente para hacerse cargo del contenido.

1. Mayor conciencia de complejidad y de los límites de las propias perspectivas.
2. Más especializada, más profesional, con mayor rigor y más humilde.
3. Mayor dificultad de integrar y cultivar la interdisciplinariedad.
4. Más allá del principialismo.
5. Vuelta a la ética filosófica.
6. Más antropológica e integradora.
7. Más virtual y menos territorial.
8. Más internacional y menos anglosajona.
9. Más de equipos que de figuras individuales.
10. Más social e inclusiva.

11. Mayor presencia femenina.

12. Más preocupada por la equidad global, por la justicia y la distribución del poder.

13. Más preocupada por el envejecimiento, las dolencias crónicas y los cuidados de larga duración.

14. Mayor peso de las instituciones.

15. Más pluralidad y fragmentación y mayor dificultad para articular discursos y espacios comunes.

16. Mayor privatización de los debates bioéticos y dificultad de influencia en los debates políticos.

17. Más preocupada por la salud pública y las políticas públicas.

18. Más ecológica.

19. Más abierta al sentido y a lo trascendente.

20. Mayor preocupación por llegar a la gente y divulgar la bioética.

4. ¿UNA BIOÉTICA PARA LA MEDICINA DEL SIGLO XXI?

En los años 80 se hizo famoso un artículo de S. Toulmin, titulado "Cómo la medicina salvó a la ética", entendiendo que la eclosión de la bioética fue una gran bocanada de aire fresco para revivir a la misma ética. Haciendo una transmutación de palabras, Montse Esquerda y Helena Roig se preguntan "si la bioética será capaz de salvar a la medicina" del siglo XXI, una medicina cada vez más sofisticada, compleja, eficaz y especializada, pero con inclinación a olvidar su vocación a curar y a cuidar, a aliviar el sufrimiento, ayudar y consolar a las personas. Para su artículo: Bioètica & Debat 2015; 21 (75): 14-17.

La respuesta no la buscan las autoras describiendo el cómo y el qué de la bioética, es decir, no exponen una bioética sistemática, sino los objetivos básicos de la formación bioética de los profesionales sanitarios, partiendo de la propuesta de B. Fulford, un bioeticista, psiquiatra y filósofo inglés, al que añadiré mis comentarios personales.

1. Sensibilizar o cambiar el modo de mirar lo que se hace

Implica cambiar la mirada o, mejor dicho, cambiar el ángulo de visión o la perspectiva desde la que se mira lo que se hace y cómo se hace. La bioética ofrece un marco basado en la reflexión, la deliberación y el diálogo. Ofrece, en definitiva, una nueva perspectiva para mirar con otros ojos, los ojos de la ética, lo mismo que ya se está haciendo a diario en la clínica. Ese nuevo ángulo de visión es, en el fondo, una experiencia, que suele producir

una verdadera catarsis, o sea, un efecto purificador, liberador y transformador cuando, al examinar con esa nueva mirada la actividad cotidiana, se toma conciencia de la fuerza que tiene potenciar el sentido ético que ya tiene en sí misma la medicina. He comprobado, en bastantes ocasiones, cómo ese ejercicio mental y dialógico tiene efectos catárticos en los profesionales sanitarios. Esta sensibilización de la mirada proviene de entornos como los que proporciona la bioética.

2. Cambiar de actitudes

En el ámbito de la ética, la actitud es una disposición o estado de ánimo que se adquiere a base de repetir muchas veces los mismos actos. Dicho con otras palabras, la actitud es un hábito adquirido como respuesta positiva o negativa ante los valores éticos. El hábito positivo es "virtuoso" y el negativo "vicioso", decía ya Aristóteles. Además de los valores base, como la salud y la vida, hay en medicina todo un elenco de valores, cruciales en la relación médico-paciente, que exigen un constante cambio de actitudes en el sentido de mejora continua de las mismas. Ese cambio exige estar preparados para revisar los modelos de relación y comunicación, como cauce idóneo para gestionar los valores de los pacientes e implementar los propios valores profesionales. Habilidades importantes para ello son la escucha, la comprensión, la acogida, la reciprocidad y el diálogo, basadas en la palabra oral y gestual que tanto ha valorado la práctica médica desde sus orígenes. Así todo, la actitud más básica que es necesario cambiar consiste en transformar el interés por la tecnología médica en un servicio por el bien de las personas enfermas.

3. Incrementar conocimientos

Esto implica, primero, evitar entender la bioética como una aplicación automática de cuatro principios, o sea, esforzarse en no reducir la bioética al "principialismo". Al contrario, insertar la bioética en los procesos de atención sanitaria incrementa el conocimiento de los mismos profesionales, porque exige compartir una transmisión jerarquizada de valores, así como una determinada concepción del ser humano y de la sociedad, de la salud, de la vida, del dolor, del sufrimiento y de la muerte.

Y, dado que esto no es siempre posible, dada la pluralidad de concepciones éticas, es imprescindible incrementar el conocimiento de los mínimos éticos comunes sobre la base de los derechos humanos. En esa línea de actuación, la bioética debería ser el espacio común donde los intereses y el bienestar de las personas siempre tienen prioridad respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad. En ese sentido, poner las tecnologías médicas al servicio de las personas genera, por sí solo, conocimientos humanistas y humanizadores.

4. Mejorar las estrategias de pensamiento

Se trata, en este caso, de que la bioética no sea algo exterior o superficial, sino que forme parte nuclear de todos los procesos sanitarios. Así es como la bioética se convertirá en una forma de hacer, una manera de entender y practicar la atención sanitaria. Pero todo esto lleva a traer aquí, de nuevo, el lúcido y crítico pensamiento de K. Popper, cuando decía: *«Si yo puedo aprender de ti y quiero aprender en beneficio de la búsqueda de la verdad, entonces no sólo te he3*

de tolerar, sino también te he de reconocer como mi igual en potencia; la potencial unidad e igualdad de derechos de todas las personas son un requisito de nuestra disposición a discutir racionalmente... El viejo imperativo para los intelectuales es ¡Sé una autoridad! ¡Eres el que sabe más en tu campo! Cuando seas reconocido como una autoridad, tu autoridad será aceptada por tus colegas y tú aceptarás la de ellos. La vieja ética prohibía cometer errores. No hace falta demostrar que esta antigua ética es intolerante. Y también intelectualmente desleal pues lleva al encubrimiento del error a favor de la autoridad, especialmente en Medicina». Ni qué decir tiene, añado yo ahora, que el aumento del conocimiento es proporcional a las estrategias de pensamiento. La bioética puede ser una de ellas porque nos hace más sabios y, sobre todo, más humanos.