BIOÉTICA LATINA (?)

No se trata aquí de contraponer la "bioética angloamericana" y la "bioética mediterránea" o "latina", porque esto no es correcto. Lo que aquí nos preguntamos es si existe una "bioética latina" o "mediterránea" no desde el punto de vista exclusivo, como si no hubiese otra, sino desde el punto de vista específico, es decir, si existen rasgos comunes a la cultura bioética latina aun a sabiendas de que muchos de ellos pueden corresponder también al modo de hacer bioética en otros países. Y si existieran, al menos como posibilidad constatable, sería de gran interés exponerlos y difundirlos por el propio bien y desarrollo de la misma bioética.

Nada de esto, ni de lo que se diga después, tiene que ver con un significado etnocéntrico de la bioética, como si sólo por estas latitudes existiera sentido ético y tradición ética, máxime teniendo en cuenta que aquí no se recoge lo que hay sobre bioética en los países árabes mediterráneos. Tal etnocentrismo, además de ser ofensivo para otras culturas, carece de rigor argumentativo y es radicalmente inmoral.

Antecedente de estas páginas es nuestra entrada sobre Bioética europea (?), con todas las salvedades allí expuestas.

En 1993, Diego Gracia ya hablaba de las bases intelectuales de la bioética en los países del sur de Europa ("The Intellectual Basis of Bioethics in Southern European Countries". *Bioethics* 2/3; 1993: 97-107) y, poco después, hacía un esbozo de las mismas ideas en la edición revisada de la *Encyclopedia of Bioethics*, New York: Simon & Schuster MacMillan, 1995, pp. 1556-1563. Posteriormente, en 1996, ha sido Salvatore Privitera el editor de un estudio monográfico sobre bioética mediterránea y del norte de Europa *(Bioetica mediterránea e nordeuropea*. Armando: Roma; 1996). En 1998, José Mazuelos defendió en la Academia Alphonsiana de Roma una tesis doctoral titulada *Posibilidad y significado de una bioética mediterránea*. En 2005, Adela Cortina publicó "Tareas de una bioética latina". Pocos años después, en 2007, varios autores coordinados por L. Pessini, C.P. Barchifontaine y F. Lolas, publicaron *Perspectivas de Bioética en Iberoamérica*. En fechas más recientes, Pierre Mallia, Salvino Leone y Mislav Kukoc, entre otros autores, han escrito acerca de la posibilidad de una bioética mediterránea (*Medicina, Salud y Fiosofía*. 2012; 15 (4). José Alberto Álvarez, por su parte, publica en ese mismo año un artículo donde hace la siguiente pregunta: "¿Bioética latinoamericana o bioética en Latinoamérica?" (*rev.latinoam.bioet*. 2012; 12 (1): 10-27) Y, todavía en 2016, bajo la coordinación de Benjamín Herreros y Fernando Bandrés, se ha publicado "Bioética en españa y latinoamérica. ¿Hay una bioética latinoamericana?"

1. Tradición hipocrática y medicina centrada en el paciente

La teoría bioética del principialismo, originada en el ámbito norteamericano, sigue teniendo una enorme influencia en la bioética, sobre todo en el campo médico o clínico. Sin embargo, puede convertirse en un mecanismo aislado y excluyente dentro de la cultura médica y ajeno o contrario a la cultura de otras latitudes.

Por otra parte, en la aparición de la bioética norteamericana influyen, entre otras cosas, los movimientos reivindicadores de los derechos civiles, como ha sido el caso de los derechos de los pacientes (1973), razón ésta por la que el principio de autonomía ha tenido tanto protagonismo. Además, la bioética tiene mucho que ver allí con la judicialización de la sanidad, impulsando a los profesionales sanitarios a la medicina defensiva.

En el ámbito latino el impacto de la tradición hipocrática parece más evidente, poniendo el acento en la dimensión ética de la profesión y en la relación médico-paciente. Esto se ha ido condensando en el modo de entender la medicina como práctica sanitaria centrada en el paciente y en la calidad percibida. Un ejemplo de ello es el caso de España, donde los pioneros de la bioética, como Francesc Abel, Javier Gafo y Diego Gracia, por ejemplo, siempre se mantuvieron estrechamente vinculados al campo de las humanidades médicas. Todos ellos han puesto el énfasis en la tradición ética hipocrática y en la relación clínico-asistencial, antes que en la mera aplicación deductiva de unos principios éticos.

2. Primacía de la persona y de los derechos humanos

La juridificación de la medicina y el auge del bioderecho han sido una constante del ámbito norteamericano. Ese planteamiento está adquiriendo también mucha relevancia entre nosotros, pero es cierto que, en nuestro caso, se otorga cierta prioridad a lo ético y se considera a la ética como una de las bases del derecho y, sobre todo, como parte intrínseca de la misma práctica médica. Por eso resulta indispensable comenzar desde la relación de confianza entre el profesional sanitario y el paciente, una relación única que va más allá de la autonomía y tiene en cuenta el *êthos* de la persona como realidad psicosomática que ostenta la primacía sobre los intereses de la ciencia o la sociedad. La relación clínico-asistencial es el origen vivo y directo de la ética médica. No hace falta ir más lejos.

3. La importancia de las bases filosóficas de la bioética

La bioética angloamericana, cuando se preocupa de su fundamentación filosófica, suele hacerlo sobre las bases del utilitarismo y el pragmatismo. En los países latinoamericanos hay otra preocupación diferente, puesto que se acude a otras tradiciones filosóficas que acentuaron las bases antropológicas de la persona; la estructura ética de la profesión médica; la dignidad de la persona y su dimensión relacional como marco de la autonomía, la justicia y la

solidaridad, por ejemplo. Por eso la bioética es realización de valores, cumplimiento de deberes, adquisición de virtudes y toma de decisiones prudentes, entendido todo ello como base filosófica que recrea constantemente la cultura médica.

4. La importancia de la alianza

En el ámbito europeo y latino, la defensa de los derechos humanos tiene su fundamento en el reconocimiento recíproco de quienes se saben y sienten personas con igual dignidad. Ahí están las raíces de la alianza interpersonal, lejos del contrato político, laboral o empresarial. Y, para ello, es preciso asumir una ética donde tomamos conciencia de que los individuos no existen aislados y atomizados, sino constitutivamente interrelacionados e interdependientes. El hecho de reconocerse como personas impulsa a religar-se, a obligar-se y a comprometerse no porque alguien lo imponga desde fuera, sino porque surge de la abundancia del corazón. El reconocimiento recíproco hace posible tratarnos con dignidad y respeto, superar el individualismo y sentirse parte de una comunidad interactiva.

No obstante, y sin menoscabo alguno de lo expuesto por A. Cortina, la alianza "terapéutica" comienza en la misma relación clínico-asistencial, puesto que es en ese ámbito único de relaciones humanas donde surge la ética y se ponen en juego valores éticos específicos, que son los elementos esenciales de la alianza entre profesional y paciente. Una alianza expresada y vivida como pacto de actuaciones en orden a un mismo fin: el cuidado de la vida y la salud. Una alianza de carácter interpersonal y dialógico, basada en la responsabilidad, en la gestión de valores éticos y, por ello, específicamente bio-ética.

5. La relevancia de la familia

En la tradición latina y latinoamericana la familia es un elemento indispensable para entender la sociedad, también ahora que pasa por momentos difíciles. La familia o "los familiares" juegan un papel importante en el entorno del paciente y en sus relaciones con los profesionales sanitarios. Ejercen su grado de responsabilidad, aunque suelen adoptar actitudes paternalistas que los propios profesionales están descartando. De hecho, el papel esencial en la atención a niños, ancianos, enfermos, lo ejerció la familia y, muy especialmente, lo ejercieron las mujeres, hasta el punto de que su alta cuota de participación es uno de los rasgos distintivos del "mundo latino del bienestar". Hay incluso, desde hace tiempo, una especialidad médica muy apreciada, la "Medicina de Familia", que pone de relieve el carácter integral de la persona y de su contexto, frente a la creciente especialización que fragmenta al ser humano enfermo y tiende a olvidar su entorno familiar y su ámbito social.

6. Valores y principios éticos & criterios economicistas

A partir del Convenio de Asturias (1997), la Unión Europea forman viene publicando una numerosa lista de disposiciones políticas basadas en valores y principios éticos:

- Valores éticos como la dignidad, la libertad, la igualdad, la solidaridad, la ciudadanía y la justicia, según la Carta derechos fundamentales UE.
- Principios éticos, como en el ALLEA-European-Code-of-Conduct-for-Research-Integrity-2017-1 (2017), o, también, lo relacionado con la protección del medio ambiente tal como asegura el artículo 174.2 del Tratado de la Comunidad Europea.

7. Cobertura selectiva de la salud & cobertura universal de la sanidad

La reforma impulsada por el presidente Barack Obama, y cuestionada ahora abiertamente por Donald Trump, ampliaba la cobertura al 95% de los estadounidenses al brindar asistencia sanitaria a 32 millones más y lograr controlar los desmedidos costos. Así todo, los Estados Unidos es el único de los grandes países industrializados que no ofrece un sistema de salud universal. La cobertura de la salud norteamericana es marcadamente selectiva por criterios económicos. Estados Unidos gasta mucho más que otros países en asistencia médica, pero deja que millones de personas corran el riesgo de perder sus casas y hasta la propia vida ante la falta de un seguro de salud.

Los países europeos y latinos se caracterizan por haber institucionalizado una sanidad de acceso y cobertura universal, costeada mediante los impuestos correspondientes y dirigida por organismos públicos. Por muchas carencias que tenga este modelo, la mentalidad subyacente de sus usuarios y de sus profesionales es bastante diferente, en general, de la mentalidad correlativa norteamericana. La fuerza de la relación asistencial y de la alianza terapéutica, la justicia en el acceso y el uso de los recursos sanitarios, y la primacía de la persona sobre el interés científico y social, muestran una figura ética diferente de la que surge del criterio economicista de la salud, la excesiva juridificación de la sanidad, la prioridad absorbente de la autonomía y la práctica de la medicina defensiva.

8. Bioética cívica

En España, y de forma creciente en América Latina, se produce una convivencia, a veces muy tensa, entre una bioética cívica y una bioética confesional católica, sobre todo en temas referentes al comienzo y final de la vida. La bioética cívica entiende que en las sociedades pluralistas resulta imprescindible delinear los trazos de una ética cívica de “mínimos” que contiene valores y principios compartidos por las distintas "éticas de máximos" de esa sociedad. Esos valores y principios, descubiertos en la cultura social constituyen una base idónea para cons-

truir una vida conjunta desde el punto de vista ético y político, como el respeto por lo que no se comparte, por ejemplo, siempre que no atente contra los mínimos compartidos. La bioética cívica debería basarse, pues, en la "ética de mínimos" y nutrirse de las distintas "éticas de máximos", precisamente porque las sociedades son moralmente pluralistas.

Sin embargo, es importante señalar que en el contexto de la bioética católica se pueden distinguir dos posiciones: la de quienes están dispuestos a intervenir en el diálogo bioético pluralista aportando una propuesta que creen la más adecuada, pero sin descartar la plausibilidad de las restantes, y por eso mismo están dispuestos a escuchar los argumentos de los interlocutores y a aportar los propios; y la posición de quienes no están dispuestos a entrar en el diálogo, porque parten de la convicción de que las restantes propuestas están equivocadas, que no pueden aportar ningún elemento de interés, e intentan hacer valer su posición por la fuerza política, mientras la tienen. Ejemplo extraordinario de la primera posición es Javier Gafo, a quien tanto debe la bioética latina, y no sólo ella. Curiosamente, desde el punto de vista académico, los representantes de la segunda posición no suelen ser filósofos morales, sino gentes del mundo del derecho o de las ciencias naturales.

9. ¿Qué es lo que merece la pena conservar o reforzar?

1º) El principialismo continúa vigente pero también sigue en discusión a nivel mundial, incluido Estados Unidos. Lo que sucede es que carece de sentido si no se inscribe en la actividad desde la que se toman las decisiones. Los cuatro principios "estándar" sirven para medir la moralidad de cualquier interacción entre los seres humanos, y son útiles en el ámbito clínico, pero no son principios médicos o sanitarios en sentido estricto. Por eso es necesario reforzar la tradición hipocrática y la ética de los profesionales sanitarios interpretando los principios "estándar" desde el Código Internacional de Ética Médica (1949), los Principios Tavistock (1997), la citada Convenio de Asturias (1997) o los Fines de la Medicina elaborados por el Hastings Center, por citar algunos ejemplos.

2º) En los países latinos la forma de vida identificada con el Estado del Bienestar se encuentra en horas bajas y la sanidad se privatiza cada vez más. Los sistemas sanitarios públicos detectan graves problemas de eficiencia, trasladan la atención sanitaria a la competencia del mercado o bien a sistemas mixtos, confiando en los análisis de la economía de la salud. La idea de solidaridad va cediendo en favor de la eficiencia económica. La solución no consiste en desmantelar el Estado de Bienestar, sino en reconstruirlo sobre la justicia para garantizar una asistencia sanitaria de calidad asegurada por el Estado. Por otra parte, el paciente se ha convertido en usuario y ha terminado siendo cliente, siguiendo una tendencia economicista que conduce a desalojarlo del centro del sistema sanitario. Sin embargo, situar a la persona enferma en el centro de la asistencia sanitaria es un desafío permanente. Eficiencia, justicia, solidaridad y centralidad del enfermo son tres cualidades éticas del sistema sanitario.

3º) En los países latinos europeos, y en Latinoamérica, el respeto a la autonomía va introduciéndose a través del consentimiento informado. El paternalismo va relegándose poco a poco y el reconocimiento de la libre voluntad de la persona enferma es una conquista social evidente. Sin embargo, los profesionales sanitarios tienden a respetar la autonomía más por temor a las denuncias y a las demandas judiciales. El consentimiento informado es una cuestión preferentemente legal, ignorando o minusvalorando su dimensión moral, por ejemplo. Se extiende la medicina defensiva. Esta situación podría revertirse haciendo que la Bioética forme parte de los procesos clínicos. La tradición dialógica latina y europea, que acentúa la relación clínico-asistencial como una relación de diálogo, alianza y responsabilidad, pone el énfasis en el êthos de la cultura sanitaria, en la búsqueda de la excelencia desde el bien interno de la medicina y las virtudes éticas de los profesionales.

4º) Y esto puede hacerse si ponemos el acento en la alianza, y no sólo en el contrato. La alianza surge del reconocimiento recíproco entre personas que se saben carne y hueso, como decía Unamuno y, por lo tanto, se saben ligadas y obligadas a establecer un pacto terapéutico de carácter muy diferente a los contratos de la comunidad política o empresarial. El contrato organiza la convivencia política, formulando derechos y deberes que no deben olvidarse. Pero carece de fuerza si no se fundamenta en el reconocimiento recíproco de quienes se sienten ligados y obligados por una alianza personal responsable y solidaria.

5º) El protagonismo de la "familia tradicional", característica de la cultura latina, está en crisis. La incorporación de la mujer al mercado laboral, la transformación de la estructura familiar y la extinción de la "mujer cuidadora" ha transformado el modelo familiar heredado. Esta transformación nos ha ido llevando de la familia extensa a la familia nuclear, a la reducción de la natalidad y a diversas formas de parejas o de matrimonio. Y, sin embargo, “los familiares” de los enfermos continúan teniendo mucha relevancia en la asistencia sanitaria. La jurisprudencia se ha encargado de formular sus grados y condiciones de representatividad respecto a los enfermos, pero, en el fondo, se está reconociendo su responsabilidad moral.

6º) Estamos viviendo *«tiempos líquidos»*, como decía Z. Baum, es decir, tiempos de zozobra e inestabilidad donde los vínculos y los compromisos se mueven constantemente. Frente a esta situación generalizada hay tomas de posición muy significativas en favor de una actitud virtuosa para desempeñar un rol profesional que parte de una vocación, nos mueve a buscar la excelencia y está motivada por la responsabilidad hacia los pacientes y la sociedad: “Un conjunto de deberes y compromisos de carácter ético que nada tiene que ver con los cumplimientos burocráticos ni con la especialización del experto, que se conforma con ser buen técnico y queda recluido en un universo cada vez más estrecho, renunciando así a la excelencia como virtud”. Véase “Pediatras sólidos en tiempos líquidos. Reanimando la profesionalidad”. Anales de Pediatría. 2017; 86 (6).

Hay más cosas que merecería la pena conservar, reforzar o reformular, como los principios de responsabilidad y precaución; la salud de los consumidores y la protección del medio ambiente; la distribución justa de los beneficios de las tecnologías que tenga en cuenta las necesidades de los países en desarrollo; el papel de las comisiones nacionales de bioética o de los comités de ética asistencial, etc.

Se podría hablar incluso sobre la posibilidad de "La bioética latinoamericana o la bioética en Latinoamérica" (Revista Latinoamericana de Bioética. 2012; 12 (22): 10-27) o "La bioética en perspectiva latinoamericana", (Ibid., 44-51), por ejemplo, señalando algunos rasgos distintivos como la bioética de intervención (Volnei Garrafa y Dora Porto), la bioética de protección (Miguel Kottow), la bioética narrativa (José Alberto Mainetti), la bioética y la complejidad (Pedro Luis Sotolongo), la bioética de los derechos humanos (Juan Carlos Tealdi) o la bioética contestada y rechazada por los nativos (Manuel Jesús Baroni). La bioética debe sonar a lenguaje extraterrestre para numerosos grupos sociales "latinos" que malviven en penosas situaciones laborales, psicológicas y económicas. Su asignatura pendiente sigue siendo la justicia. Pero alguna vez hay que poner punto final a este largo texto.

ALGUNAS CONCLUSIONES

1. No es correcto ni exacto hablar de una "bioética latina" en sentido exclusivo, como producto racionalmente elaborado sólo en esta parte del mundo. Y tampoco es exacto ni correcto hablar de "bioética latina" en sentido excluyente, creyendo que sólo aquí se tiene sentido ético y tradición ética. Todo ello sería un craso error.

2. Lo que sí puede encontrarse es un conjunto de acentos, aspectos o dimensiones, que han tenido por estas latitudes un mayor desarrollo y, seguramente, fuentes de comprensión filosófica diferentes. En cualquier caso, si esto es así, siempre hay que ponerlo al servicio de la bioética de cualquier lugar.

3. La relación médico-paciente, la centralidad del enfermo, la primacía de la persona, la responsabilidad ética profesional, la gestión cotidiana de los valores éticos, la centralidad de la persona enferma en los sistemas sanitarios, la justicia y la igualdad en el acceso a los recursos sanitarios, sin olvidar la eficiencia y la solidaridad, pueden ser elementos que forman el "aire" latino de la bioética clínica.

4. Pero, sea de origen angloamericano o europeo o latino o latinoamericano, la bioética ayuda a mirar de otro modo lo que se hace a diario en los centros sanitarios. Ayuda a cada profesional sanitario a examinar con sentido crítico, con los ojos de la ética, las decisiones y las consecuencias de sus actos.