



Coordinadores:  
Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas  
Fernando Bandrés Moya.

# LA BIOÉTICA EN ESPAÑA Y LATINOAMÉRICA

## ¿HAY UNA BIOÉTICA IBEROAMERICANA?

---



Aula Internacional de Biomedicina, Ética y Derechos Humanos. Fundación Europea para el Estudio y Reflexión Ética (FUNDERÉTICA).  
Depósito Legal: M-38553-2016  
ISBN: 978-84-617-6011-4  
Imágenes interiores aportadas por autores.  
noviembre 2016

Impresión, diseño y maquetación:  
[www.mediacioneimagen.com](http://www.mediacioneimagen.com)

## Autores

- Javier Arias Díaz. Catedrático de Cirugía, Universidad Complutense de Madrid.
- Miguel Ángel Sánchez. Profesor de bioética, Universidad Complutense de Madrid.
- Tayra Velasco. Profesor de bioética, Universidad Complutense de Madrid.
- Beatriz Moreno. Psicóloga de Cuidados Paliativos, Hospital La Fuenfría.
- María Jesús Pascual. Unidad de Comunicación, Madrid Salud.
- Diego Real de Asúa. Division of Medical Ethics, Department of Medicine, Weill Cornell Medicine.
- José Miguel Hernández. Profesor de bioética, Centro Universitario San Rafael-Nebrija.
- Octavio Márquez Mendoza. Profesor de bioética, Universidad Autónoma del Estado de México.
- Miguel-Héctor Fernández-Carrión. Centro de Investigación en Ciencias Médicas, Universidad Autónoma del Estado de México.
- Marcela Veyta López. Centro de Investigación en Ciencias Médicas, Universidad Autónoma del Estado de México.
- Sergio Ruíz Peña. Centro de Investigación en Ciencias Médicas, Universidad Autónoma del Estado de México.
- Rosalinda Guadarrama Guadarrama. Centro de Investigación en Ciencias Médicas, Universidad Autónoma del Estado de México.
- Ramón Ortega. Profesor de Comunicación humana y Antropología de la Salud, Centro Universitario San Rafael-Nebrija.
- Cristina Coca. Profesor de Psicología de la salud, Universidad Autónoma de Madrid.

- Ricardo Andrés Roa-Castellanos, Departamento de Legislación Sanitaria, Universidad Complutense de Madrid.
- Jorge Alberto Álvarez. Profesor de bioética, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco
- Benjamín Herreros. Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés - Universidad Europea.
- Gregorio Palacios. Profesor de bioética, Universidad Europea de Madrid.
- Fernando Bandrés. Catedrático acreditado, Departamento Legislación Sanitaria, Universidad Complutense de Madrid.
- James Drane. James F. Drane Bioethics Institute, Edinboro University of Pennsylvania.

## Índice

<b>Prólogo</b>	9
<b>¿Hay una bioética Iberoamericana?. <i>Javier Arias Díaz.</i></b>	11
<b>La bioética en España. <i>Miguel Ángel Sánchez González.</i></b>	15
Los tres núcleos iniciales de la bioética española	15
Pioneros de los años setenta y ochenta.	16
Autores incorporados en los años noventa.	18
La enseñanza de la bioética.	19
Temas y debates de la bioética española.	20
• <i>Predominio del Racionalismo sobre el Empirismo</i>	20
• <i>Importancia de la virtud frente a los derechos.</i>	21
• <i>Estoicismo frente a utilitarismo.</i>	22
• <i>Estatismo político frente a iniciativa ciudadana.</i>	24
• <i>Mayor sensibilidad frente a la justicia que frente a la autonomía.</i>	25
• <i>Debates suscitados por la persistencia de posiciones tradicionales</i>	26
Retos futuros para la bioética española.	26
Aportaciones y cuestiones del capítulo.	27
Bibliografía.	28
<b>Bioeticistas españoles. <i>Tayra Velasco, Beatriz Moreno, María Jesús Pascual, Diego Real de Asúa, José Miguel Hernández.</i></b>	29
Introducción.	29
Primera generación.	31
• <i>Francesc Abel.</i>	31
• <i>Francisco Javier Gafo Fernández</i>	32
• <i>Diego Gracia Guillén.</i>	33
• <i>Marcelo Palacios Alonso.</i>	35
Segunda generación	36
• <i>Miguel Ángel Sánchez González.</i>	36
• <i>María Casado González.</i>	38
• <i>Pablo Simón.</i>	39
• <i>Juan Carlos Álvarez.</i>	40
• <i>Corriente filosófica.</i>	42
• <i>Javier Sádaba.</i>	42
Bibliografía.	44

<b>La bioética latinoamericana.</b> <i>Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor Fernández-Carrión, Marcela Veyta López, Sergio Ruíz Peña, Rosalinda Guadarrama Guadarrama.</i>	47
• Introducción	47
• Bioética en Latinoamérica.	47
· Breve debate sobre el concepto de bioética latinoamericana.	48
· Bioética social latinoamericana.	52
• Bibliografía.	67
<b>Bioeticistas Latinoamericanos.</b> <i>Ramón Ortega-Lozano, Jorge A. Álvarez-Díaz, M. Cristina Coca-Pereira, Ricardo Roa-Castellanos.</i>	73
• Introducción	73
• Pioneros latinoamericanos.	75
· José Alberto Mainetti Campoamor.	76
· Alfonso de Jesús Llano Escobar.	77
• Bioeticistas sobresalientes.	78
· Fernando Lolas Stepke.	78
· Jaime Escobar Triana.	79
· Ricardo Maliandi.	81
· José Roque Junges.	81
· Fernando Sánchez Torres.	82
· Marcio Fabri dos Anjos.	83
· Gilberto Cely Galindo.	84
· Omar França-Tarragó.	85
· Volnei Garrafa.	85
• Epílogo: el papel de la UNESCO.	86
• Bibliografía.	88
<b>La contribución de James Drane a la bioética iberoamericana.</b> <i>Benjamín Herreros, Gregorio Palacios, Fernando Bandrés.</i>	91
• Introducción.	91
• James Drane en España y Latinoamérica. Una relación de ida y vuelta.	91
• La “escala móvil” para la valoración de la competencia.	94
• La ética de la virtud.	96
• Bibliografía.	99
<b>La disciplina de bioética en las Américas: Norte y Sur, una historia personal.</b> <i>James Drane.</i>	101

## Prólogo

Benjamín Herreros y Fernando Bandrés.

El libro *La bioética en España y Latinoamérica*, con el subtítulo “¿Hay una bioética iberoamericana?”, tiene como objetivo indagar en las posibles especificidades de lo que podría llamarse la “bioética iberoamericana”, si es que tal bioética existe. Antes de pasar a explicar el sentido y la estructura del libro, hay que señalar que el texto versa realmente sobre “ética en biomedicina” o ética clínica. Dentro del amplio terreno de juego que es la bioética, el libro se focaliza en su vertiente clínica.

Al pensar *La bioética en España y Latinoamérica*, leyendo el subtítulo es fácil pensar cual es la primera cuestión a resolver: si hay una bioética iberoamericana. Si tal bioética tiene características propias y, si fuera así, cuales son. De analizar esta compleja cuestión se encarga Javier Arias en el primer capítulo del libro.

Tras la introducción realizada por Javier Arias, la reflexión se centra en dos ámbitos, el español y el latinoamericano. Para el español el bioeticista Miguel Ángel Sánchez en su capítulo traza un panorama general de lo que ha sido la bioética española. Sus principales problemas y temáticas. Un aspecto que se quiere recoger en el libro es reflejar quienes han sido (algunos) de los protagonistas de la bioética iberoamericana. Personas que se han esforzado por trabajar y mejorar el nivel científico e intelectual de la disciplina. En desarrollarla y difundirla. Para la bioética española un grupo de estudiosos en la materia (Tayra Velasco, Beatriz Moreno, María Jesús Pascual, Diego Real de Asúa y José Miguel Hernández) han escogido, no sin dificultad, a siete bioeticistas. En su introducción señalan otros muchos que podrían ser elegidos. Pero no se trataba de hacer un “diccionario de bioeticistas”, sino de elegir a unos pocos por su trayectoria representativos de la bioética en España. ¿Quiénes han sido esos pocos “elegidos”? Francesc Abel, Francisco Javier Gafo, Diego Gracia, Marcelo Palacios, Miguel Ángel Sánchez, María Casado, Pablo Simón, Juan Carlos Álvarez y Javier Sádaba.

La segunda parte del libro la constituyen dos capítulos con la misma estructura y con las mismas dificultades, pero respecto a Latinoamérica. De tipificar la bioética en Latinoamérica se ha encargado un equipo dirigido por Octavio Márquez Mendoza, y la responsabilidad de escoger a unos pocos bioeticistas que han aportado algo a la ética clínica en Latinoamérica, ha sido de un grupo de profesionales latinoamericanos que trabajan en bioética: Ramón Ortega, Cristina Coca, Ricardo Andrés Roa-Castellanos y Jorge Alberto Álvarez. Los bioeticistas seleccionados han sido José Alberto Mainetti, Alfonso de Jesús Llano, Fernando Lolas, Jaime Escobar, Ricardo Maliandi, José Roque Junges, Fernando Sánchez, Marcio Fabri dos Anjos, Gilberto Cely, Omar França-Tarragó y Volnei Garrafa.

La última parte del libro se centra en James Drane, porque representa el puente entre España y América. Entre las “dos américas”, como él mismo señala, porque James Drane es estadounidense. Desde su formación norteamericana ha sabido entender los problemas que hay en España y en Latinoamérica, y ha estado trabajando muchos años por la bioética en ambos lugares. Un primer capítulo analiza su contribución a la bioética iberoamericana, con especial atención a sus aportaciones al campo de la psiquiatría (por ejemplo, a la valoración de la competencia) y a la adaptación que realiza de la ética de la virtud al campo de la ética clínica. El último capítulo del libro es obra del propio James Drane. En él cuenta cómo embarcarse en la disciplina de la bioética en España y en las Américas ha supuesto una verdadera aventura personal. Casi una forma de vida.

Respecto a los contenidos, a la respuesta sobre si hay una bioética en España y en Latinoamérica y de ser así cómo es, debemos decir que la respuesta es afirmativa. Pero los lectores deberán leer el libro para ir descubriendo las claves de esta bioética iberoamericana. Una disciplina que por motivos prácticos, por los problemas que se plantean en la realidad clínica y en la investigación con seres humanos, tiene cada vez más importancia en Iberoamérica. Deseamos que este texto sirva para descubrir un poco más lo que somos y para poner un grano de arena por mejorar esta compleja disciplina a la que le aguarda un apasionante futuro.



# ¿Hay una bioética Iberoamericana?

Javier Arias Díaz

La Bioética tiene básicamente su origen en los Estados Unidos de Norteamérica. Dadas las peculiaridades de dicho país, no resulta fácil la transferencia directa de sus propuestas a otros países, incluso a aquellos con importantes similitudes socioeconómicas como es el caso de los países europeos. Las dificultades aumentan considerablemente, e incluso parecen convertirse algunas en insalvables, cuando se trata de países no occidentales, en los que adquieren importancia clave aspectos interpersonales y comunitarios que se oponen al peso del individualismo en la cultura occidental. Por este motivo resultan de gran importancia los estudios comparativos transculturales, y de la propia historia de los países y culturas, para aquellos que creemos en la importancia de alcanzar consensos globales en bioética.

Un claro ejemplo de cómo la historia y la cultura influyen el devenir de la bioética lo tenemos en América Latina. De hecho, Diego Gracia divide la evolución de dicha disciplina en cuatro periodos históricos (1):

1. La etapa Precolombina, con predominio de una interpretación mágico-mítica y religiosa del mundo, en la que, por ejemplo, la salud era considerada una dádiva divina.
2. La etapa del Descubrimiento, en la que persistió dicha interpretación, principalmente porque los españoles llevaban con ellos una confianza en la divina providencia igualmente arraigada. En dicha etapa, la idea inicial del “noble salvaje” se fue deteriorando hacia la concepción de que los “salvajes” debían ser sometidos por la fuerza, y no por su propio bien, sino por el bien de los conquistadores. Si se puede hablar de ética en este periodo, sería la del despotismo y la tiranía.
3. La etapa Colonial, en la que surgió un modelo ético de paternalismo, en el que predominaba considerar a los nativos como humanos, pero inferiores y con un trasfondo “bárbaro”, por lo que requerían supervisión continua, por su propio bien.
4. La etapa de la Independencia, en la que comenzó progresivamente una “ética de la autonomía” que se puede considerar aún de desarrollo inacabado. El principal escollo residió en que la independencia del dominio europeo fue conquistada por los criollos, con escasa participación de la población india, que quedó marginada del proceso democrático y se vio relegada a una situación aún peor que durante la etapa Colonial, ya que cesó la paternalista protección que les proporcionaba la *Ley de las Indias* de 1542.

También en palabras de Diego Gracia, la bioética en la Latinoamérica del siglo pasado sería el resultado de la citada división de la sociedad en dos estratos claramente diferenciados: uno acomodado, que asimiló la revolución cultural y disfrutó de aceptable acceso a la salud, por lo que se enfrentó a problemas bioéticos similares a los del resto del mundo occidental; el otro, de extrema pobreza, incapaz de ejercer derechos civiles tan básicos como el derecho a la vida o al trato humanitario. En este último sector, el más numeroso, los principales problemas bioéticos serían el de justicia y la distribución de los escasos recursos.

Si hubiese que definir con un único término la situación actual de la bioética en Latinoamérica, quizá el término elegido sería “cambiante”. Es cierto que continúa en gran parte lastrada por los citados antecedentes históricos, pero también se aprecia una clara voluntad de cambio, con inclinación hacia premisas menos influenciadas por los conceptos de individualismo y autonomía, propios de la bioética importada de los Estados Unidos, y más cercanas a la protección de principios como los de no maleficencia y de justicia distributiva.

Es cierto que la situación de los indígenas no se ha modificado sustancialmente, ni siquiera con los movimientos indigenistas, que han obrado en distintos países, si bien con diferente intensidad. Dicha población continúa en una situación de clara desventaja con respecto al resto, tanto desde el punto de vista social como sanitario (2). No es menos cierto, por otro lado, que encontramos poblaciones marginadas también en Estados Unidos y, por desgracia cada vez más, en Europa.

Sin embargo, desde la década de los 90, se aprecia un importante resurgir de la Bioética en Latinoamérica, una “recreación” en palabras de José Alberto Mainetti (3), que se habría iniciado con la suma de aportaciones de cada país, la fundación de la Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética (FELAIIBE), y el intento de unificación por medio de los esfuerzos de la Unidad de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), posteriormente Programa Regional de Bioética.

Frente a la concepción de la Bioética como algo ajeno, que viene de fuera, ejemplificada por el filósofo peruano Salazar Bondy con su metáfora del “trasplante” (4), se impone una visión más integradora, en la que se maneja el concepto de “asimilación”, entendiendo como tal “...*hacer propio lo que parecía extraño, acomodarlo a lo que se es, sin pretender, por el contrario, acomodar el propio ser a lo que le es extraño*” (5). En este devenir, más pragmático, se partiría del principio de que la Bioética es una ética aplicada y la ética una filosofía práctica, por lo que no puede dar respuestas universales, aunque aspire a ello. En el nivel de lo universalizable hay que aceptar que los principales fundamentos de la Bioética han sido elaborados en Estados Unidos o en Europa, pero las soluciones concretas a problemas morales complejos presentan una fuerte dependencia del entorno sociocultural y pueden no ser iguales en todas las regiones, en otras palabras, puede no coincidir “lo que debería hacerse” con lo que “debe hacerse”, que podría ser una elaboración propia y diferente según las regiones en que sea llevada a cabo la aplicación de los principios fundamentales. Este es también uno de los motivos por

los que parece más adecuado hablar de “Bioética en Latinoamérica” en lugar de “Bioética latinoamericana” (6). Parafraseando a Zea, hay que hacer Bioética sin más, lo latinoamericano vendrá por añadidura.

Hemos señalado previamente que uno de los elementos esenciales en el resurgir de la Bioética en Latinoamérica ha sido la labor del Programa Regional de Bioética de la OPS/OMS, que promueve la articulación temática del trabajo de las unidades y representaciones en cada país, en estrecha colaboración con entidades locales, públicas y privadas. Para realizar este cometido, propone realizar actividades de fomento, apoyo y servicio que se traducen en colaboración para la capacitación de personal, difusión de información pública, análisis de la situación ética en investigación y servicios de salud, examen de los planes de estudio y las normas de ejercicio profesional, así como asesoramiento en planes y programas específicos.

Si bien existen algunas voces discrepantes sobre la efectividad de estas iniciativas, es innegable que han ejercido una influencia positiva. Se debe tener en cuenta que los cambios culturales en general, y no sólo los que se consideran “ajenos”, requieren un lento proceso para su implantación y desarrollo, así como considerar la especial complejidad que conlleva en particular la creación de una “cultura bioética”.

Uno de los hechos positivos a los que sin duda ha contribuido la iniciativa de la OPS/OMS, ha sido la creación y coordinación de instituciones y comités nacionales de Bioética, como focos esenciales de debate y formación; ejemplos de los cuales serían la Cátedra de Humanidades Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Plata (1980), o el Centro Nacional de Referencia Bioética (1986), en Argentina; o la Comisión Nacional de Bioética (2005), en México.

Quizá el principal reto que afrontan dichas instituciones es el desarrollo de la cultura bioética a la que hacíamos referencia y que implicaría al menos dos vertientes claramente diferenciadas: por un lado, la creación de criterios, mediante la participación del mayor número de actores en debates a nivel nacional o internacional, y, por otro, el fomento de una actitud responsable por parte no sólo de los ciudadanos, sino también de los representantes sociales y políticos, que deben asimismo considerar las consecuencias de sus acciones y decisiones. A este respecto, conviene tener en cuenta que la responsabilidad es una de las categorías éticas menos desarrolladas también en las sociedades occidentales, pues no tendría únicamente que ver con afrontar las consecuencias de las acciones u omisiones, sino también con hacerse cargo de lo que implica haber optado por un determinado valor y por tanto de velar por su promoción, es decir contribuir de modo activo a un mundo más justo, con un mayor respeto a la salud y la vida de las personas. Por cierto, en dicha línea, se plantea incluso la necesidad de abrir nuestra perspectiva más allá de lo humano, a la biosfera entera, de cuya conservación somos responsables y sin la que dejaríamos de existir.

La Bioética tiene por tanto el deber de abordar aspectos sociales sensibles, particularmente las desigualdades sociales y las situaciones injustas que sufren las

poblaciones más vulnerables. Y ello no debería quedar limitado a países o regiones concretas, sino incluir las desigualdades entre países. Este es un argumento más que nos aleja conceptualmente de cualquier “bioética local” o “bioética parcial”. La Bioética no puede convertirse en una “disciplina de salón”, que prescinda de los aspectos socioculturales que están marcando las diferencias en el mundo o que eluda implicarse en los problemas reales de injusticia o marginación humana (7).

### **Bibliografía.**

1. Gracia D. The historical setting of Latin American bioethics. *J Med Philos.* 1996; 21:593-609
2. Montenegro RA, Stephens C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean, *Lancet* 2006 367:1859-1869
3. Mainetti JA, Pérez ML. Los discursos de la bioética en América Latina. En: Pessini L, Barchifontaine CP, Lolas F (Eds.) *Perspectivas de la bioética en Iberoamérica*, Programa de Bioética de OPS/OMS, Santiago de Chile, 2007, pp. 37-44
4. Salazar J. Una visión diferente de la bioética, *Rev Latinoam Der Méd y Med Legal* 2000; 5:53-56
5. Zea L. *La filosofía americana como filosofía sin más*. México: Siglo XXI, 2007
6. Álvarez-Díaz JA. ¿Bioética latinoamericana o bioética en Latinoamérica? *Rev. Latinoam. Bioet.* Bogotá 2012; 12:10-27
7. Feito L. Bioética global, ciudadanía mundial: Una nueva forma de humanismo. *Rev Laguna* 2007; Noviembre, pp. 97-108

# La bioética en España.

Miguel Ángel Sánchez González.

## Índice del capítulo:

- Los tres núcleos iniciales de la bioética española
- Pioneros de los años setenta y ochenta.
- Autores incorporados en los años noventa.
- La enseñanza de la bioética.
- Temas y debates de la bioética española.
  - *Predominio del Racionalismo sobre el Empirismo*
  - *Importancia de la virtud frente a los derechos.*
  - *Estoicismo frente a utilitarismo.*
  - *Estatismo político frente a iniciativa ciudadana.*
  - *Mayor sensibilidad frente a la justicia que frente a la autonomía.*
  - *Debates suscitados por la persistencia de posiciones tradicionales*
- Retos futuros para la bioética española.
- Aportaciones y cuestiones del capítulo.
- Bibliografía.

## Los tres núcleos iniciales de la bioética española

“La primera bioética española con vinculaciones internacionales se inició tras el contacto directo de profesores españoles con la bioética que había surgido en Norteamérica a comienzos de los años setenta. Estos contactos permitieron constituir tres núcleos de actividad bioética con orígenes distintos e independientes.”

El primero de estos núcleos fue protagonizado por Francesc Abel SJ, amigo y discípulo de André Hellegers. Abel había llegado al Kennedy Institute en 1972, donde permaneció algo más de tres años. Regresó después a Barcelona con la idea de comenzar un instituto de bioética copiando el modelo del Kennedy Institute. Y desde 1975 hizo funcionar un seminario de bioética adscrito a la facultad de teología de Barcelona. En 1984 ese seminario inicial se constituyó como fundación privada con el nombre de Institut Borja de Bioètica, aprovechando las facilidades que ofrecía la Compañía de Jesús. Y desde el año 2000 ese instituto se integró en la Universitat Ramon Llull, pasando a ser dirigido por la jurista Núria Terribas y posteriormente por Montserrat Esquerda. El mismo Francesc Abel organizó en el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, el primer comité de ética asistencial, que continúa en funcionamiento desde 1976.

El segundo núcleo que se hace eco del movimiento de la bioética internacional en España estuvo constituido por Javier Gafo, S.J. Gafo se especializó en bioética a partir de su tesis doctoral en Teología Moral, defendida en la Universidad Gregoriana de Roma, sobre “El aborto y el comienzo de la vida humana”, publicada en 1979. Nombrado catedrático de bioética de la Facultad de Teología en la Universidad Pontificia de Comillas, comenzó a convocar desde su cátedra, en 1986, seminarios anuales sobre los más variados temas. Estos seminarios, han seguido reuniendo desde entonces a casi todos los profesionales españoles interesados en estos temas. La cátedra de Gafo ha sido, además, un importante foco de actividades editoriales y educativas. Tras el fallecimiento de Gafo, su cátedra fue dirigida sucesivamente por Jorge Ferrer, S.J., Julio Martínez, S.J., Juan Masiá, S.J. y Javier de la Torre.

El tercer núcleo de contacto con la bioética norteamericana e internacional lo inició Diego Gracia Guillén. Discípulo de Laín Entralgo y de Xavier Zubiri, después de hacer estudios postdoctorales en Alemania, realizó sus primeras investigaciones en el campo de la historia, la filosofía y la antropología médica. Su contacto directo con la bioética norteamericana comenzó en 1985, estimulado por el bioeticista James Drane (1), quien durante ese año estuvo realizando una estancia en su departamento. Así se inició la docencia de los primeros cursos de bioética que se impartieron en la Universidad Complutense. En 1987, acompañado por el mismo Drane, Gracia visitó los principales centros de bioética y humanidades médicas que existían en Estados Unidos y conoció personalmente a sus más importantes cultivadores. A su vuelta, Diego Gracia comenzó a poner en práctica desde su cátedra de la Universidad Complutense un programa de investigación y docencia que ha congregado a un gran número de profesionales, y ejercido una considerable influencia tanto en España como fuera de ella. Durante todo este tiempo, el proyecto de Diego Gracia ha estado secundado como profesor de su departamento, por Miguel Ángel Sánchez González, quien durante el año de 1988 había realizado una estancia como Fellow en el centro de bioética de la Universidad de Chicago.

### **Pioneros de los años setenta y ochenta.**

Durante las dos primeras décadas de la bioética en España predominaron las iniciativas personales de los líderes de los tres núcleos iniciales ya mencionados, que pasamos a reseñar con más detalle.

Francesc Abel i Fabre S.J. (1933-2011) fue doctor en medicina, especialista en obstetricia y ginecología, licenciado y teología y en sociología, con especialidad en demografía y población. También fue sacerdote y miembro de la [Compañía de Jesús](#).

Cofundador del *International Study Group on Bioethics* (1980-1994); de la *Societat Catalana de Bioètica* (1990); y de la *European Association of Centres of Medical Ethics* -EACME- (1985). También fue miembro del [Comité de Bioética de Cataluña](#).

El [Instituto Borja de Bioética](#) que Abel fundó en 1975 fue el primer centro de bioética de Europa. Dotado con una excelente biblioteca especializada, este instituto ha sido un importante foco promotor del diálogo bioético en España, organizando cursos, conferencias, mesas redondas, publicaciones y proyectos de investigación. Y desde 1996 ofrece también un master en bioética.

Javier Gafo Fernández S.J. (1936-2001) fue licenciado en Biología, en Filosofía y en Teología. También fue sacerdote y miembro de la Compañía de Jesús.

Fue miembro de la Comisión Teológica de la Comisión Episcopal de la Doctrina de la Fe de la [Conferencia Episcopal Española](#) (1987-2000) y experto de la Comisión del [Congreso de los Diputados](#) para el "Estudio de la Fecundación *in vitro* y la Inseminación Artificial" (1985). Formó parte, entre otras, de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida (1997), del Comité de Expertos en Bioética y Clonación (1998) y del Comité para el Estudio del Estatuto del Embrión Humano (2000).

Y sobre todo, la actividad editorial realizada o promovida por la cátedra de Javier Gafo es tal vez, la más voluminosa de España en materias de bioética. También destaca su actividad educativa que culminó en 1997 con la creación de un master en bioética.

Diego Gracia Guillén (1941-), es doctor en Medicina, especialista en psiquiatría, licenciado en filosofía y catedrático jubilado de Historia de la Medicina en la Universidad Complutense de Madrid. También dirige el Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud.

En 1988 puso en marcha en la Universidad Complutense el primer master de bioética en lengua española, el cual, durante sus doce promociones, formó en la disciplina a más de 300 profesionales. Durante los años de 1996 á 2003 dirigió además un master en Latinoamérica que concentraba las clases durante los meses de verano. Para poner a punto este master fue invitado por las autoridades del Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe que estaba bajo el patrocinio de la *Pan American Health Organization*.

Puede afirmarse que Diego Gracia ha sido el principal introductor en España de una bioética de carácter laico, anclada tanto en la tradición cultural europea como en los desarrollos internacionales más recientes<sup>(2)</sup>. En efecto, la aportación de Diego Gracia no ha consistido sólo en importar la bioética norteamericana, sino también enriquecerla y reformularla desde la tradición intelectual europea y española que él conoce bien, como director de la Fundación de Filosofía Xavier Zubiri.

Una de sus primeras aportaciones teóricas consistió en contemplar los principios de la bioética como resultado de la convergencia de tres tradiciones: una antigua tradición interior a la profesión médica y otras dos tradiciones jurídicas y políticas que se habían mantenido externas a la medicina. También ha dedicado su esfuerzo a encontrar fundamentación para una bioética que no se autolimita a la resolución de conflictos. En su búsqueda de fundamentos estudió los métodos de toma de decisiones. Él mismo ha propuesto un método basado en la deliberación. Y se ha decantado por entender de la bioética como una ética de la responsabilidad que debe construirse tras una deliberación pública sobre valores en conflicto.

#### **Autores incorporados en los años noventa.**

Progresivamente se fueron incorporando al campo de la bioética actores provenientes de diferentes campos.

En el ámbito del derecho es destacable la aportación del jurista Carlos Romeo Casabona y su grupo de la Cátedra de Derecho y Genoma Humano de la Universidad de Deusto. Así como la de María Casado y su grupo del *Observatori de Bioètica i Dret* de la Universidad de Barcelona. También hay que citar a Javier Sánchez Caro y su grupo de la Unidad de Bioética y Derecho de la Comunidad de Madrid.

El ámbito de la filosofía moral comenzó a reaccionar a las nuevas cuestiones bioéticas a partir de la publicación por Adela Cortina en 1993 de *“Ética aplicada y democracia radical”*<sup>(3)</sup> en la que apuesta por un modelo deliberativo. Un reto para la filosofía académica que fue recogido, entre otros por Victoria Camps, Margarita Boladeras, Javier Sádaba, Teresa López de la Vieja y José María García Gómez-Heras.

En el ámbito de la teología hay que distinguir las posiciones dispuestas a intervenir en el debate bioético democrático y pluralista, presentándose como un punto de vista más, de aquellas otras posiciones atrincheradas en el dogma y el magisterio eclesiástico. Entre los teólogos abiertos al debate social han sobresalido Javier



Elizari y Marciano Vidal, además de los ya citados representantes de la comunidad jesuítica. Por otra parte, quienes promueven una bioética primariamente militante a favor de posiciones religiosas tradicionales suelen tener alguna relación con grupos eclesásticos conservadores y estar integrados en la Asociación Española de Bioética y Ética Médica (AEBI). Alguna relación con estas últimas posiciones tiene también el grupo que lidera Gonzalo Herranz en la Universidad de Navarra.

Mención aparte merece el médico y exdiputado socialista Marcelo Palacios, autor y ponente de leyes y proposiciones de ley que han sido importantes para la bioética. Y fundador en 1997 la Sociedad Internacional de Bioética (SIBI).

También ha sido importante la labor de los profesionales formados en la esfera de Diego Gracia; entre los que figuran médicos como Azucena Couceiro y Javier Júdez que han tenido una destacada actividad docente, Pablo Simón, profesor y coordinador de cursos de bioética en la Escuela Andaluza de Salud Pública (Granada) y Benjamín Herreros, que actualmente dirige el Instituto Francisco Vallés de ética clínica. También han sido alumnos de Diego Gracia y de su equipo algunos psicólogos como Javier Barbero, especializado en acompañamiento espiritual, y filósofos como Lydia Feito que desde 2009 ha sido incorporada al grupo de la Universidad Complutense, desde donde dirige un Seminario de Investigación en Bioética.

### **La enseñanza de la bioética.**

En el ámbito docente universitario ha existido una pugna entre distintos sectores y departamentos universitarios para hacerse con la docencia de la asignatura.

Los departamentos de historia de la medicina, con la excepción de la Universidad Complutense no han manifestado apenas interés por la bioética. Por el contrario, han pretendido más bien neutralizarla, por considerarla una competidora amenazante de los planteamientos histórico-sociales establecidos.

Los departamentos de medicina legal han tenido más voluntad de asumir la docencia universitaria de la bioética. Si bien, confundiéndola a veces con el derecho sanitario o la pura deontología médica tradicional.

Finalmente, también han proliferado iniciativas individuales de los más diversos profesores, que han ofrecido enseñanza universitaria de bioética avalados por sus propias aficiones, convicciones o vinculaciones eclesiales.

Por todo lo cual, no es infrecuente contemplar programas universitarios de docencia de la bioética muy diferentes unos de otros, sin unos contenidos comunes incardinados en la bioética internacional, que a veces incurren en el reduccionismo jurídico o están notoriamente inspirados por creencias confesionales.

No obstante, se puede decir que la bioética está implantada, aunque de modo desigual, en todos los programas de formación de profesionales sanitarios, especialmente médicos y enfermeras, a nivel de pregrado. Igualmente a nivel de postgrado es importante y creciente la oferta de programas formativos.

### **Temas y debates de la bioética española.**

En España los temas y los debates de bioética han tenido una cierta relación con las peculiaridades culturales y políticas de la sociedad española(4).

Debates que presuponen un predominio del Racionalismo sobre el Empirismo, entre ellos: la necesidad de fundamentación y la búsqueda de un modelo europeo de bioética.

Desde comienzos de la Edad Moderna, en toda la Europa Continental, han predominado los sistemas filosóficos racionalistas e idealistas. Mientras que en los países de habla inglesa ha predominado el empirismo, el emotivismo y el pragmatismo.

Estos antecedentes han provocado diferencias en el ámbito jurídico. La Europa continental da una mayor importancia a la vía estatutaria. Al contrario de los países anglosajones en los que la jurisprudencia ocupa mucho más lugar. En Europa existe una tendencia a la codificación universal que presupone que todas las situaciones particulares pueden ser previstas. Y un deductivismo jurídico según el cual los casos problemáticos deben ser juzgados según su grado de ajustamiento a normas sustantivas preestablecidas. A la influencia del racionalismo se añade una mayor presencia del "iusnaturalismo" que reconoce una ley natural como fuente de la ley y la moral. Esa ley natural podría ser conocida racionalmente e integrada en un código legal en forma deontológica y axiomática. Este entramado legal favorece la idea de que todos los conflictos pueden y deben estar regulados previamente con unos contenidos sustantivos que dejan menos espacio al juicio individual independiente.

Entre las consecuencias de esta diferencia de mentalidades está la tendencia a apoyarse más en el concepto de tratamiento médicamente indicado, y en cualquier

otra fórmula que permita descubrir el mejor interés de los pacientes. Todo ello se traduce en la prioridad que se concede en Europa al criterio del mejor interés en la toma de decisiones. Y en el escaso recurso al juicio sustitutivo.

Por otra parte, en el ámbito de la moral, el pensamiento europeo continental tiende a considerar insuficiente una ética meramente casuista y procedimental. Pretende establecer normas de contenido universalizable. Y no está tan preocupado por determinar quién decide sino qué es lo que se decide. De ahí las críticas que suelen hacerse bioética anglosajona desde esta perspectiva, por su procedimentalismo y casuismo. Y los intentos de encontrar una fundamentación más sólida. Para colmar estas insuficiencias, los bioeticistas españoles han participado en la búsqueda de un modelo europeo o latino de bioética(5).

#### Importancia de la virtud frente a los derechos(6), que origina peculiaridades en la forma de entender el Consentimiento informado y la relación médico-enfermo.

La ética filosófica comenzó en la Antigua Grecia siendo una reflexión sobre las virtudes que conviene desarrollar en el carácter del ser humano. Estos primeros sistemas éticos intentaban ante todo descubrir qué tipo de persona conviene ser. Dejaban en un segundo plano el estudio de los actos que conviene realizar, porque sobreentendían que una persona con el carácter adecuado es quien mejor sabe lo que hay que hacer en cada caso. La finalidad de la ética era la *eudaimonía*, es decir: la excelencia humana que conduce a la felicidad del propio agente moral.

Fue en el Renacimiento cuando en Europa Central comenzó a formarse una nueva tradición moral centrada en los conceptos de derecho y deber. La importancia de estos conceptos culminó por obra de la Ilustración del siglo XVIII. Y llegaron a ser predominantes en los países protestantes del centro y norte de Europa, así como también en los anglosajones.

Sin embargo, en los pueblos mediterráneos ha persistido más la antigua forma de entender la moralidad centrada en la virtud y el vicio. La persistencia de estos conceptos se puede apreciar en la importancia que en estos países se da a las cualidades del carácter, entre ellas: el honor y la fama, la nobleza y la valentía, ser sincero y digno de confianza, tener disposición para la amistad y para ayudar a los amigos. El ciudadano mediterráneo espera mucho de sus amigos y de su familia. Supone que la familia y los amigos verdaderos deben tener virtudes que predisponen a la ayuda y al favor. Y este mismo ciudadano también tiende a depositar su confianza en las virtudes del médico. Necesita ante todo que su médico sea digno de

confianza, capaz para la compasión y para la amistad(7). Y estima que la información a recibir es accesoria. Piensa que si puede confiar en el médico la información es innecesaria; y que si no puede confiar en el médico la información es inútil. También piensa que es poco lo que puede lograrse reclamando sus derechos. Se producen menos denuncias a los médicos. No existe tanta medicina defensiva. Y las denuncias, cuando existen, tienen que ver sobre todo con malos tratos humanos y una mala relación médico-enfermo. Un paciente que se ha sentido bien atendido desde el punto de vista personal muy difícilmente denunciará a su médico.

A su vez los médicos entienden que deben asumir un papel de protección y consejo al enfermo. En este modelo la ética del médico consiste en asumir la actitud correcta y asumir las obligaciones que la profesión le impone. Mientras que la virtud correspondiente en el enfermo es obedecer al doctor que reúne las virtudes necesarias.

En los países mediterráneos deberemos recordar que marginar por completo al médico de la toma de decisión podría erosionar su profesionalismo y su motivación humana. Y marginar a la familia significaría introducir una ruptura en la dinámica habitual de las relaciones humanas. Médico y familia son dos factores que no parece conveniente eliminar por completo.

Estoicismo frente a utilitarismo, con la correspondiente tendencia a asimilar y reducir la ética a la ley.

De todas las doctrinas éticas antiguas sobre la virtud es el estoicismo la que ha dejado una huella mayor en los países mediterráneos. Y esta huella ha sido aún mayor en España y en los países hispánicos.

La felicidad para el estoico consistía en una serenidad del ánimo independiente de los bienes materiales y de las adversidades de la fortuna. Una felicidad que se lograba limitando las necesidades y dominando las propias pasiones.

La filosofía estoica ha rebrotado periódicamente en Europa. Impregnó el derecho romano y la teología moral cristiana. Resurgió con fuerza en el siglo XV, confundido con el ascetismo cristiano. Y sobre todo alcanzó notoriedad en España donde inspiró grandes obras literarias y místicas(8) . El estoicismo español introdujo el tema de la meditación sobre la muerte y la vanidad de las empresas mundanas. Este estoicismo acompañó el apogeo del imperio español, y es la filosofía que parece haber calado más hondamente en el alma hispana(9) . Su influencia puede detectarse en cuatro

actitudes culturales que en el momento presente siguen estando extendidas en nuestros países. En primer lugar, una peculiar actitud de desprecio hacia los bienes materiales de consumo. Es una actitud que considera la frugalidad como la máxima virtud. Y es contraria a la moderna mentalidad consumista. En segundo lugar, el estoicismo consagró una cierta forma de entender la felicidad. Según ella, la felicidad debe buscarse en los estados de ánimo y en las relaciones con las demás personas más que en el goce de las comodidades materiales. En tercer lugar contribuyó a desarrollar una peculiar actitud antiutilitarista, que puede llegar incluso a desinteresarse de las soluciones prácticas. En los países latinos es frecuente todavía hoy pensar que el utilitarismo y el pragmatismo son precisamente lo más opuesto a la ética. Y en cuarto lugar, el estoicismo estuvo acompañado de una peculiar desconfianza hacia el yo individual y hacia lo privado. Para el sabio estoico, que procuraba ajustarse a la Naturaleza universal de las cosas, no había nada privado. Y el yo individual diferenciado era el enemigo que era preciso vencer. Tal vez esto haya contribuido a una menor importancia de la intimidad y a una mayor sensibilidad hacia el igualitarismo en los pueblos latinos.

También puede relacionarse con la herencia estoica la tendencia a igualar la ética con la ley natural que obliga a todos. Y que debe quedar reflejada en unas leyes estatutarias o unos códigos deontológicos obligatorios. Se comprende así la existencia del patrón de Códigos deontológicos vigente en toda la Europa del Sur, en el cual el profesional está más constreñido por las normas profesionales que por los derechos de los pacientes, y el paciente tiene el deber de maximizar su salud y seguir las instrucciones del médico. Este modelo deontológico de la Europa del Sur, contrasta con el modelo liberal de la Europa del Oeste (Reino Unido y Holanda) basado en derechos, y con el modelo social del bienestar propio de los países nórdicos(10) .

Existen, sin embargo, dos aspectos en los que la actitud estoica puede contribuir positivamente. En primer lugar la meditación estoica sobre la dignidad de la vida y de la muerte permite aceptar mejor la limitación del esfuerzo terapéutico en situaciones extremas. Y en segundo lugar, el valor ascético de la renuncia a los deseos individuales hace que sea más fácil de implantar en la sociedad un conjunto de indicaciones y contraindicaciones médicas objetivas, y una definición de futilidad establecida culturalmente.

### Estatismo político frente a iniciativa ciudadana: la difícil liberalización de la vida política española.

La tradición política grecorromana es centralizadora y basada en el Estado. Tiende a conceder escasa importancia a la dinámica social espontánea y a la iniciativa ciudadana. En la Europa Continental puede decirse que ha preocupado más el bien común que a la libertad individual. Y el énfasis europeo ha estado puesto más en lo social más que en lo individual.

Esta tradición es aún mayor en los países hispánicos. España, mediante la obra política de los Reyes Católicos, fue la inventora del Estado absolutista moderno, y ha tenido a lo largo de las Edades Moderna y Contemporánea una gran tradición de absolutismo político. No es extraño que en esta tradición haya existido un mayor centralismo político, así como un dogmatismo religioso y una cierta dictadura moral sobre el individuo. Y, en su conjunto, una menor tradición democrática y de libertades ciudadanas. Los países hispánicos han tenido un fuerte sentido de la independencia frente al extranjero pero un débil sentimiento de libertad individual. Colocan tal vez demasiadas esperanzas en la política y en los políticos. Y confían en el advenimiento de líderes políticos salvadores.

Los derechos de los pacientes han sido impuestos y son promovidos casi exclusivamente desde el Estado. Los derechos de los pacientes no han entrado en los países europeos por la vía de la jurisprudencia. No han sido el resultado de un desarrollo de la opinión pública. Ni han sido objeto de una reclamación ciudadana. Han sido el resultado un acto legislativo del Estado que los ha implantado por medio de leyes estatutarias y reglamentos. En España, los derechos de los pacientes fueron reconocidos legalmente por primera vez por la Ley General de Sanidad en 1986. Y sólo posteriormente se ha iniciado un proceso de desarrollo y puesta en práctica.

Esta mentalidad puede conducir a tener una menor disposición a respetar las diferencias y las elecciones individuales. Lo cual, no debe servir como excusa para no reconocer del derecho a la autonomía. Antes bien, debe ser tenido en cuenta para poner más empeño en promover los derechos y las opciones de los individuos. La existencia de costumbres contrarias a la participación ciudadana puede servir como recordatorio de que es necesario fomentar un mayor debate social.

Pero, por otro lado, en nuestros países también puede existir una mayor disposición a aceptar criterios establecidos socialmente y reconocidos como razonables. Una mayor disposición a aceptar liderazgos profesionales públicos en la fijación de

criterios. Liderazgo de opinión que las diversas instituciones no deberían desaprovechar, aunque, ciertamente, habrá que completar fomentando una mayor participación ciudadana y un debate social abierto.

Mayor sensibilidad frente a la justicia que frente a autonomía: Importancia de los conflictos entre justicia y eficiencia, y el debate sobre los sistemas sanitarios.

La reflexión sobre la justicia, es indudablemente, mucho más antigua que el concepto mismo de autonomía. Para Aristóteles, la justicia era la suma de todas las virtudes: *"Llamamos justo a lo que produce o preserva la felicidad para la comunidad política... Esta clase de justicia no es una parte de la virtud, sino la virtud entera"*(11).

Durante casi toda la Edad Moderna la tradición política liberal ha tenido menos fuerza en Europa continental. Y desde la segunda mitad del siglo XIX se ha visto contrapesada por una mayor fuerza de los movimientos sociales obreros.

En el momento presente los Estados europeos toman a su cargo lo que en otros países se deja a la iniciativa privada. Y los sistemas de asistencia sanitaria son mayoritariamente financiados o gerenciados por el estado. En estos sistemas de asistencia colectivizada los problemas de justicia pasan a primer plano. Y cuando todas las prestaciones sanitarias son gratuitas, la aspiración de los usuarios es obtener las máximas prestaciones posibles. En Europa la petición más frecuente no es para renunciar a tratamientos sino para asegurar su aplicación.

Teniendo en cuenta todo lo anterior no puede extrañar que en Europa el interés por la justicia social sea más fuerte que la preocupación por la autonomía individual. Parece haber una mayor conciencia de que ningún acto aislado tiene repercusiones puramente individuales. Y de que cualquier decisión en un sistema sanitario público puede afectar a todo el conjunto.

Es de esperar, que el creciente problema de los costos sanitarios hará cada vez más imprescindible tener en cuenta las consideraciones de justicia. Y esas consideraciones de justicia obligarán a admitir un cierto grado de fijación pública de estándares de tratamiento, así como de mínimos ó máximos asistenciales.

### Debates suscitados por la persistencia de posiciones tradicionales sobre el inicio y el final de la vida.

La importancia que ha tenido la Iglesia Católica en la Historia de España hace que todavía persista en algunos sectores la tendencia a imponer posiciones emanadas del magisterio eclesiástico. Así se explica la desmedida importancia cuantitativa que en España ha tenido el debate sobre los aspectos éticos del inicio de la vida, tales como anticoncepción, reproducción asistida y sobre todo la interrupción del embarazo.

También han proliferado los debates que afectan al final de la vida, y en especial todo aquello que puede acortarla, como la renuncia a tratamientos, la eutanasia, el suicidio asistido y, más recientemente la llamada sedación terminal.

### **Retos futuros para la bioética española.**

Teniendo en cuenta la historia y la realidad de la bioética en España, podemos pensar que la bioética futura, en este país, tendrá que hacer frente a los siguientes retos:

1. *Practicar una bioética pluralista en medio de las dos tentaciones del legalismo y el confesionalismo:* La bioética en España tendrá que aprender a navegar entre el Escila del reduccionismo jurídico a que pueden someterla los abogados y los médicos legistas, y el Caribdis del reduccionismo teológico al que aspiran quienes pretenden utilizar la bioética para imponer sus propios ideales confesionales, más o menos conservadores.
2. *Encontrar un espacio para una bioética interdisciplinaria en el seno de institutos de humanidades:* Los departamentos universitarios de historia de la medicina, ciencias sociales y antropología médica no han resultado hasta ahora muy propicios para el cultivo de una bioética actual. Y no sólo por motivos de competencia curricular. Sino porque estos departamentos, como ha hecho notar Diego Gracia<sup>(12)</sup>, suelen considerarse científico-positivos y están acostumbrados, por tanto, a considerar los valores en tanto que hechos, pero no en tanto que valores.

Será necesario crear institutos de humanidades médicas independientes, aunque relacionados, con los departamentos de ciencias sociales, derecho y teología.



3. *Desarrollar estrategias formativas a todos los niveles educativos, y mecanismos de aplicación de la bioética a la actividad sanitaria:* Sería necesario desarrollar modelos de formación en bioética más unificados y coherentes, en todos los niveles educativos.

Difundir el conocimiento de la bioética a toda la ciudadanía.

Y finalmente, ser capaces de responder a la vocación práctica de la bioética elaborando procedimientos de modificación y perfeccionamiento de las prácticas médicas.

4. *Rediseñar la agenda temática:* Los temas que se debatían en España no pueden ser una mera repetición de los debates ocurridos hasta ahora en el ámbito anglosajón. El impulso inicial de la bioética en Norteamérica fue la extensión de los derechos civiles de gestión del propio cuerpo al ámbito de la medicina. No obstante, los bioeticistas españoles necesitarán ser fieles a sus sensibilidades y tradiciones éticas peculiares y saber responder a los problemas más acuciantes.

La enseñanza y la investigación bioética no deberán dejar de cultivar dos áreas temáticas imprescindibles. En primer lugar los temas de justicia sanitaria y búsqueda de la salud para todos. Reflejando y respondiendo no sólo a la situación nacional sino haciéndose eco también de las necesidades de la justicia global que afecta a los países en desarrollo, y especialmente a los de Latinoamérica. Y en segundo lugar, la bioética tendrá que alcanzar esa perspectiva global y ecológica que Potter aconsejara desde sus inicios. Comprendiendo que las cuestiones medioambientales y del desarrollo sostenible son esenciales para preservar la calidad de vida y la propia sostenibilidad de la vida humana.

*Capítulo tomado parcialmente del libro: Historia Ilustrada de la bioética, ADEMÁS Comunicación Gráfica, S.L. Madrid, 2015.*

## Bibliografía.

1. Drane, J. "Bioethics in the Americas: North and South, -A Personal Story", *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 2009, 18, 280-86.
2. Gracia Guillén, D. "Spanish Bioethics Comes into Maturity: Personal Reflections" *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 2009, 18, 219-27.
3. Cortina, A. *Ética aplicada y democracia radical*, Madrid, Tecnos, 1993.
4. Sánchez González, M.A.; "Advance Directives Outside the USA: Are They the Best solution Everywhere? *Theoretical Medicine*, 1997, 18: 283-301.
5. Cf.: Rendtorff, J.D. and Kemp, P. (Eds) "*Basic Ethical Principles in European bioethics and biolaw.*" 2 Vols. Barcelona. Institut Borja de Bioética, 2000.
6. Gracia, D. The Intellectual Basis of Bioethics in Southern Euroean Countries, *Bioethics*, 7, 1993, 97-107
7. Laín P. *La relación médico-enfermo*. Madrid, Alianza Editorial, 1983 (1ª Ed. 1964)
8. En el campo de la poesía destacan las: *Coplas por la Muerte de su Padre*, escritas por Jorge Manrique (1440-1479)
9. Cf.: Zambrano M. "La cuestión del estoicismo español", in: *Pensamiento y poesía en la vida española*, Madrid, Ediciones Endymion, 1987 (1ª Ed. Mexico 1939). And: Zambrano M. *Séneca*, Madrid, Ediciones Siruela, 1994.
10. Dickenson, D.L. Cross-Cultural Issues in European Bioethics, *Bioethics*, 13, 1999, 249-55.
11. Aristotle, *Nichomachean Ethics*, 1129b18, and 1130a9
12. Gracia Guillén, D. "Spanish Bioethics..." *Ibid.* p.226-27

# Bioeticistas españoles.

Tayra Velasco, Beatriz Moreno, María Jesús Pascual,  
Diego Real de Asúa, José Miguel Hernández.

## Índice del capítulo:

- Introducción.
- Primera generación.
  - Francesc Abel.
  - Francisco Javier Gafo Fernández
  - Diego Gracia Guillén.
  - Marcelo Palacios Alonso.
- Segunda generación
  - Miguel Ángel Sánchez González.
  - María Casado González.
  - Pablo Simón.
  - Juan Carlos Álvarez.
- Corriente filosófica.
  - Javier Sádaba.

## Introducción.

La naturaleza interdisciplinar y el carácter controvertido de los asuntos que ha abordado la bioética han retrasado, en cierto modo, su proceso de difusión e institucionalización en España. Sin embargo, en los últimos años esta disciplina ha sufrido un rápido desarrollo en nuestro país. Fue desde el ámbito de las humanidades médicas desde donde se dio el impulso inicial al proyecto bioético español. La obra de Pedro Laín Entralgo (1908-2001) constituyó un importante precedente en la bioética española para muchos de los temas que esta disciplina ha cubierto posteriormente. Influenciado por el pensamiento de José Ortega y Gasset (1883-1955) y Xavier Zubiri (1898-1983), Laín desarrolló un gigantesco afán de conocimiento filosófico, histórico y médico. Su escuela, sus ideas humanistas y su estimación ética de la relación clínica dieron fruto en la obra de Diego Gracia, quien ha sido una figura determinante de la bioética en España hasta nuestro días. Forma parte de los que podríamos denominar una *primera generación* de bioeticistas españoles, todos ellos nacidos entre los años treinta y cincuenta del siglo pasado<sup>1</sup>.

Contribuyeron a la consolidación de la bioética en todas sus dimensiones y aplicaciones -tanto en el ámbito docente e investigador, como en los contextos universitario y hospitalario. En este proceso de consolidación también tuvieron lugar otras aportaciones de personajes relevantes. Los más destacados fueron Javier Gafo (1936-2001), Francesc Abel (1933-2011), Luis González Morán (1935), Juan Ramón Lacadena (1934), Javier Elizari (1931), Jose Antonio Abrisqueta (1933-2013), Juan Luis Trueba (1945), Marciano Vidal (1937), Juan Masiá (1941), Maria Pilar Nuñez Cubero y Marcelo Palacios (1934), entre otros.

Al igual que ocurrió en Estados Unidos, a la sombra de los padres fundadores de la bioética en España se ha desarrollado una segunda generación de profesionales cuyo interés principal ha sido aplicar de manera concreta la teoría bioética a la práctica clínica. Esta *segunda generación* de bioeticistas serían los nacidos a partir de los cincuenta y que actualmente están en ejercicio. La mayoría son médicos y están formados en bioética con el título de Magister. Además de su gran actividad dirigida al conocimiento, evolución y difusión de esta disciplina -dentro y fuera de nuestras fronteras- están ejerciendo importantes contribuciones en la implantación y desarrollo de los comités de ética para la asistencia sanitaria en nuestro país. Cabe mencionar a Miguel Ángel Sánchez González, Pablo Simón, Azucena Couceiro, Javier Rivas, Graciano González, Rodríguez Arnaiz, Koldo Martínez, Aitziber Emaldi, Ana María Marcos, Lydia Feito, José Carlos Bermejo, Juan María Velasco, Rafael Junquera, Francisco J. Alarcos, Carmen Massé, Nuria Terribas, Miguel Martín, Juan Carlos Álvarez y María Casado, entre otros.

Cabe mencionar también otros personajes relevantes que han realizado (y realizan) importantes contribuciones al desarrollo de la bioética española (y otras éticas aplicadas) desde el ámbito de la filosofía moral. Por señalar sólo algunos nombres, Javier Sádaba, Adela Cortina, Victoria Camps, Margarita Boladeras, Teresa López de la Vieja o José M. Gómez-Heras, pueden ser considerados como los fundamentos de una normalización de la investigación y de la divulgación bioética en la filosofía moral española.

Si bien la bioética ha sido considerada esencialmente un legado de la cultura americana, su desarrollo histórico y cultural en España se debe al esfuerzo individual de personajes concretos. Hemos escogido a algunos de aquellos exploradores españoles que jugaron un papel esencial en el asentamiento de la Bioética en nuestro país y también fuera de él.

## Primera generación.

### Francesc Abel.

Francesc Abel Fabre (1933-2011). Aunque sea artificial separar la faceta clínica de la humanista en Francesc Abel Fabre (1933-2011), o su vocación teleológica de su



llamada por los problemas de inequidad y salud pública, podríamos afirmar que la vida del Dr. Abel se estructuró en torno a tres ejes diferenciales: la opción por la medicina, con la especialidad de obstetricia y ginecología, que nunca dejó del todo; la necesidad de establecer puentes entre las ciencias y las humanidades, que lo condujeron a crear el “Institut Borja de Bioética”, del que fue director desde sus orígenes hasta 1999; y por último, una vocación por los problemas universales que dio origen a “Medicus Mundi” y a diversos proyectos internacionales dentro del ámbito de la

Unión Europea. El año 1971 sería especialmente relevante en su biografía, ya que en él se dieron los ingredientes apropiados para que, precisamente conjugando su vocación médica y humanista, Francesc Abel pudiera estar en el momento y lugar adecuados para jugar un papel esencial en el nacimiento de la bioética.

Abel llegó a Estados Unidos en 1970, con objeto de realizar una estancia de dos años en obstetricia y ginecología en el Hospital St. Vicent de Nueva York. Sin embargo, en cuanto se enteró de la fundación del *Kennedy Institute* en la Universidad de Georgetown en otoño de 1971, solicitó una plaza de investigador visitante con permiso de sus superiores. Durante los siguientes tres años Abel trabajó junto con el fundador y primer director del *Kennedy Institute*, André Hellegers, siendo así testigo de excepción del nacimiento de la bioética como disciplina independiente. Tras su vuelta a Barcelona y como fruto de esta experiencia nació el Instituto Borja de Bioética en 1976, el primer centro en España y Europa dedicado en exclusiva al estudio de la bioética. A través de su labor docente e investigadora, Francesc Abel consiguió promover un influyente dialogo en el campo bioético. Su enérgico trabajo se centró tanto en el desarrollo de metodologías de resolución de problemas éticos en la práctica clínica, como en los conflictos éticos propios de los confines de la vida y de la investigación biomédica. Su legado, siempre enmarcado en la fe cristiana, tuvo una apertura de miras y una capacidad de inclusión de posturas diversas encomiable. Su pertenencia a la Compañía de Jesús nunca fue óbice para que defendiera la necesidad de construir una ética de mínimos, liberal y laica<sup>2</sup>.

A nivel institucional, Abel preconizó la fundación de comités de ética tanto en hospitales como centros de investigación. Suyo es también el merito de haber fundado en 1976 el primer Comité de Ética Asistencial de España en el Hospital Sant Joan de Déu en Barcelona. Una década más tarde, en 1986 formaría parte del grupo promotor de la Asociación Europea de Centros de Ética Médica (*European Association of Centres of Medical Ethics, EACME*), una red internacional de centros académicos cuyo objetivo principal sería estimular la investigación y comunicación en el área de bioética y ética clínica, y en cuya organización ha estado involucrado durante más de 25 años. Del mismo modo, Francesc Abel fue una pieza clave para la promoción del Grupo Internacional para el Estudio de la Bioética (*International Study Group on Bioethics*), dirigido a promover la disciplina a nivel global. A su muerte en 2011, su inmenso legado de más de 35 años de trabajo al servicio de la bioética le convierte en verdadero bioeticista universal, más que propiamente español. Desde entonces es tarea del Instituto Borja de Bioética seguir sus pasos.

#### Francisco Javier Gafo Fernández S.I.

Francisco Javier Gafo Fernández (1936-2001) fue uno de los precursores de la bioética en España. Su vida estuvo ligada a la Compañía de Jesús. Desde su perspectiva católica tendió puentes desde la bioética religiosa a la secular. Sus numerosos artículos, libros y conferencias dan testimonio de este enorme esfuerzo.



Javier Gafo nació en Madrid el 31 de julio de 1936 y murió en la misma ciudad el 5 de marzo de 2001. Comenzó sus estudios superiores en Ciencias Químicas en la Universidad Complutense, pero solo cursó los dos primeros años. En 1955 ingresó en el noviciado de Aranjuez de la Compañía de Jesús.

En el Colegio de San Estanislao estudió 2 años de Humanidades y 3 de Filosofía. En 1962 obtuvo la Licenciatura en Filosofía por la Universidad de Alcalá de Henares dependiente por aquel entonces de la Compañía de Jesús. Posteriormente regresó a la Universidad Complutense, no para continuar con la Licenciatura en Químicas, sino para realizar una nueva Licenciatura en Ciencias Biológicas. Gafo finalizó biología en 1966 con Premio Extraordinario. Sus estudios teológicos comenzaron cuando accedió al noviciado y se completaron a lo largo de 17 años en sucesivas etapas en las universidades de Sant Cugat, Innsbruck y Comillas. En 1976 alcanzó el grado de Doctor en Teología Moral en la Universidad Gregoriana de Roma con una tesis titulada, *El aborto y el comienzo de la vida humana*. Su investigación fue publicada en *Sal Terrae* tres años más tarde<sup>3</sup>.

Gafo conjugó la acción pastoral, la docencia y la investigación en bioética a lo largo de su vida. Entre 1983 y 1993 fue párroco en la Iglesia de San Francisco de Borja de Madrid. Sus homilias fueron publicadas durante estos años alcanzando un total de 10 volúmenes. La docencia la desempeñó en la Escuela de Enfermería de la Complutense y posteriormente en la Facultad de Teología de la Universidad Pontificia de Comillas. Enseñó *Ética y enfermería Fundamental* en la Escuela de Enfermería y *Moral de la Persona* en la Facultad de Teología. En este centro universitario fundó en 1997 una Cátedra en Bioética desde la que impulsó el tercer máster en bioética de España y la celebración anual de jornadas interdisciplinarias en bioética. Desde entonces este foro reúne a los profesionales más destacados en los diversos ámbitos que componen la bioética<sup>4</sup>.

Gafo también participó en el desarrollo de los comités de ética para la asistencia sanitaria en España. Desde 1994 hasta unas semanas antes de su muerte coordinó el CECAS (Comité de ética asistencial de la Provincia de Castilla) de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. En las sesiones mensuales colaboró con el resto de vocales en la resolución de los conflictos morales que se planteaban desde los diferentes centros de la Orden Hospitalaria<sup>5</sup>.

En el ámbito investigador se le puede considerar como un autor prolífico. Su primer libro estuvo dirigido a la educación moral de los ayudantes técnicos sanitarios de las Escuelas de Enfermería. Se trata de una obra pionera en el campo de la bioética en lengua española. Sus publicaciones sobre eutanasia y la reproducción asistida le llevaron en alguna ocasión a enfrentarse al conservadurismo de la jerarquía eclesiástica española. Su última obra pretendía ser un manual de bioética para alumnos de la Facultad de Teología y del Máster en Bioética, pero nunca vio la luz. Gafo publicó cerca de un centenar de artículos, casi todos ellos en *Sal Terrae* y *Razón y Fe*. Los libros en los que aparece como autor principal rozan la veintena, mientras que en los que figura como editor o director alcanzan la treintena. Sus obras más conocidas son: *Nuevas perspectivas en la moral médica* (1978), *La eutanasia y el derecho a una muerte humana* (1989), *Diez palabras clave en Bioética* (1993, 1997), *Ética y legislación en enfermería* (1994), *Sida y tercer mundo* (1998) y *Eutanasia y ayuda al suicidio* (1999).

### Diego Gracia Guillén.

Diego Gracia constituye un referente mundial en el campo de la bioética. Nacido en Madrid el 21 de mayo de 1941, su juventud estuvo marcada intelectualmente por la influencia de sus padres. Fue hijo de profesor, abogado y notario y de una mujer con gran curiosidad intelectual (número uno de su promoción de magisterio). En este

escenario, surge en él una temprana dedicación a la lectura de Marañón, Balmes, Cajal, Ortega, Zubiri y Laín, entre otros autores españoles, siendo éstos los que le motivan a estudiar filosofía<sup>6</sup>. En los 70 y tras su dedicación



formal al estudio de la filosofía entre 1960 y 1965, Diego Gracia obtuvo la Licenciatura en Medicina y Cirugía por la [Universidad de Salamanca](#) - tras obtener el título de especialista en Psicología Clínica (1968), y consiguiendo el premio extraordinario de licenciatura de curso 1969-1970. En esos momentos, el catedrático de historia de la Medicina [Luis Granjel](#) le propuso un puesto en su cátedra que Gracia rechazó

amablemente, al tener en vistas su incorporación a la cátedra del profesor Pedro Laín Entralgo, en la Universidad Complutense de Madrid. En ese año inició su tesis doctoral sobre *Historia de la Medicina* dirigida por el propio Laín Entralgo, como becario del Instituto Arnau de Vilanova de CSIC. En el 1974 ejerce como profesor adjunto interino de la cátedra de Historia de la Medicina, actividad que comparte durante dos años con la especialidad en Psiquiatría en el Hospital Psiquiátrico de Leganés Ramón y Cajal.

El primer contacto directo de Diego Gracia con la bioética estadounidense comenzó en 1986, a través James Drane, un profesor de bioética visitante en su departamento. Ambos comenzaron a impartir el primer curso de bioética que se ofreció en la Universidad Complutense de Madrid, cuyo objetivo principal era señalar la importancia de las reflexiones humanísticas en la práctica médica. También visitó los principales centros de Bioética y Humanidades Médicas que existían en Estados Unidos (*Medical Humanities* y Fundación de *Human Values in Medicine*, etc.) y conoció a los referentes mundiales más importantes en este ámbito. A su regreso a España, Diego Gracia comenzó a poner en práctica un programa de enseñanza e investigación en Bioética en la Universidad Complutense de Madrid. Poco tiempo después, publicó su libro *Fundamentos de Bioética* (1989), una pieza clave de los textos de bioética a nivel mundial. Hasta hoy, Gracia ha sido autor de relevantes obras como *Procedimientos de decisión en ética clínica* (1991), *Como arqueros al blanco: estudios de Bioética* (2004), *Construyendo Valores* (2013) y *Valor y Precio* (2013), entre otros.

Diego Gracia fue catedrático de Historia de la medicina durante muchos años y puso en marcha el primer Máster español de bioética, una de sus aportaciones más importantes que ha formado a cientos de profesionales de la salud de todas las disciplinas médicas. Ha sido director de los departamentos de Historia de la



Medicina, Salud Pública e Historia de la Ciencia. Y por citar algunos de sus reconocimientos, fue nombrado miembro de la Academia de Ciencias Morales y Políticas, del Consejo Superior de la UNESCO, del Comité Directivo de la Asociación Internacional de bioética y del Consejo Asesor de Sanidad del Ministerio de Sanidad y Consumo. Su rica y constante producción intelectual, su magisterio a través del Máster de la Universidad Complutense de Madrid (que organizó la Oficina de la OPS/OMS en Latinoamérica) y su presencia en múltiples foros, congresos y conferencias reafirma la importancia de su figura hasta hoy.

Actualmente, es Profesor Emérito en la Universidad Complutense de Madrid y Presidente de la Fundación de Ciencias de la Salud, que sigue formando con rigurosidad a la profesionales de la salud en el campo de la Bioética: en *Ciencia*, *Investigación* y en la *Práctica Clínica*. La obra del Profesor Diego Gracia es de gran prestigio y reconocimiento mundial.

#### Marcelo Palacios Alonso.

Nacido en Candás, Asturias (1934), estudió medicina en Madrid, especializándose en 1968 en Cirugía General, Traumatología y Ortopedia en la República Federal de Alemania, Suecia y Suiza. Profesor de la Escuela Internacional de Sofrología Médica y Director Médico de la Policlínica del Instituto Social de la Marina en Gijón.



Su vinculación con la Bioética ha tenido una gran repercusión tanto en el ámbito nacional como internacional. Considera que la Bioética debe resolver y ofrecer conclusiones prácticas, más allá de la simple reflexión y deliberación, comprometida con la equidad, cargada de valores y un código de conducta propio<sup>8</sup>.

Así, desde que en 1978 obtuvo la plaza de Inspector Médico provincial, ha ido ocupando distintos cargos de responsabilidad posibilitando un mayor desarrollo de dicha disciplina.

En 1983 fue Presidente de la Comisión de Sanidad. Ha sido Diputado Regional y Diputado en las Cortes Generales y en el Parlamento Nacional por el Partido Socialista Obrero Español (1982-95). En dicha Cámara fue Presidente de las Comisiones de Estudio de la Reproducción Asistida, de Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico, y del Comité de Bioética. Durante dicho periodo se aprueba el Informe Palacios (1986) sobre fecundación in vitro e inseminación artificial, siendo ponente de la Ley General de Sanidad (1986), del Medicamento (1990),

Interrupción Voluntaria del Embarazo (1985) y de Microorganismos manipulados genéticamente (1994). También es el autor y ponente de la Ley 35/1988 sobre técnicas de reproducción asistida y la Ley 42/1988 sobre donación y utilización de embriones y fetos humanos o de sus células, tejidos y órganos.

Como miembro de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (1986-96), fue Presidente de la Subcomisión de Bioética durante 5 años, siendo Ponente General sobre Bioética y representante en el Comité de Bioética Parlamentario. Especialmente destaca su labor como proponente y ponente de la elaboración de uno de los Convenios más relevantes en Bioética, conocida como Convención de Asturias de Bioética, aprobándose su firma en 1996. En la Unión Europea fue miembro del Programa de Análisis del Genoma Humano y en la Unión Parlamentaria Co-redactor y ponente del informe “La Bioética: un reto internacional para la protección de los Derechos Humanos”.

Posteriormente en 1996 propuso la creación de la Sociedad Internacional de Bioética (SIBI), fundada en 1997 siendo el presidente y Director de la Revista SIBI, hasta la actualidad. Su objetivo es promover el debate, la reflexión y análisis sobre los campos de la bioética, creando un punto de encuentro mediante el Congreso Mundial de Bioética<sup>9</sup>.

Entre los numerosos reconocimientos por su contribución y compromiso social destacan, la Orden Civil de la Sanidad (1986), la Medalla de Plata del Principado de Asturias (1992), la Medalla Pro-mérito del Consejo de Europa y mención como Parlamentario honorífico (1997) y la Medalla de Plata del Colegio de Médicos de Madrid (1998).

## Segunda generación

### Miguel Ángel Sánchez González.

Miguel Ángel Sánchez González (1952) realmente está entre la primera y la segunda generación de bioeticistas españoles. Desde 1989 desempeña la docencia de las Humanidades Médicas en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Su compromiso en el ámbito de la bioética se traduce en numerosos artículos, libros y conferencias nacionales e internacionales.



Nació el 23 de enero de 1952 en Madrid. En 1976 se licenció en medicina en la Universidad Autónoma de Madrid. En 1978 se

especializó en medicina interna en la Fundación Jiménez Díaz. En 1984 en endocrinología y nutrición en el Hospital Universitario Ramón y Cajal. En 1989 se licenció en filosofía en la Universidad Nacional de Educación a Distancia. Obtuvo el grado de doctor en 1987 con una investigación sobre *La presencia de la medicina en la obra de John Locke* en la Universidad Complutense de Madrid bajo la dirección del profesor Diego Gracia. En 1988 realizó un fellowship en bioética en la Universidad de Chicago bajo la supervisión del profesor Mark Siegler. Ese mismo año realizó en Washington el Curso de Bioética del Kennedy Institute of Ethics. Tras su regreso a España cursó la primera promoción del Magíster en Bioética de la Universidad Complutense.

Desde septiembre de 1988 Miguel Sánchez conjuga la docencia y la investigación en Bioética en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid donde es profesor en los niveles de grado y posgrado. En los niveles de grado ha impartido durante este tiempo las materias de Historia de la Medicina, Bioética y Ética Ecológica. En el nivel de posgrado ha sido durante 26 años codirector del primer master de bioética de España. Miguel Sánchez ha colaborado en la formación de 13 promociones de médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, filósofos, juristas, etc. españoles y extranjeros en bioética.

También ha colaborado regularmente en las actividades docentes de Bioética ofrecidas por el Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe patrocinado por la Organización Panamericana de la Salud.

Actualmente sigue volcado en la educación en Bioética en América Latina y el Caribe a través de numerosos cursos y seminarios en diferentes universidades de México, Ecuador y Brasil.

Su investigación se ha centrado tanto en los aspectos fundamentales como en los clínicos de la Bioética. En el primer grupo se encuentran las incursiones histórico-filosóficas sobre la clasificación de las enfermedades, la idea del alma o el proceso de transmisión del conocimiento. En el segundo grupo se localizan numerosas reflexiones sobre el testamento vital, consentimiento informado, calidad de vida, intimidad, confidencialidad, etc. Apenas existen personas, como este autor, que posean una visión tan amplia y profunda de los problemas que presenta la bioética.

Sus obras capitales son dos y comúnmente son utilizadas en la formación de las Humanidades Médicas a nivel de grado en las Facultades de Medicina y en las Escuelas Universitarias de Enfermería, Fisioterapia y Podología de España y América.

Estas obras pertenecen al ámbito fundamental y clínico y llevan por título *Historia de la medicina y humanidades médicas* y *Bioética en ciencias de la salud*.

María Casado González.

Natural de Cartaya, Huelva (1952), se doctoró en Derecho por la Universidad Complutense de Madrid en 1985, bajo la tesis *“Una valoración filosófico-jurídica de la armonización del Derecho y su configuración en el marco de las Comunidades Europeas”*, obteniendo el cargo de profesora titular de Filosofía del Derecho en la misma universidad en 1990. Tres años más tarde, se trasladó a la Universidad de Barcelona ocupando el cargo de profesora titular en la misma asignatura, donde continúa actualmente como Catedrática.



Su carrera siempre ha estado relacionada con la Bioética y el Derecho, especialmente los Derechos Humanos y las implicaciones éticas, jurídicas y sociales de las biotecnologías y la biomedicina, fundando en 1995 el centro de investigación Observatori de Bioètica i Dret de la Universidad de Barcelona, con gran repercusión tanto a nivel nacional como internacional, recibiendo en 2007 la titularidad de la Cátedra UNESCO de Bioética de la Universidad de Barcelona. Además desde 1995 dirige el Máster en Bioética y Derecho de la UB título propio que se adhiere al Programa sobre Bioética integrado en el Programa de Educación de la UNESCO, que acoge cada año a profesionales de distintas disciplinas y países, creando un foro de encuentro y deliberación multicultural, especialmente con Latinoamérica. Codirectora de la Revista Bioética y Derecho, también dirige la colección *“Materiales de Bioética”*, que promueve una concepción de la bioética flexible, pluridisciplinar y laica, en el marco del respeto a los Derechos Humanos reconocidos, fomentando el debate sobre las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías aplicadas a los seres humanos<sup>10</sup>. Autora de numerosos artículos, libros y documentos científicos, ha dirigido 29 proyectos de investigación (I+D) nacionales e internacionales relacionados especialmente con nanotecnologías, reproducción asistida, autonomía, discapacidad...

Ha formado y forma parte de distintas Comisiones y Comités de Bioética, como el Comité de Bioética de España (2008-12), y del Comité de Bioética de Cataluña (hasta 2013). Actualmente es miembro de la Comisión de Bioética de la Universidad de Barcelona, de la Comisión para el uso forense del ADN del Ministerio de Justicia y de la Comisión de Expertos del Banco Nacional de ADN; del Comité de Ética Asistencial

de Hospital de Barcelona; Miembro del Grupo de Trabajo sobre ética en Horizonte 2020 de la liga LERU; del Grupo de Expertos de la FECYT sobre el programa de investigación europeo de ciencia con y para la sociedad (SWAFs); y del Grupo de Trabajo sobre Big Data del Centro de Excelencia en Big Data de Barcelona, cuyos documentos tienen una gran repercusión a nivel nacional<sup>11</sup>.

Como reconocimiento a su contribución al progreso científico y tecnológico, en 2006 se le otorgó la Medalla Narcís Monturiol de la Generalitat de Catalunya.

### Pablo Simón

Nacido en 1965, Pablo Simón estudio Medicina en la Universidad de Santiago de Compostela, y después se especializó en Medicina Familiar y Comunitaria. Desde el principio de su formación, Simón mostró un interés inusual por los aspectos



esenciales de la relación médico-paciente, con lo que decidió estudiar con profundidad el proceso de consentimiento informado y validar estrategias de evaluación de la capacidad en el ámbito español. En los años 1992 y 1993 cursó el máster de bioética de la Universidad Complutense de Madrid dirigido por el profesor Gracia, lo que sirvió como plataforma para completar su formación académica con una tesis doctoral sobre la historia, teoría y práctica del consentimiento

informado que finalmente presentaría en 1996<sup>12</sup>. Su actividad académica en el campo de la bioética le ha llevado posteriormente a realizar estancias como profesor invitado en el Centro Ethox de Bioética de la Universidad de Oxford, Reino Unido, y en la Universidad de Lovaina, Bélgica.

A nivel profesional, el Dr. Simón trabajó inicialmente como medico clínico en varios centros de salud de la Comunidad de Madrid. Entre 1999 y 2001 se incorporó como subdirector médico a la Dirección-Gerencia del Área 7 de Atención Primaria del IMSALUD. Tras completar su formación con un master en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios, en 2004 le ofrecieron una plaza de profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública, cargo que ocupa en la actualidad<sup>13</sup>. Desde esta tribuna el Dr. Simón desarrolla una intensa actividad docente, investigadora y de consultoría de bioética, especialmente dedicado al área de “Ética, Ciudadanía y Comunicación” y a los cuidados paliativos. Además de esta labor académica, Pablo Simón también ha sido crítico periodístico, altavoz y divulgador de opinión en múltiples medios de comunicación y revistas no especializadas, promoviendo un debate social riguroso, especialmente en torno al desarrollo de legislación sobre el final de la vida.

El trabajo de Pablo Simón ha tenido una tremenda relevancia tanto a nivel autonómico como nacional. El Dr. Simón ha sido miembro vocal del Comité de Bioética de España y del Comité de Bioética de Andalucía. Como reflejo de esta actividad, desde su posición de vocal de la Comisión Autonómica (Andaluza) de Ética e Investigación Sanitarias, colaboró en el desarrollo de la Ley Autonómica 2/2010, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte, que regula cuestiones como el rechazo al tratamiento, el derecho de pacientes a recibir cuidados paliativos, y las obligaciones respectivas de los profesionales de salud en este campo.

### Juan Carlos Álvarez.

Juan Carlos Álvarez Pérez, nació en Madrid el 21 de Junio de 1960. Es Doctor en Medicina y Cirugía y Licenciado en Filosofía y Ciencias de la Educación por la Universidad Complutense de Madrid. También es Máster en Bioética y Jefe Clínico del Servicio de Urgencias del Hospital San Francisco de Asís, de Madrid. Ha sido Codirector del Máster en Bioética de la Universidad Pontificia de Comillas y Profesor de los Máster en Bioética de la Universidad Complutense de Madrid y de la Organización Mundial de la Salud. Actualmente es Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad San Pablo-CEU y profesor de Bioética en Teología Moral en la Universidad de Comillas. Miembro del Consejo Asesor del Instituto de Ética Clínica Francisco Valles -Universidad Europea.



Ha realizado numerosas publicaciones en el campo de la bioética, tanto sobre su fundamentación como sobre aspectos de ética clínica. Su producción intelectual se ha centrado en temas específicos de su actividad académica y profesional. En sus trabajos ha abordado problemas relacionados con la bioética que hemos agrupado en los siguientes cinco bloques.

Fundamentación de la bioética: En 2003 publica el libro "Para fundamentar la Bioética. Teorías y paradigmas. Teóricos en la bioética contemporánea". En él se presentan críticamente algunos de los paradigmas teóricos más influyentes en las bioéticas contemporáneas. Es un tratado, divulgativo pero muy riguroso, sobre las principales corrientes teóricas existentes dentro del mundo de la bioética. Se mantiene en el ámbito de la reflexión filosófica, al margen de cualquier postura confesional o teológica y que se conoce como "bioética secular"<sup>14</sup>.

El concepto de persona: Aunque parte de unas premisas teóricas distintas de las de Peter Singer y de las de Hugo Tristram Engelhardt, su concepción de la persona y del

ser humano es similar. Distingue tres términos básicos: persona (Dios, los ángeles, homínidos, etc.); ser humano (seres humanos que poseen lo propio y específicamente humano) e individuo de la especie humana (seres genéticamente humanos pero que no poseen lo específico humano: sujetos en muerte encefálica, estados vegetativos permanentes, embriones en fases iniciales o congelados, fetos anencefálicos).

El cambio social y los conflictos entre iglesia y ciencia: Vivimos en una sociedad plural, secular y de carácter altamente autonomista. No somos una sociedad de código único, sino de código múltiple, de "extraños morales" a los que Juan Carlos Álvarez define como las personas que no tienen en común suficientes premisas morales o normas de demostración e inferencia moral para resolver sus controversias morales a través de una argumentación racional válida. Habla también de "amigos morales" cuando las personas comparten suficientes elementos morales concretos como para arreglar sus diferencias a través de argumentos racionales válidos o a través del recurso a una autoridad moral, que ambos reconocen como derivada de una fuente distinta del consenso o el acuerdo entre las partes.

Limitación del esfuerzo terapéutico: Cada momento histórico, cada sociedad, deja, en algún grado, su propia huella en la última etapa de la vida por medio de normas, leyes, costumbres, ritos, ideas éticas, prácticas médicas, creencias, aspiraciones, temores, interrogantes. En su capítulo "Limitación del esfuerzo terapéutico" en el libro "10 palabras clave ante el final de la vida" describe los cambios producidos a partir del desarrollo de la medicina tecnológica respecto al cambio en la manera de morir y el cambio de paradigma en la relación clínica. Hace especial referencia a los diferentes concepto y al objetivo de limitación del esfuerzo terapéutico.

Comités de ética asistencial: A su experiencia y participación en el comité de ética asistencial del Hospital 12 de octubre de Madrid se debe su aportación y reflexiones sobre las funciones y funcionamiento de estos comités. Entre sus aportaciones se encuentra la descripción de un modelo donde el Comité es una instancia de deliberación, de debate racional, plural y crítico de los problemas morales, de asesoramiento y de ayuda para quien la solicita y que no puede sustituir ni asumir las funciones de los Comités Deontológicos<sup>15</sup>.

## Corriente filosófica

### Javier Sádaba.

Javier Sádaba Garay nació el 28 de noviembre de 1940 en Portugalete, Vizcaya. Doctor en Filosofía y Letras por la Universidad Complutense de Madrid y Licenciado en Teología por la Universidad Gregoriana de Roma. Profesor visitante en diferentes universidades del mundo como Tübingen (Alemania), Columbia (Nueva York, Estados Unidos) y Oxford y Cambridge (Reino Unido). Actualmente ejerce como Catedrático de Ética en la Universidad Autónoma de Madrid. Miembro del Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona y miembro del Consejo Asesor del Instituto de Ética Clínica Francisco Valles-Universidad Europea.



Como referente para la filosofía contemporánea y por haber sabido abordar de forma accesible ante el gran público, sin perder el rigor, temas relacionados con la vida cotidiana y la felicidad, es habitual su presencia en los debates públicos y medios de comunicación y se ha colocado en los focos de la sociedad y de la política.

Sus aportaciones han llevado a que diferentes autores hayan dedicado trabajos a su pensamiento como “Las convicciones religiosas en la argumentación bioética. Dos perspectivas secularistas diferentes: Sádaba y Habermas-Rawls” y “El universo Sádaba, Javier Sádaba ante el espejo o el otro Sádaba: una aproximación documental”<sup>16</sup>.

Autor de numerosos libros y artículos en revistas y prensa su obra podríamos agruparla en cuatro ejes principales: Ludwig Wittgenstein, la ética, la bioética y la filosofía de la Religión. En este caso nos vamos a centrar en la bioética de Javier Sádaba.

Para Javier Sádaba la bioética es la ética de las ciencias de la vida y su objetivo fundamental es buscar la felicidad. Esto justifica que haya construido una bioética que apuesta por la mejora del ser humano y por la calidad de vida escogiendo lo mejor que puede darnos la ciencia.

Siempre se ha posicionado ante las controversias bioéticas más importantes. Sin miedo ni prejuicios ha dejado margen a la libertad de elección teniendo en consideración el ámbito social del problema y la necesidad de tomar decisiones



responsables. Las cuestiones sobre el inicio y el final de la vida son especialmente importantes en su obra.

Se ha definido su bioética como procedimental (basada en el acuerdo entre los participantes, no en verdades absolutas), gradual (teniendo en cuenta otras especies) y casuista (partiendo del análisis de los casos-problema específicos). Respecto a sus contenidos es una bioética social (considerando el contexto en la toma de decisiones, sobre todo para establecer los límites) y laica (autónoma de la religión).<sup>17</sup>

Su primera obra dedicada a la bioética “Hombres a la carta. Los dilemas de la bioética” (1998), es una obra colaborativa donde presenta una aproximación al concepto de bioética y a sus desafíos en referencia a la clonación, la experimentación con embriones, al Proyecto del Genoma Humano, al aborto o a la eutanasia. En “La vida en nuestras manos” (2000) presenta una apuesta optimista por los avances científicos. En “Principios de bioética laica” (2004) hace una llamada a la responsabilidad y a los límites y posibilidades que ofrece la tecnología. Y, sobre todo, argumenta la autonomía absoluta de la bioética, desvinculándola de cualquier religión.

En este contexto también merece la pena revisar sus artículos. Algunos de los más destacados son “Laicismo y bioética”, “Bioética y democracia”, “La necesidad de la bioética (repensar el sujeto)”, “La felicidad y el cuerpo humano”, “Bioética, inmigración y mestizaje. (El caso europeo. El caso español)”, “Identidad humana e ingeniería genética”, “Multidisciplinaridad e Interdisciplinaridad” o “Neuroética. Sus problemas”.

En otras obras, aunque no sean específicamente sobre bioética, también trata problemas bioéticos esenciales.

*Agradecimientos: a Javier Sádaba, por la grata atención que presta siempre, a Benjamín Herreros por su inestimable ayuda con la información proporcionada y a Juan Carlos Álvarez por su atenta disponibilidad y valiosas aportaciones para la realización de esta biografía.*

## Bibliografía.

1. De la Torre Díaz, F. Bioética. Vulnerabilidad y responsabilidad en el comienzo de la vida. Editorial Dykinson, S.L. 2016
2. Abel F, Terribas N. The dynamics of the bioethical dialogue in Spain. En Pessini L, de-Barchifontaine CP, Lolas F, eds. Ibero-American Bioethics: History and Perspectives. Springer: Dondrecht, Alemania; 2010:245-60.
3. Tomás JF. Javier Gafo: bioética, teología moral y diálogo, Universidad Pontificia de Comillas, 2014.
4. Bermejo JM. Javier Gafo: bioética o vivir como se debe. En: Boletín informativo San Juan de Dios castilla. 2001;242:84-6.
5. Lacadena JR. Javier Gafo, S.I. pionero de la Bioética. En: Normativa 10. 2001
6. Faundez Allier, J.P.La bioética de Diego Gracia.Editorial Triacastella. Madrid.2013
7. Sánchez González MA. Bioética en Ciencias de la Salud, Elsevier.2012:9-13
8. Amaro Cano MC. Dr. Marcelo Palacios Alonso, destacado médico, bioeticista y político asturiano, en el aniversario 80 de su natalicio. Disponible en: <http://files.sld.cu/boletincnscs/files/2015/04/homenaje-marcelo-palacios-en-el-aniv-80-de-su-natalicio5.pdf>
9. Marcelo Palacios. Sociedad Internacional de Bioética. <http://www.sibi.org>
10. María Casado. Observatorio de Bioética i Dret Universidad de Barcelona. Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/es/dra-maria-casado>.
11. María Casado (ed). Bioética, derecho y sociedad. Ed.Trotta, 2015.
12. Simon P. El consentimiento informado: Historia, teoría y práctica. Triacastela: Madrid; 2000.
13. Comité de bioética de Andalucía. Integrates. Disponible en <http://si.easp.es/eticaysalud/content/comite-bioetica-andalucia/integrantes/pablo-sim%C3%B3n-lorda>
14. Ferrer JJ, Álvarez JC. Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea. Desclée de Brouwer; 2013 Álvarez
15. Álvarez JC. Comités de ética asistencial reflexión sobre sus funciones y funcionamiento. En: Bioética, un diálogo plural: homenaje a Javier Gafo Fernández, S.J. / Jorge José Ferrer (ed.), Julio Luis Martínez Martínez (ed.); Universidad Pontificia Comillas; 2005.
16. Del Olmo Ibañez M. El Universo Sádaba, Javier Sádaba ante el espejo o el

otro Sádaba: una aproximación documental. Tesis Doctoral. Universidad de Alicante; 2014.

17. Herreros B, Bandrés F. “Bioética: de la globalización a la toma de decisiones”. Madrid: Editorial Además; 2012.

# La bioética latinoamericana

Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor Fernández-Carrión,  
Marcela Veyta López, Sergio Ruíz Peña,  
Rosalinda Guadarrama Guadarrama.

Índice del capítulo:

- Introducción
- Bioética en Latinoamérica.
  - Breve debate sobre el concepto de bioética latinoamericana.
  - Bioética social latinoamericana.
- Bibliografía.

## Introducción.

El presente estudio sobre la “Bioética latinoamericana: [como] bioética social”, es una continuación de la “Historia de la bioética en América Latina”, elaborada por Miguel-Héctor Fernández-Carrión (2015a, 57-95), y la versión más reducida con el título de “Historia de la bioética en América Latina: una bioética en dos fases”, presentada por Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor Fernández-Carrión, et al., en *Historia ilustrada de la bioética* (2015b, 199-228), en esta ocasión nos centraremos sobre la peculiaridad diferenciadora de la bioética latinoamericana caracterizada como una bioética social.

## Bioética en Latinoamérica.

La bioética que se desarrolla en América Latina desde la década de los ochenta del siglo XX hasta la actualidad, se puede analizar como hace Fernández-Carrión (2005) y Octavio Márquez et al. (2005) desde tres niveles distintos: uno primero a partir de destacar los hechos y acciones más sobresalientes de la bioética desarrollada conjuntamente en Latinoamérica en este período de tiempo analizado; una segunda posición, en la que se muestre una visión de la bioética desde la perspectiva propia de cada país que se realiza de forma específica, y por último, una tercera visión novedosa de la historia de la bioética latinoamericana, que es la que se aplicará en

el presente capítulo, en la que se agrupe las peculiaridades de la bioética que se ha venido dando en los distintos países de América Latina (segunda posición) con las peculiaridades generales que han tenido lugar en el subcontinente (primera posición) y que logran diferenciarse en el tiempo de los estudios de bioética aplicados en el resto del mundo (tercera posición).

La bioética latinoamericana está caracterizada por la politización de la práctica profesional en esta materia, dentro de unas circunstancias socio-económicas de dependencia económica o subdesarrollada, con un matiz claramente de protección social de la población menos favorecida, y en el futuro probablemente -como argumenta Fernández-Carrión- debe marcarse la diferencia de la bioética aplicada en esta zona con las de otras partes del mundo, con la agrupación de los saberes y prácticas de los pueblos originarios americanos, a partir del empleo del estudio transdisciplinar sobre el tema.

### Breve debate sobre el concepto de bioética latinoamericana

Desde principios del siglo XXI, se ha producido un debate entre algunos especialistas de bioética sobre la conveniencia o posibilidad de poder hablarse de una bioética que se desarrolla en América Latina o se puede aludir directamente a la existencia de una bioética latinoamericana; de la primera tendencia destaca Álvarez, y de la segunda Fernández-Carrión y cada vez amplía la nómina de esta última tendencia.

En este sentido, Álvarez propone una “búsqueda de un 'bioética latinoamericana” (Álvarez, 2012: 17-22), alude en primer lugar a Fernando Lolas Stepke, quien reclama “la conveniencia de desarrollar una Bioética latinoamericana con solvencia intelectual y la posibilidad de insertarse creativamente en el pensamiento global” (Lolas: 2007: 47). Para ello, Salazar establece una diferenciación práctica entre la bioética desarrollada en Estados Unidos, Europa y la que existe en Latinoamérica, esta última no es exportación de un istmo “extranjero”, sino que está caracterizada porque “la Bioética latinoamericana está marcada por un fuerte tinte social: los conceptos de justicia, equidad y solidaridad deben ocupar un lugar privilegiado” (Salazar, 2000: 55), singularidad que confirman (Peralta, 2009, Rodríguez Yunta, 2009); en particular Peralta, demandará que la bioética latinoamericana “debe fundamentarse en premisas conceptuales que consoliden filosóficamente su autonomía y autenticidad” (2009: 110).

Asimismo, en defensa de una bioética latinoamericana Parenti indica que “la Naturaleza dialéctica de recíproco condicionamiento entre Bioética y sociedad

plantea la exigencia de construir una Bioética desde América Latina y que permita construir estrategias de desarrollo local desde la salud cuyo ejemplo más significativo, en la actualidad está constituido por la organización de municipios saludables impulsados por la OMS” (Parenti, 2001: 36-37), pero precisa que

*“cuando hablamos de Bioética desde América Latina o latinoamericana no pretendemos la creación de una Bioética para la región geográfica determinada. Toda disciplina sólo puede alcanzar su madurez cuando logra entrar en diálogo con la comunidad internacional que trabaja en dicha disciplina y la Bioética no es una excepción. En realidad, nos estamos refiriendo a una perspectiva latinoamericana es decir a la necesidad de orientar la reflexión teórica y la práctica bioética a la realidad latinoamericana en la que estamos inmersos” (Parentii, 2001: 38).*

De esta forma se constata que Lolas Stepke pretende construir una bioética latinoamericana, Salazar considera que es una tendencia de interpretación de la bioética, mientras que Parenti entiende claramente la existencia de una bioética desde la perspectiva latinoamericana.

Según Martínez-Echazabal el rasgo característico de una bioética latinoamericana “es la permanencia a un espacio geográfico (más que lingüístico), desde México hacia el sur y hasta la Tierra el Fuego, lo que engloba a la América hispanoindia y la América lusa. Suele quedar admitido que los latinoamericanos tendrían como pasado similar un mestizaje entre conquistadores y conquistados” (Martínez-Echazabal, 1998), pero en realidad la mayor peculiaridad de la bioética latinoamericana es la establecida inicialmente por la bioética argentina, caracterizada por una fuerte preocupación y alternativa social (Fernández-Carrión, 2015).

A pesar de esto, Álvarez al final del texto “¿Bioética latinoamericana o bioética en Latinoamérica?”, señala que más que de una bioética latinoamericana habría de hablarse de una bioética en Latinoamérica, “parafraseando a Zea [hay que hacer], Bioética sin más. Al hacer Bioética, lo latinoamericano vendrá por añadidura” (Álvarez, 2012: 26), pero mejor sería decir que primero hay que comprender las peculiaridades de la teoría y la aplicación de la bioética en Latinoamérica, con respecto al resto del mundo y posteriormente marcar estas diferencias como propias, y a partir de ese momento se puede hablar de bioética Latinoamericana (Fernández-Carrión, 2015).

Gracia establece cuatro períodos históricos éticos y por ende -Álvarez (2012: 18)- lo entiende como bioéticos en Latinoamérica:

1. La “ética del don” prehispánico (“previo al descubrimiento” -Gracia-), consiste en una interpretación “mítico-mágica y religiosa” de la vida, donde la relación dual opuesta don-deuda, incluido salud-enfermedad es fundamental. Con el descubrimiento de América no desaparece esta ética del don, aunque si se diferencia con la nueva orientación monoteísta del catolicismo: “esto haría que se interpretara el descubrimiento del nuevo mundo como un ‘don’, que repercutiría en la creación de otros mitos como el del ‘buen salvaje’ (Gracia, 1998, 2007: 22-23). En la ética prehispánica se aprecia un vínculo directo o “don” de la naturaleza con la vida humana (FC).

2 La “ética de despotismo” durante la conquista, está caracterizada por una ética “de la guerra y el sometimiento forzoso”, en ese momento el “mal salvaje” (ya no el “buen salvaje”) someten a la fe cristiana “al servicio de la corona”. Al nivel médico se obliga el abandono de la sanación natural, propia mayoritariamente del período prehispánico, por otra más acorde con la religión, donde los males son causados por los pecados propios o del colectivo, y para su curación demanda del sometimiento religioso individual y del grupo social (FC).

3. La “ética del paternalismo” en la colonia, entiende que las poblaciones “conquistadas” son “bárbaras” al considerar que poseen fuerza física (son susceptibles de mano de obra o fuerza de trabajo), pero le falta el aspecto racional y espiritual, demanda por parte de la iglesia de una tutela forzosa, pues a los indígenas se les consideran como “niños”, no esclavos (que prohibía las *Leyes de Indias*). En ésta como en la anterior época la medicina occidental se aplica a los indígenas por medio de los sacerdotes (“evangelizadores”), que fundaron hospitales y brindaron atención médica-religiosa (FC), en el caso que el indígena retornara a su medicina mágica, lo hacía con un “enfoque distinto” (Gracia, 2007: 26-31). Se desarrolló la medicina occidental con la formación de médicos en las universidades de América, pero como la atención de salud estaba basada en la estructura social (feudal), la mayoría de la población indígena queda excluida (FC).

4. La búsqueda de una “ética de la autonomía” a partir de la independencia. Tras el proceso político de independización de Latinoamérica, se desarrolla una búsqueda de una ética propia, consiste en una emancipación política, primero y moral posteriormente (Gracia, 2007: 32-34). Esta ética de la autonomía, con el apoyo especial de la masonería internacional [norteamericana, francesa e inglesa, atendiendo al orden de incidencia], tiene sus antecedentes a finales del siglo XVIII, con la independencia de las

13 colonias (de Estados Unidos) en 1776 y la revolución francesa en 1789. Este pensamiento es introducido en las colonias por los criollos (Álvarez, 2012: 19) con el apoyo ideológico, político y económico de la masonería (indicada anteriormente), “cuyos intereses cada vez coincidían menos con los de los españoles” (Álvarez, 2012: 19) o mejor dicho eran contrarios a la corona española, fomentado por los propósitos de promoción nacional norteamericano, francés o inglés, dependiendo de la logias dirigentes en cada momento histórico imperante (FC). “Formalmente se trata de un avance” -señala Álvarez-Díaz, 2012: 19-, pero en realidad -como apunta el mismo autor- la asistencia sanitaria “no se modifica y se agudiza” con el desarrollo de la medicina en el siglo XX, las “clases privilegiadas” tienen acceso, mientras que los “pobres” (incluidos los indígenas) no (Álvarez-Díaz, 2012: 19). Esta dicotomía se ha perpetuado en el tiempo, en los países en vía de desarrollo, en los que la población privilegiada económicamente se pueden equiparar con la del primer mundo, mientras que los desfavorecidos no, pues en el mundo desarrollado con la aplicación de la política económica del bienestar (España, Alemania etc.), toda la población puede acceder al mismo sistema de sanidad, acorde con lo que indica Drane de que “el desarrollo de las ciencias biológicas, que impulsó la Bioética en las naciones desarrolladas, es ahora parte de la vida contemporánea y también de las naciones en desarrollo. Centros médicos modernos con alta tecnología se pueden encontrar en las grandes ciudades de todo el mundo” (Drane, 2002). En Latinoamérica la población con recursos económicos acude a centros de salud privados, principalmente en las grandes ciudades o en general en las urbes puede aplicar disposiciones específicas de la bioética, como el consentimiento informado y el documento de voluntades anticipadas (DVA), por el que se opta por alguna medida bioética para el final de la vida o en un momento de enfermedad crónica irreversible del paciente, como la medicación del proceso de morir: eutanasia, suicidio médicamente asistido, etc.; así como la medicina del inicio de la vida: técnicas de reproducción asistida, investigación de células embrionarias, etc.) o la medicina altamente tecnificada: medicina genómica, etc. Mientras que en el mundo rural y en las ciudades la población sin recursos económicos suficientes no cuenta con acceso a la salud privada, ocasionalmente cuenta con atención médica pública, sin embargo, ésta es muy deficiente.

5. Promoción de una “ética de la liberación”, propuesta por Fernández-Carrión (2014) a partir del ideario de Enrique Dussel (1996), consiste en la lucha por un nuevo tipo de ética, más igualitaria y que termine con las diferencias étnicas y sociales preestablecidas, desde la perspectiva



exclusivamente ética, no económica y política que demandaría otro tipo de reivindicación, aunque en este sentido La Rocca, Mainetti e Issel (2010) indican que la posible relación entre la ética de la liberación y la bioética “no existe todavía”. De acuerdo a estos últimos criterios, Álvarez incide en señalar que por esta misma razón “no existe todavía una propuesta de una 'Bioética de la liberación'” (Álvarez, 2012: 25). Dentro de este nuevo tipo de ética -según FC- se puede aludir a la búsqueda de la equidad sanitaria, entendida como “la ausencia de disparidades en la salud (o en los principales determinantes sociales de la salud) entre grupos con diferentes niveles de ventajas/desventajas sociales subyacentes -esto es, riqueza, poder o prestigio-” (Braveman, Gruskin, 2003: 254).

Dentro de los grupos sociales desfavorecidos, destacan en Latinoamérica la población indígena, la cual es numerosa en Bolivia, Perú y Paraguay, seguida por la de Brasil, Chile y México, mientras que es menos numerosa en Argentina y Uruguay.

### Bioética social latinoamericana

Distinto a la teoría principialista anglosajona, introducida y aplicada en Latinoamérica, con una perspectiva que supera la concepción individualista, con otra con interés social, se presenta en primer lugar la postura comunitarista en la que se considera que la teoría ética debe trascender la idea del individuo para lograr un vínculo esencial entre las personas y sus respectivas comunidades [o sociedad] (Sandel, 1982). Los comunitaristas resaltan el concepto de “comunidad” entendida como “un centro de cooperación en el que las interacciones de los individuos se caracterizan por la presencia de sentimientos y lazos afectivos” y las “relaciones sociales”, al considerar que “es imposible comprender a los individuos sin atender a los contextos comunitarios que apuntan a su interdependencia” (MacIntyre, 1984: 221). Esta postura comunitarista es defendida por Sandel, MacIntyre, Taylor, Callahan y Emanuel.

Entre la concepción individualista y el comunitarismo, se puede señalar el posicionamiento defendido por Sergio Cecchetto en sus diferentes publicaciones sobre la bioética, en el que atiende a todos los componentes participantes en dicho proceso: en *Dilemas bioéticos en medicina perinatal. [frente a] Imperativos tecnológicos e improvisación moral* (1999) trata de los protagonistas (el paciente, la familia, el equipo médico y el embarazo y el parto), más las “consideraciones” (bioética y economía, bioética y eutanasia, toma de decisiones médicas e inicio y

suspensión de tratamientos), mientras que en *Teoría y práctica del consentimiento informado en el área neonatal* (2001), alude a los escenarios (instituciones sanitarias, las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales y los Tribunales), los actores “y sus lógicas” (el paciente, la familia, el equipo sanitario y el Estado) y el asunto en cuestión de los consentimientos informados, en ambas publicaciones trata por separado los aspectos de la salud y de la ética y los confronta para analizar y criticar la realidad existente de cada uno y de ellos en su conjunto en la toma de decisiones desde la perspectiva bioética, lo hace de estas dos formas, pues como comienza cuestionándose “creemos que las ciencias de la salud saben *cómo hacer*, pero están faltas de pensamientos; mientras que la ética en cambio puede aportar ideas sobre *qué hacer*, además de señalar el sendero que ha de recorrerse para alcanzar recomendaciones consensuadas en circunstancias dilemáticas” (Cecchetto, 1999b: 150), de esta necesidad de la aplicación bioética en la toma de cuestionamientos médicos, pasa a analizar a todos los “protagonistas”, en estos casos bioéticos, unido a las “consideraciones” teóricas pertinentes para la mejor comprensión del tema tratado, como se recoge en *Dilemas bioéticos...* (1999b), pues como señala en particular Maliandi en el “Prólogo” de *Teoría y práctica...*, de Cecchetto, “el supuesto básico y punto de partida es la convicción de que *todos* los seres humanos, incluidos los recién nacidos (y aun aquellos con deficiencias), son depositarios de una *dignidad que debe ser universalmente reconocida y respetada*. Sin este reconocimiento y ese respeto se imposibilita toda disciplina práctica” (Maliandi, 2001: 9); pues para el entendimiento pleno y comprometido con la realidad social, atiende a todos los protagonistas y las circunstancias que inciden en el hecho analizado, tal como lo promueve y realiza Cecchetto, como se ha resaltado en *Dilemas bioéticos...* (1999) y en *Curar o cuidar. Bioética en el confín de la vida humana* (1999a).

El tercer paso evolutivo, busca la caracterización de una bioética latinoamericana, a partir de entender que la problemática de los casos bioéticos demanda de la participación colegiada de los “protagonistas” de los mismos (segundo paso, propuesto por Cecchetto), así como la vinculación del individuo con su comunidad (sociedad, defendido por Sandel y MacIntyre, entre otros), da lugar a la defensa de los derechos de las personas expresada por Pfeiffer en el “Prólogo” de la *Bioética ¿estrategia de dominación para América Latina?* (2004a), al señalar

*“¿Qué va a encontrar un lector interesado en este libro? Una propuesta, de pensar la bioética desde otro espacio ético, desde el lugar de los derechos de las personas a ser tales, desde el respeto a los individuos y las sociedades, a las culturas y las leyes. Pero también una crítica*

*descalificadora de los que usan a la bioética como elemento estratégico de dominación. El propósito en este sentido es desenmascarar a los poderes que proclamando los derechos humanos atentan contra ellos, que se amparan tras una proclama sofisticada d respeto a las culturas para discriminar, que pregonan la necesidad de controles y revisiones de prácticas e investigaciones para poder formar parte de los organismos controladores y legitimar la corrupción, la depredación, el uso de las personas” (Pfeiffer, 2004a : 8)*

Tras criticar a los entes oficiales u oficialistas que utilizan la bioética en beneficio propio en contra de un bien común, seguidamente defiende la intencionalidad establecida por la *Declaración de Helsinki*, al señalar que “recurrir a la Declaración de Helsinki, resulta en este caso una defensa para los intereses de los más vulnerables y los más pobres” (Pfeiffer, 2004a: 9), y ultima con la propuesta de un posicionamiento propio de la bioética latinoamericana, como propone Tealdi con el título de “Una bioética latinoamericana ¿un nuevo orden moral?, pues como indica Pfeiffer:

*“Tealdi, propone una nueva bioética apoyada sobre la vigencia de los derechos humanos como un nuevo orden moral. Este deberá ser construido desde América Latina evitando toda pretensión globalizadora. La forma de hacerlo es abandonar los moldes anglosajones que viene siguiendo la reflexión bioética y construir otros tomando en cuenta las problemáticas que surgen en un contexto de injusticia y corrupción como es el ámbito latinoamericano (...). Habrá que animarse a elaborar una nueva bioética resistiendo a los poderosos y al mismo tiempo construyendo idea, conceptos, perspectivas que tengan en cuenta la dignidad de las personas y las múltiples identidades culturales que nos constituyen” (Pfeiffer, 2004: 8-9).*

En esta línea, se constata que son numerosos los estudios que relacionan la bioética con los derechos humanos, como lo hace por ejemplo Ricardo Páez Moreno en “Los derechos humanos y la bioética: Una perspectiva desde Latinoamérica” ([2005]), que como expone en sus conclusiones “Los derechos humanos en su comprensión tradicional, han sido un aporte invaluable para la humanidad. Sin embargo, las múltiples definiciones y clasificaciones de los derechos obedecen a una visión individualista y sobre todo lejana del contexto histórico y cultural de los países pobres, que ha quedado lejos de dar respuesta a los grandes desafíos planteados por la gran mayoría de la humanidad” ([2005]: 17). De igual forma, lo hace varios

autores al tratar sobre el “Sistema de derechos humanos” (Héctor Gros Espiell et al.) y “Derecho a la salud” (Horacio Cassinelli et al.) en el *Diccionario latinoamericano de bioética* (2008: 242-258 y 226-240) y sobre algunos derechos en particular, como se trata en la “Declaración ibero-latinoamericana sobre derecho, bioética y genoma humano” (Declaración de Manzanillo, en Colima, México, en 1996, revisada posteriormente en Buenos Aires, en 1998 y en Santiago de Chile, en 2001”, en particular en el punto tercero pone énfasis en esta cuestión social para demandar de una políticas bioéticas más sociales, al señalar que “dadas las diferencias sociales y económicas en el desarrollo de los pueblos, nuestra región participa en un grado menor de los beneficios derivados del referido desarrollo científico y tecnológico, lo que hace necesario: a) una mayor solidaridad entre los pueblos (...)” (2001: 2).

El cuarto paso, se origina con la consideración inicial de “los determinantes sociales de la salud”, por el que León Correa (2011) toma en consideración los extremos que expresa Emanuel (2000) al señalar que “es patente que las desigualdades en salud crean en ocasiones [en mayor número de ellas -FC-], pero también su contrario se ha puesto de manifiesto: cada vez está más fundado que las desigualdades sociales crean desigualdades en salud [como apunta Emanuel -2000: 101-106], por lo que es necesario -como concuerda OMS/OPS, entre otras instituciones- tenerlas muy presentes a la hora de establecer políticas de atención y de buscar propuestas y mejoramientos (OMS/OPS *et al.*, 2005: 96-105). Por todo ello, León Correa (2011) entiende que la pobreza y la discapacidad se relacionan -en ocasiones directamente- con la enfermedad, y las tres con la “calidad de vida” (León Correa, 2011: 22).

Aparte de este perspectiva general sobre la cuestión social de la salud pública en América Latina, también se ha producido propuestas particulares sobre la misma cuestión; por ejemplo, desde un posicionamiento religioso, como lo realiza Cardona Ramírez al exponer “El desarrollo de la bioética en Latinoamérica y el aporte desde el franciscanismo” (2010), donde presenta una breve desarrollo histórico de la bioética en América Latina en torno a la problemática social y económica que pervive en el subcontinente, dándole al final una impronta franciscana, y en especial de san Francisco de Asís. Próxima a esta línea se podría aludir a un posicionamiento humanista, como lo propone María Do Céu Patrão Neves en “Fundamentación antropológica de la bioética: expresión de un nuevo humanismo contemporáneo” (2002: 107- 120) o María Isabel Gil Espinosa en “Bioética una nueva propuesta de humanización y actitud frente a la vida” (2000), pero igualmente Schramm y Kottow, con un planteamiento moralista, en los “Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas” “intenta caracterizar la especificidad de los problemas

morales en la salud pública y analizar la aplicabilidad del modelo principialista como padrón para dirimir sus conflictos” (2001: 949), pero lo que realmente están proponiendo es un posicionamiento político-social para establecer una “alternativa para una ética [político-social] en salud pública” para América Latina, para ello después de analizar la “inadecuación del modelo principialista” (950-951), proponen un principio de solidaridad, una ética de la responsabilidad y de protección y responsabilidad óntica y diacónica (950-954), de todos ellos destaca en especial el “principio de protección”, por el que

*“rescatando los contenidos morales, del principio de responsabilidad, la protección es una versión actualizada de lo anterior pues recupera el sentido de responder voluntariamente a las necesidades de los otros y también de se preocupa de la eficacia y de la efectividad de las medidas de protección sanitaria adoptadas./ (...) principio de protección, el cual impone el deber de eficacia como condición necesaria para una protestad legítima de intervención, autorizada para exigir a la autonomía personal que se ajuste al bien común./ La ética de protección debe ser entendida como un compromiso práctico, sometido a alguna forma de exigencia social, con lo cual la protección se vuelve un principio moral irrevocable, puesto que agentes, afectados, tareas y consecuencias deben ser definidos (...) el principio de protección, que consideramos más apropiado para integrar responsabilidad moral y efectiva pragmática, respetando ya sea la pluralidad de necesidades y valores de las sociedades actuales como alguna forma justa y razonable de propiciar bienes sanitarios (Schramm, Kottow, 2001: 954-955).*

En cambio, desde un posicionamiento político, Mora Sánchez considera que la ideología marxista es la que podría caracterizar el posicionamiento social de la bioética de Latinoamérica, en su “Perspectiva de la bioética en América” (2010), al señalar que “la Bioética en América va de lo clínico-médico-biológico al hombre como ser social, a los problemas del ser humano y de la vida en todas sus dimensiones; es decir, a una perspectiva social, global, como un movimiento o activismo político centrado en las grandes inequidades, la pobreza, la exclusión y la discriminación, como condición básica para la dignidad humana” (2010: 10), pero lo vincula con la “socialización y el desarrollo” de la bioética en Cuba; aunque, esta misma perspectiva la extrapola al resto de Latinoamérica Rivas-Muñoz et al., a través de la puesta en marcha de una “bioética de intervención”. “centrada en la justicia y la salud pública, cuyos proponentes son Garrafa y Porto” con la pretensión como resalta en señalar “tenemos muchas posibilidades de construir una bioética

que apunte a la emancipación de los individuos y los pueblos, y hacia ella nos dirigimos porque no nos es suficiente una bioética que centre su teoría y su práctica en asuntos que finalmente están siendo reducidos a unas normas de buenas prácticas clínicas y de investigación con seres vivos, como si esos fueran nuestros más importantes problemas, aunque los tengamos y nos debamos ocupar también de ellos”, en favor de la emancipación, el “buen vivir” y la salud pública (2015: 143 y 150). El referente teórico de Rivas-Muñoz et al., es la “bioética de protección” trabajada por Volnei Garrafa y Dora Porto (2008, 161-164) y próximo a ella también se encuentra Miguel Kottow en “Bioética de protección” (2008, 165-166). En relación a esta última, se puede precisar que en Brasil, Argentina y Chile, entre otros países latinoamericanos, ha surgido una bioética de carácter proteccionista a favor de los vulnerados (Schramm, Kottow, 2001: 17), con una

*“bioética de protección, entendida como un nuevo abordaje que debe ser aplicado en los países en desarrollo, [y que] quiere, sobre todo, normativizar las prácticas humanas, anticipando e incentivando los efectos positivos y con previsión de los eventuales efectos dañinos para los individuos y los pueblos, de modo que se prescriban los actos considerados correctos y se proscriban los incorrectos, dentro de la realidad latinoamericana (...), con niveles de desigualdad vergonzosos y con dolencias propias del subdesarrollo aliadas a patologías de países desarrollados” (Schramm, Rego, Braz, Palacios 2005: 17).*

Estas grandes diferencias desigualdades económicas entre gran parte de la población en América Latina, se ven agravadas por la actitud comercial de las multinacionales farmacéuticas, pues como indica Peter C. Gotzsche, investigador y co-fundador de la Cochrane Collaboration “la industria farmacéutica trabaja por las ganancias, y no por los pacientes” (en su libro *Medicamentos que matan y crimen organizado*, cfr. “Peter Gotzsche: La industria farmacéutica le miente a los médicos”), como quedan reflejadas en las declaraciones dadas públicamente por parte del consejero delegado de Bayer, Marijn Dekkers “no creamos medicamentos para indios, sino para quienes pueden pagarlos” (como recoge la Asociación Latinoamericana de Medicina Social en “Red de medicamentos”). En cambio, desde la consideración de la interculturalidad, lo trabajan varios autores en *Salud e interculturalidad en América Latina: Antropología de la salud y crítica intercultural* (2006), aludiendo a las realidades indígenas principalmente en Bolivia... y México.

El quinto paso, tiene que ver con la verdadera puesta en práctica de la bioética social, que se puede relacionar -según Fernández Carrión- con la elaboración de una

ética “del cuidado y la solidaridad”, en esta línea de pensamiento León Correa considera clave en primer lugar dar intencionalidad social al estado de vulnerabilidad, pues como señala Bermejo “la vulnerabilidad tiene el poder de sacar lo mejor de nosotros mismos, activar los valores más sólidos, ayudarnos a construir redes basadas en la relación y no en la independencia, basadas en la relación y no en la independencia, basadas en el interés por los demás y no sólo por uno mismo. En el modo como nos acercamos a la vulnerabilidad propia y ajena revelamos nuestro grado de humanidad” (Bermejo, 2002), para que seguidamente se conforme la “ética del cuidado” y se aplique con intencionalidad solidaria; más allá de los debates actuales sobre los límites de la justicia, aproximándose a la dimensión personal de la experiencia de la discapacidad y la vulnerabilidad, con énfasis en la solidaridad para lograr una mayor acción dentro de la justicia social (Ralston, 2010), coincidente con lo que indica Sen, de que “es preciso reconocer que la ética del cuidado pone de relieve elementos importantísimos para la vida moral. El cuidado se refiere, en definitiva, a la sensibilidad ante las necesidades y vulnerabilidades del otro concreto, en su singularidad, con quien estamos en relación” (Sen, 1997). La ética filosófica debe atender (desde la concepción de las éticas clásicas a las éticas de la responsabilidad, pasando por la del cuidado), “las repercusiones que comporta para la ética médica la extensión social de [las] personas en situación de especial vulnerabilidad” (Bonete, 2009). En esta misma línea, se muestra, García Alarcón al señalar que “quienes se dedican al estudio de la Bioética en Latinoamérica, tienen la obligación de preocuparse como hombres y como profesionales, por las condiciones miserables en las que tendrán que sobrevivir las futuras generaciones (...) aumentar la efectividad de las tareas del Estado y posibilitar el acortamiento de la brecha de la inequidad hacia la equidad (...)” (2012: 46 y 51). De igual forma se expresa, Salazar en “Una visión diferente de la bioética”, al indicar que “nuestros problemas giran no tanto en cómo se usa la tecnología médica, sino más bien en quiénes tienen acceso a ella. La Bioética latinoamericana está marcada por un fuerte tinte social: los conceptos de justicia, equidad y solidaridad deben ocupar un lugar privilegiado” (2000: 35), por esto mismo León Correa termina proclamando “Una bioética social para Latinoamérica”, que pueda “(...) aportar también al debate los estudios que profundizan en la ética del cuidado y de la solidaridad, además de los ya conocidos que apelan a la ética de la responsabilidad, más allá de una bioética basada exclusivamente en la aplicación de unos principios éticos fundamentales (...). Las nuevas propuestas para el desarrollo de la bioética como disciplina de debate ético social y político [están] ligada a las exigencias éticas de la justicia y el desarrollo social” (2005: 26 y 19).

A este punto de la solidaridad médica llega León Correa a partir de analizar la aplicación de la teoría principialista en relación a las actuales peculiaridades

inherentes en América Latina, en el apartado dedicado a los “Principios de bioética clínica, institucional y social”, al señalar que a estos principios le falta -acogiéndose a la idea expresa por De Velasco (2003)- un quinto: “el principio de solidaridad, más allá de la justicia, tanto a nivel social como individual” (De Velasco, *La bioética y el principio de solidaridad*, 2003), pues como señala León Correa

*“una sociedad puede implementar un sistema que garantice la asistencia en salud a todos, con prestaciones de alta calidad si lo permite el desarrollo económico (...). Mientras que por el contrario, un sistema con menos recursos -económicos y humanos- como el sector de salud pública chileno, ve de hecho compensadas sus deficiencias actuales por una solidaridad beneficiente desde la propia sociedad o los individuos. Pero existe también un deber ético de solidaridad por parte de todas las instituciones públicas a todos los niveles, que para el Estado se convierte en deber de subsidiariedad allí donde no llegue la iniciativa particular de los ciudadanos” (“Principios para una bioética social”, 2009: 24).*

De igual forma se expresa Micheli, al apuntar que “las problemáticas de la pobreza y la exclusión, que se han agravado en América Latina en las últimas décadas, presentan también serios desafíos para la realización del bien común” (Michelini, 2008: 71), para lograr la justicia y el bienestar social (FC), es necesario primero lograr la erradicación de la pobreza y fomentar un desarrollo económico y social que beneficie a los más desprotegidos, para lograrlo Daniels *et al.* (2000) proponen una reforma de los sistemas de salud tendente a la equidad social, mientras que Pérez de Nucci alude a concepto de “la justicia [que] es el nombre que la ética biomédica propone como nueva filosofía de la salud para la consideración y tratamiento del problema de los pobres” (Pérez de Nucci, 2008: 115). Por todo esto, Rodríguez Yunta, proclama (como lo hiciera anteriormente Salazar -2000- y León Correa -2005-) que “(...) en Latinoamérica se ve como necesario dar el paso de una bioética centrada casi exclusivamente en los aspectos de ética clínica a una de carácter más social, en que se afronte la promoción de la ética institucional con una mejor gerencia y condiciones laborales, la elaboración de políticas públicas de salud y de distribución de recursos en base al logro de equidad y la evolución hacia un sistema de salud más justo, de acuerdo con las exigencias y necesidades de la sociedad (...), [en la que se produzca el] bien común y equidad social; desarrollo sostenible y cuidado del medio ambiente; sociabilidad y solidaridad para la convivencia; aceptación y aprecio de la diversidad; ciudadanía, democracia y participación” (2009: 91-92).



Esta bioética social pretende además “la equidad en el acceso a bienes y servicios, la necesidad de armonizar tradiciones diversas en la superior síntesis del panamericanismo, la constante necesidad de reformar y transformar instituciones (...) temas convertidos en procesos sociales, ideas fuerza y esfuerzo legislativo” (Lolas, 2000: 13-18) o como considera León Correa a través de la aplicación de la bioética de la calidad de vida: “no puede ser sólo un modelo de determinar la proporcionalidad o no de un tratamiento médico, o de delimitar desde la economía los grados de pobreza o riqueza de algunos grupos sociales distribuidos en quintiles. Lo que nos importa es la situación de vida que deben tener los seres humanos, lo cual se nos presenta como una exigencia moral a cada uno, pues los otros y su vida nos interpelan -en el sentido de Ricoeur y Levinas- y nos plantean exigencias desde la ética personal y, sobre todo, desde la ética social” (León Correa, 2011: 26).

De igual forma se expresa Otero Morales en “Atención clínica y contexto social” (2008: 74), así como también lo hace varios autores al tratar sobre la “Pobreza y necesidad” (Jutta Wester et al.) en el *Diccionario latinoamericano de bioética* (2008: 515-527), el apartado dedicado a “Bioética, justicia y pobreza en Latinoamérica” en *Bioética y sociedad en Latinoamérica*, de Francisco Javier León Correa (coordinador) (2012: 20-79) y Maglio et al., al resaltar la cuestión social de los servicios públicos, con los siguientes términos:

*“La salud es un derecho que no podemos ignorar y el instrumento adecuado para que ese derecho sea respetado es un sistema hospitalario que sea pensado “para la comunidad” [...]. El hospital público debe realizar su tarea social con la comunidad y ha de pertenecerle claramente por lo que debe ser de la comunidad. Ese será el modo en que la comunidad defiende su propia salud como un derecho. Por lo tanto, la estructura hospitalaria debe ser “desmilitarizada” [democratizada directa], lo cual redundará en relaciones de pares, democráticas que permitirán vincular estrechamente los fines y los medios del equipo de salud con los de la comunidad para que saberes y poderes circulen libremente sin ningún tipo de sometimiento [y dirigismo y ocultismo]” (Maglio, Pfeiffer, 2004: 123).*

Para la solución de toda esta problemática social de la salud pública, Callahan (1998) propone la implantación del “principio de solidaridad” en busca de una medicina que sea al mismo tiempo equitativa y sustentable, pero según Schramm y Kottow este “(...) principio de solidaridad se expone a innumerables críticas, sobre todo allí donde se le utiliza para legitimar políticas de asignación de recursos, que son reconocidamente finitos y escasos recursos [que además son desviados para el

enriquecimiento personal, a través de la corrupción política imperante] en cualquier sistema sanitario” (2001: 951).

En cambio, en la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aún no se aprecia ese interés por la defensa de una bioética social en Latinoamérica, baste para ello apreciar el contenido del *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de bioética en la OPS*, a pesar de ser su editor Fernando Lolas Stepke y participe James Drane (2004).

Resumiendo, existen seis tipos, que se han venido a denominar -según Fernández-Carrión- “pasos evolutivos” para el logro del establecimiento de una bioética latinoamericana, cuya desarrollo se inicia con la emancipación en parte y en fase progresiva de la teoría principialista anglosajona, durante la década de los ochenta hasta la primera década del siglo XXI, en proceso de conformación de una bioética propia, en torno a lo que Fernández-Carrión denomina “teoría social”, que caracteriza la bioética desarrolla en América Latina, desde la primera década del siglo XXI hasta la actualidad. El primer paso, está protagonizado por los comunitaristas, que defiende Emanuel (2008), entre otros. Seguido, por un segundo paso protagonizado por el posicionamiento mantenido por Cecchetto (1999 ss.), al atender prácticamente a todos los componentes partícipes en el proceso de salud pública (paciente, la familia, el equipo médico, entre otros). El tercer paso, lo constituye la defensa de los “derechos de las personas” a propuesta de Pfeiffer (2004a), y en general la vinculación con los derechos humanos, por Paéz Moreno ([2005]), entre otros. El cuarto paso, se centra sobre los determinantes sociales de la salud, como hace León Correa (2011), desde su perspectiva generalista, pero también se ha propuesto desde posicionamientos particulares, como el religioso (católico) por parte de Cardona Ramírez (2010) o político (marxista) por Mora Sánchez (2010) o desde la interculturalidad o la diversidad cultural por Fernández Juárez (coordinador, 2006). Por último, el quinto paso, está relacionado con la propuesta de una práctica de una bioética social, a la manera como lo propone León Correa (2005 y 2008d), Bermejo (2002), Salazar (2000), entre otros.

Existe otro criterio sobre la conformación de la bioética latinoamericana, como lo hace Tealdi al considerar que se produce de la siguiente forma: “como cultivo de un pensamiento de origen y dominancia angloamericana, moderado por corrientes europeas, pero creciendo en un territorio con una larga historia de injusticias y violaciones a los derechos fundamentales de las personas” (Tealdi, 2004: 43), estas dos razones favorecen el desarrollo de la bioética latinoamericana:

*“En primer lugar la recepción [de la bioética en Latinoamérica] se produjo después de veinte años de desarrollo de la bioética en Estados Unidos y en*

*Europa, en una Región que salvo aisladas excepciones no mostraba antecedentes académicos, normativos o institucionales en el campo; y por tanto con una permeable voracidad de toda producción externa en la materia sin que mediaran análisis críticos relevantes. En segundo lugar, la cooperación internacional con América Latina en materia de bioética, en sus diversas fuentes de origen y con sus diversos enfoques, no mostró acabadamente hasta promediados los años noventa un distanciamiento en algunos de esos proyectos y concepciones de la táctica o al menos no problematizada vinculación previa entre ética y derechos humanos, ni de la distinción entre racionalidad moral y racionalidad estratégica que de un modo u otro todos los bioeticistas admitían. Ese contexto de los noventa puede ser visto entonces, aún con sus prolegómenos de lo que vendría, como continuidad del orden moral internacional que desde Nuremberg y la Declaración Universal de los derechos humanos pasando por las declaraciones de Helsinki y Alma-Ata, se tuvo durante cincuenta años como consenso para el desarrollo científico y tecnológico en el campo de las ciencias de la vida y la salud. Consenso que en el orden moral presuponia -más allá de sus reiteradas negaciones fácticas- un equilibrio respeto de soberanía individual y comunitarias y de autodeterminación de las naciones [frente a la injerencia internacional norteamericana]" (Tealdi, 2004: 43-44).*

En resumidas cuentas, la nueva bioética latinoamericana -según Pfeiffer- parte de la idea, de que

*“la reflexión ética y por consiguiente la bioética no puede hacerse desde 'ningún tiempo y ningún lugar', sino que debe considerar las situaciones y la vida de la gente. Plantear la ética como una teoría [no una práctica] no hace más que acentuar la confusión que permite que ella esté ausente de la vida cotidiana (...).*

*La bioética comparte hoy con la ética y la política el desafío de imaginar ese espacio común, pero afronta además otra tarea que es la de repensar la institucionalización de las acciones a llevar a cabo para poner en acto la plena vigencia de los derechos; fundamentalmente el derecho a la salud como uno de los fines comunes reconocidos. La resultante será un entre, en que estemos todos involucrados, del que no podamos quedar fuera, en el que el derecho sea algo más y mejor que aquello que los sujetos reciben o pierden según el humor de las instituciones de gobierno. Un inter*

*reconocido, aceptado y deseado como única garantía de con-vivencia, que permita, sobre todo hoy, definir actitudes frente al denominado progreso biotecnológico, la mayor fuente de ambigüedades cuando de derecho se trata” (Pfeiffer, 2004b: 13-14).*

O como indica igualmente Pfeiffer en el “Epílogo” de *Bioética ¿estrategia de dominación para América Latina?*

*“Hay una amenaza a la salud cuyo origen no es la práctica biomédica espúrea, sino que nace de las condiciones que la hacen posible, como las ambientales, las sociales y las político-económicas. Sería una ingenuidad [y un descuido político de responsabilidad social -FC-] sostener, sobre todo luego de ver los supuestos desde los que se ejerce la ciencia actual y los intereses a los que responde, que los objetivos y las consecuencias de la tecnociencia deberían ser tratadas sólo por foros de expertos. Esas cuestiones deben ser solucionadas por los ciudadanos. La presencia participativa de la denominada sociedad civil es no sólo algo posible sino deseable (...). Nadie puede concebir el propio beneficio separado del beneficio social, porque sería negar en la misma formulación del principio la manera en que todo hombre desarrolla su existencia (...). Son las sociedades autónomas [no el Estado, ni las instituciones científicas o empresariales -FC-] las que deben decidir qué ciencia, para qué y cuánta ciencia” (Pfeiffer, 2004a: 251).*

En resumidas cuentas, como se ha podido apreciar en este apartado 3 de “Bioética social latinoamericana”, se han presentado cinco posicionamientos diferenciados, heterogéneos, sobre la interpretación y aplicación dada sobre la bioética en América Latina, pero faltaría añadir un sexto paso, que consiste en una perspectiva unificadora de la bioética latinoamericana, caracterizada por los siguientes cinco puntos programáticos de la bioética social, propuestos por Fernández-Carrión (2015):

1. Politización [social] de la bioética (como propone Garrafa, Erig, 2009), para alejarla del escenario normal de la política, para aproximarla a la reivindicación de los derechos sociales (FC). Parte de ser una predisposición para indicar en la práctica que son los representantes sociales los principales protagonistas -actores- de la aplicación bioética, así como deben participar también en el debate y en los comités de ética como parte de la sociedad, el personal hospitalario, pacientes, abogados, sociólogos,

etc. (FC).

2. La actitud a seguir debe considerar que la reflexión ética, y por consiguiente la bioética, no puede hacerse desde 'ningún tiempo y ningún lugar' alejado de la realidad, o desde la distancia del momento presente, sino que debe considerar las situaciones y la vida de la gente tal como se produce, sin manipulación y distorsión (FC, como reivindica Pfeiffer, 2004a).

3. El marco de referencia teórica -como apunta Tealdi- debe ser los derechos humanos, en sus aspectos fundamentales de la defensa de la sociedad, entendida como "un nuevo orden moral", en el que sobresalga la dignidad de las personas y las múltiples identidades culturales latinoamericana (Pfeiffer, 2004a).

4. La principal intencionalidad será favorecer a la población vulnerable, marginada y desfavorecida socialmente, y de esta forma compensar su falta de recursos económicos para contar con servicios de salud gratuita, aunque sin dejar de atender al resto de población (FC).

5. Por último, se aplicará la teoría principialista, en sus principios -ideados por Beauchamp y Childress- 1979-- de beneficencia, de no maleficiencia, de autonomía, y de justicia, unido al principio de protección (propuesto por Schramm, Kotow, 2001), así como el de "respeto a las personas" (propuesto por La Vertu, Linares -1990-), unido al de "solidaridad" (Callahan -1998-), y otro más que con el tiempo se pueda crear y considerar oportuno agrupar con los indicados.

#### **Notas:**

1. Gracia precisa que no debe denominarse "tiránico" sino "despótico", pues legalmente los establece como "súbditos de la corona" y de ningún caso esclavos.

2. Este desarrollo de la medicina indígena no se por igual en todos los casos con un "enfoque distinto", como indica Gracia, para ello baste atender al contenido de Chilam Balam de Ixil. Facsimiliar y estudio de un libro maya inédito (cfr. Fernández-Carrión, 2011: 167-171), se sabe que "frente al interés de los mayas en época colonial por conocer la medicina europea, la atención no es recíproca", los hechiceros y "médicos" mayas curaban con sangrías aplicadas donde el enfermo tenía dolor (Landa, 1982: 49), pero también hacían uso de plantas ("frías y calientes"), insectos, minerales y animales para combatir dichas enfermedades, intentando adivinar el origen o la causa de la dolencia. Esta concepción de equilibrio y la armonía en la medicina mesoamericana es semejante al de la medicina tradicional china (Lipp, 2002: 82).

3. Según López y Perry (2008) Latinoamérica y África Subsahariana "son las regiones con mayores inequidades en el mundo", pero habría de añadirse también a gran parte de Asi

a y Estados Unidos, este último país cuenta con uno de los mayores porcentajes de pobreza entre su población, del mundo.

4. Buchanan (1989: 852-888), considera a los planteamientos propuestos por Sandel y MacIntyre, por ejemplo, como un tipo de “comunitarismo radical”, pero más bien es un paso entre el individualismo imperante en el capitalismo y el colectivismo de los sistemas socialistas (FC).

5. Redacta “Atomism” en esta línea comunitarista, tenida en consideración por la bioética latinoamericana, según Salles.

6. A través de su propuesta general presente en “Principlism and Communitarianism” (2003).

7. Autor de *The Ends of Human Life*, y que de acuerdo con Salles Emanuel realiza “la propuesta comunitarista más completa dentro de la bioética” (Luna, Salles, 2008: 98).

8. Como analiza Solange Donda en “Comunitarismo e individualismo” (2008: 20-21).

9. Considerado por José A. Mainetti como “uno de los primeros y principales filósofos argentinos que hacen bioética” (Mainetti, 1999: 13).

10. La Asociación Médica Mundial, en 1964, promulga la Declaración de Helsinki que fundamentalmente establece las pautas para la investigación clínica y no clínica en seres humanos, a través del consentimiento informado de los participantes en la investigación y el análisis éticos de los protocolos de investigación. En un primer lugar repudia las atrocidades cometidas “en nombre de la investigación” durante la segunda guerra mundial (fundamentalmente por parte de Alemania), pero tras la guerra mundial perdura los problemas éticos, principalmente cometidos por parte de los Estados Unidos, hasta la actualidad. Esta Declaración inicial fue revisada en seis oportunidades, la última en 2003, aunque la más cuestionada es del 2000, sobre la que trata Patricia Saidón sobre el artículo 29; al igual que lo hace sobre el artículo 30, Miguel Kottow y Susana Vidal; art. 19, Ignacio Maglio y María Luisa Pfeiffer; art. 5, María Teresa Rotondo y Carlos Marcelo Ocampo (todos ellos recogidos en Pfeiffer, 2004b: 63-103).

11. León entiende como pobreza, desde una “concepción ética” “no contar con determinados recursos económicos, pero también, y sobre todo, carecer de lo que se ha denominado la autoestima o el respeto propio, carencia que va en contra de los mínimos ‘derechos de bienestar’ destinados a proporcionar ayuda para salir de ella” (León Correa, 2011: 22), como apunta Sen las poblaciones pobres son desempoderadas, carecen de la capacidad para hacer uso de la libertad, con el fin de incorporarse a la sociedad y participar en su desarrollo” (cfr. Kottow, 2009: 74-75), pero el aspecto fundamental de la pobreza es la falta de recursos de dichas personas para afrontar los gastos de enfermedad y al mismo son desclasados a hora de la participación política y social, con lo que con esto último les dificultan para acceder -en casos excepcionales, con normalidad- a cualquier tipo de ayuda o protección sanitaria (FC).

12. Sobre este tema Laura Schwartzmann ha elaborado un extenso trabajo sobre la “Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales” (2003).

13. Sobre la dignidad del paciente también lo trabaja Jairo Mejía Porras en “Reconocimiento de la dignidad humana en pacientes terminales” (1999).

14. En esta línea León propone desde una perspectiva fundamentalmente

institucional el paso “De los principios de la bioética clínica a una bioética social para Chile”, “donde analicemos también la ética de las políticas de salud, de la gerencia de las instituciones de salud, de la distribución de recursos, de las condiciones laborales de los profesionales de la salud, etc. Pero la intención va más allá aún, y es ayudar al desarrollo de un debate plural sobre el papel de la ética en las sociedades democráticas” (León Correa, 2008d: 1079)

15. Este aspecto en particular lo analiza James F. Drane en “El desafío de la equidad: una perspectiva” (2000: 75-90).

16. Aspectos sociales que se alude en La educación en bioética en América Latina y el Caribe: experiencias realizadas y desafíos futuros, de Susana M. Vidal (editora) (2012).

17. Sobre el derecho de la salud -como resalta Pulvirenti- “tal vez como muy pocos otros derechos humanos, posee una doble dimensión individual y colectiva. Es a la par mi derecho a obtener los tratamientos necesarios para encontrarme sano, y el de la comunidad de que su población goce de salud general. Asimismo y como cualquier otro derecho social, requiere una actitud activa y prestacional del Estado” (Pulvirenti, 2004: 151).

18. En este mismo sentido se expresa Maliandi, al referirse al convenio realizado entre la Secretaria de Derechos Humanos, Bio&Sur y COMRA, en Argentina, en la que un grupo de trabajo interinstitucional pretende elaborar un código argentino de ética y derechos humanos en investigaciones biomédicas, declarando “creo que el código que se proyecta podría ser entendido a la vez como un paso hacia algo un poco mayor, es decir, algo así como un código regional, en relación con los criterios que se manejan en el Mercosur, en una época en que la integración sudamericana y gradualmente, latinoamericana en general, se ha convertido en una necesidad a cuyo logro todos deberíamos contribuir” (Maliandi, 2004: 162-163), poco tiempo después, en 2003, en Cancún, México, dentro del marco del VII Encuentro Nacional de Comités, se constituye la Red Unesco de Bioética para América Latina y el Caribe (Red Bio), cuyo fines y capacidades son analizadas por Volnei Garrafa y Kottow (Pfeiffer, 2004b: 169-185).

19. Con el apoyo de las recomendaciones de la Declaración de Helsinki, la Declaración universal sobre bioética y derechos humanos, la Declaración sobre la ciencia y el uso del saber científico, la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, y cuantas otras disposiciones se dispongan en el futuro, en esta línea de defensa social.

## Bibliografía.

1. [1] ALVÁREZ-DÍAZ, Jorge Alberto (2012) “¿Bioética latinoamericana o bioética en Latinoamérica?”, *Revista Latinoamericana de Bioética*, vol. 12, No. 1, 10-27.
2. [2] ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL (1964) *Declaración de Helsinki*, <http://wma.net/es/30publications/10policies/b3/>.
3. [3] BEAUCHAMP, Tom L., CHILDRESS, James F. (1979) *Principles of Biomedical Ethics (Principios de ética biomédica)*, Oxford University Press
4. [4] BERMEJO, J.C. (edición) (2002) *Cuidar a las personas mayores dependientes*, Santander, Sal Terrae.
5. [5] BOCHATEY, Alberto (1994) *Bioética y teología moral*, Buenos Aires, Ediciones Paulinas.
6. [6] BONETE, E. (2009) *Ética de la dependencia*, Madrid, Tecnos.
7. [7] BRAVEMAN, Paula, GRUSKIN, S. (2003) “Defining equity in health”, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57 (4), apr., 254-258.
8. [8] BUCHANAN, Allen (1989) “Assessing the Communitarian Critique of Liberalism”, *Ethics*, vol. 99, 852-888.
9. [9] CALLAHAN, Daniel (2003) “Principlism and Communitarianism”, *Journal of Medical Ethics*, vol. 29, 269-274.
10. [10] (1998) *False Hopes. Why America's Quest for Perfect Health Is a Recipe for Failure*, New York, Simon&Schuster.
11. [11] CARDONA RAMÍREZ, Carlos Mario (2010) “El desarrollo de la bioética en Latinoamérica y el aporte desde el franciscanismo”, *AGO USB*, vol. 10, No. 1, 243-268.
12. [12] CASSINELLI, Horacio, et al. (2008) “Derecho a la salud”, *Diccionario latinoamericano de bioética*, Juan Carlos Tealdi (director), Bogotá, Unesco, 242-257.
13. [13] CECCHETO, Sergio (2001) *Teoría y práctica del consentimiento informado en el área neonatal*, Mar del Plata, Argentina, Ediciones Suárez.
14. [14] - (1999 a) *Curar o cuidar. Bioética en el confín de la vida humana*, Buenos Aires, Ad-Hoc Vilella Editor.
15. [15] - (1999 b) *Dilemas bioéticos en medicina perinatal. Imperativos tecnológicos e improvisación moral*, Buenos Aires, Ediciones Corregidor.
16. [16] DANIELS, N., et al. (2000) “Benchmarks of fairness for health care reform: a policy tool for developing countries”, *Bull World Health Organ*, 78 (6), 740-750.
17. [17] DE VELASCO, J. M. (2003) *La bioética y el principio de solidaridad*, Bilbao, Universidad de Deusto.
18. [18] “Declaración ibero-latinoamericana sobre derecho, bioética y genoma humano” (Declaración de Manzanillo, en Colima, México, en 1996, revisada posteriormente en Buenos Aires, en 1998 y en Santiago de Chile, en 2001)”, <http://www.uchile.cl/...bioetica/.../declaracion-ibero-latinoamericana-sobre-derecho-bioetica...>
19. [19] DEGRAZIA, David (1992) “Moving Forward in Bioethical Theory: Theories, Cases and Specified Principlism”, *The Journal of Medicine and Philosophy*, No. 17.



20. [20] DEKKERS, Marijn ([2016]) “No creamos medicamentos para indios, sino para quienes pueden pagarlos”, <http://medicamentosalemanes.org/debates/no-creamos-medicamentos-para-indios-sino-para-quienes-pueden-pagarlos-bayer/>.
21. [21] DRANE, James F. (2000) “El desafío de la equidad: una perspectiva”, *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos*, Fernando Lolas Stepke (editor), Santiago de Chile, Lom Ediciones, 75-90.
22. [22] DUSSEL, Enrique (1996) *Filosofía de la liberación*, Bogotá, Editorial Nueva América.
23. [23] EMANUEL, Ezequiel (2000) “Inequidades, bioética y sistemas de salud”, *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos*, Fernando Lolas (editor), Santiago de Chile, OPS/OMS, 101-106.
24. [24] FERNÁNDEZ-CARRIÓN, Miguel-Héctor (2015 a) “Historia de la bioética en América Latina”, *Revista Vectores de Investigación*, Vol. 11, No. 11, 57-95,
25. [25] - (2014) “Historia y fundamentos teóricos de la bioética”, *Segundo Seminario Internacional de Bioética*, en el *Primer Congreso Internacional sobre la Salud: Salud, sociedad y bienestar*, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, 24-25 marzo.
26. [26] - (2011) *Chilam Balam de Ixil. Facsimiliar y estudio de un libro maya inédito*, edición de Laura Caso Barrea, México, Editorial Artes de México y del Mundo, Instituto Nacional de Antropología e Historia, Conaculta (reseña bibliográfica).
27. [27] FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (coordinador) (2006) *Salud e interculturalidad en América Latina: Antropología de la salud y crítica intercultural*, Quito, Ediciones Abya-Yala et al.
28. [28] FERRER, Jorge José et al. (2012) “Bioética, justicia y pobreza en Latinoamérica”, *Bioética y sociedad en Latinoamérica*, Francisco Javier León Correa (coordinador), Santiago de Chile, Felaibe, Fundación Interamericana Ciencia y Vida, 20-79.
29. [29] GARCÍA ALARCÓN, Rodrigo Hernán (2012) “La bioética en perspectiva latinoamericana, su relación con los derechos humanos y la formación de la conciencia social de futuros profesionales”, *Revista Latinoamericana de Bioética*, Bogotá, Universidad Militar Nueva Granada, vol. 12, No. 2, julio-diciembre, 44-51.
30. [30] GARRAFA, Volnei, EIRG OSÓRIO DE AZAMBUJA, Leticia (2009) “Epistemología de la bioética: enfoque latino-americano”, *Revista Colombiana de Bioética*, Vol. 4, No. 1, enero-junio, 73-92.
31. [31] GARRAFA, Volnei PORTO, D. (2008) “Bioética de intervención”, *Diccionario Latinoamericano de Bioética*, J. C. Tealdi (director), Bogotá, Unesco, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia, 161-164.
32. [32] GIL ESPINOSA, María Isabel (2000) *Bioética una nueva propuesta de humanización y actitud frente a la vida*, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana (tesis grado de Especialista en Bioética, microfichas).
33. [33] GOTZSCHE, Peter C. (2014) “La industria farmacéutica le miente a los médicos”, <http://biolatina.wordpress.com/2014/09/08/peter-gotzsche-la-industria-farmaceutica-le-miente-a-los-medicos/>.

34. [34] GRACIA, Diego (2007) “El contexto histórico de la bioética hispanoamericana”, *Perspectivas de la bioética en Iberoamérica*, Leo Pessini, Christian de Paul de Barchifontaine, Fernando Lolas (coordinadores), Chile, Programa de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 21-36.
35. [35] - (1998) *Fundamentación y enseñanza de la bioética*, Bogotá, Ediciones El búho.
36. [36] GROS ESPIELL, Héctor et al. (2008) “Sistema de derechos humanos”, *Diccionario latinoamericano de bioética*, Juan Carlos Tealdi (director), Bogotá, Unesco, 392-411.
37. [37] KOTTOW, Miguel (2009) *Bioética ecológica*, Bogotá, Universidad El Bosque.
38. [38] - (2008) “Bioética de protección”, *Diccionario Latinoamericano de Bioética*, J. C. Tealdi (director), Bogotá, Unesco, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia, 165-166.
39. [39] LA ROCCA, S., MAINETTI, M. M. E., ISSEL, J.P. (2010) “Libertad, igualdad ¿y fraternidad? en el paradigma de la bioética latinoamericana. El aporte de la ética dialógica y de la ética de la liberación”, *El Ágera USB*, vol. 10, No. 2, 483-494.
40. [40] LA VERTU, D. S. LINARES PARADA; A. M. (1990) “Principios éticos de la investigación biomédica en seres humanos: Aplicación y limitaciones en América Latina y el Caribe”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (Bol Of Sanit Panam)*, 108, 489-498.
41. [40] LEÓN CORREA, Francisco (coordinador) (2012) *Bioética y sociedad en Latinoamérica*, Santiago de Chile, Felaibe, Fundación Ciencia y Vida.
42. [41] LEÓN CORREA, Francisco (2011) “Pobreza, vulnerabilidad y calidad de vida en América Latina. Retos para la bioética”, *Acta Bioethica*, 17 (1), 19-29.
43. [42] - (2009) “Principios para una bioética social”, *Bioethikos*, Centro Universitário, São Camilo, 3 (1), 18-25.
44. [43] - (2008) “De los principios de la bioética clínica a una bioética social para Chile”, *Revista médica de Chile*, vol. 136, No. 8, agosto, 1078-1082.
45. [44] - (2005) “Una bioética social para Latinoamérica”, *Agora Philosophica, Revista Marplatense de Filosofía*, vol. VI, No. 11, junio, 19-26.
46. [45] LIPP, Frank J. (2002) *Herborismo. Tradición, simbolismo y uso de plantas tradicionales en Oriente y Occidente*, Singapur, Taschen.
47. [46] LOLAS STEPKE, Fernando (2004) (editor) *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de bioética en la OPS*, Santiago de Chile, Organización Panamericana de la Salud.
48. [47] - (2000) “Introducción: hacia una bioética para América Latina y el Caribe”, *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos. Programa Regional de Bioética*, Fernando Lolas (editor), Santiago de Chile, OPS/OMS, 13-18.
49. [48] LÓPEZ, J. Humberto, PERRY, Guillermo (2008) “Inequality in Latin America: Determinants and Consequences”, *Policy Research Working Paper 4504*, Washington, World Bank.
50. [49] MACINTYRE, Alasdair (1984) *After Virtue*, Notre Dame, University of Notre Dame Press.

51. [50] MAGLIO, Ignacio, PFEIFFER, María Luisa (2004) “El artículo 19 de la Declaración de Helsinki y el informe Nuffield”, *Bioética ¿estrategia de dominación para América Latina?*, María Luisa Pfeiffer (editora), Buenos Aires, Ediciones Suárez, 73-79.
52. [51] MAINETTI, José Alberto (1999) “Prólogo”, *Curar o cuidar. Bioética en el confín de la vida humana*, Sergio Cecchetto, Buenos Aires, Ad-Hoc Vilella Editor, 13-14.
53. [52] MALIANDI, Ricardo (2004) “[Convenio Secretaría de Derechos Humanos, Bio&Sur y COMRA]”, *Bioética ¿estrategia de dominación para América Latina?*, María Luisa Pfeiffer (editora), Buenos Aires, Ediciones Suárez, 162-166.
54. [53] - (2001) “Prólogo”, *Teoría y práctica del consentimiento informado en el área neonatal*, Sergio Cecchetto, Mar del Plata, Ediciones Suárez, 7-10.
55. [54] MARTÍNEZ-ECHAZABAL, Lourdes (1998) “Mestizaje and the Discourse of National/Cultural Identity in Latin America, 1845-1959”, *Latin American Perspectives* 25 (3), 21-42.
56. [55] MEJÍA PORRAS, Jairo (1999) *Reconocimiento de la dignidad humana en pacientes terminales*, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana (tesis para el grado de Especialista en Bioética, microfichas).
57. [56] MICHELINI, D. J. (2008) *Bien común y ética cívica. Una propuesta desde la ética del discurso*, Buenos Aires, Bonum.
58. [57] MORA SÁNCHEZ, Alina del Pilar (2010) “Perspectiva de la bioética en América”, *Humanidades Médicas*, vol. 10 No. 1, Cuba, enero-abril.
59. [58] MÁRQUEZ MENDOZA, Octavio, FERNÁNDEZ-CARRIÓN, Miguel-Héctor, et al. (2015b) “Historia de la bioética en América Latina: una bioética en dos fases”, *Historia ilustrada de la bioética*, Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas, Fernando Bandrés Moya (edición y coordinación), Madrid, Fundación Tejerina, Universidad Europea, et al, 199-228.
60. [59] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OMS/OPS) (2005) *Construyendo la nueva agenda desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. Documento síntesis del Ciclo de Diálogos Democráticos*, Santiago de Chile, OMS/OPS, Ministerio de Salud Chile, Flacso Sede Chile.
61. [60] OTERO MORALES, Jorge (2008) “Atención clínica y contexto social”, *Diccionario latinoamericano de bioética*, Juan Carlos Tealdi (director), Bogotá, Unesco, 74.
62. [61] PAÉZ MORENO, Ricardo ([2005]) “Los derechos humanos y la bioética: Una perspectiva desde Latinoamérica”, *Proteo: Diálogos de Ética y Bioética*, <http://www.bioetica.unam.mx/assets/ricardo-paez.pdf>.
63. [62] PALAZZINI, Laura (2004) “La fundamentación personalista en bioética”, <http://www.bioeticaweb.com/content/view/full/65/40>”).
64. [63] PARENTI, Michael (2001) *Democracy for the Few*, Seventh, 7 edc.
65. [64] PATRÃO NEVES, María Do Céu (2002) “Fundamentación antropológica de la bioética: expresión de un nuevo humanismo contemporáneo”, *Revista Bioética selecciones*, Bogotá, Instituto de Bioética-Cenalbe, Pontificia Universidad Javeriana, abril, 107- 120.

66. [65] PERALTA CORNIELLE, Andrés (2009) “Perspectivas para una bioética latinoamericana”, *Realidad. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, No. 119, enero-marzo (monografía sobre bioética), 13-17.
67. [66] PÉREZ DE NUCCI, A. (2008) *Antropoética del acto médico*, Tucumán, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional.
68. [67] PFEIFFER, María Luisa (2004a) “Prólogo” y “Epílogo”, *Bioética ¿estrategia de dominación para América Latina?*, María Luisa Pfeiffer (editora), Buenos Aires, Ediciones Suárez, 7-11, 237-255.
69. [68] - (2004b) “‘Progreso’ y ciencia. Una reflexión ética”, *Bioética ¿estrategia de dominación para América Latina?*, María Luisa Pfeiffer (editora), Buenos Aires, Ediciones Suárez, 13-41.
70. [69] PULVIRENTI, Orlando Daniel (2004) “Derecho a la salud, medicamentos y su interrelación con el sistema prestacional”, *Bioética ¿estrategia de dominación para América Latina?*, María Luisa Pfeiffer (editora), Buenos Aires, Ediciones Suárez, 147-152.
71. [70] RALSTON, D. Christopher, HO, Justin. (edición) (2010) *Philosophical reflections on Disability*, Netherlands, Springer Verlag.
72. [71] RIVAS-MUÑOZ, Fábio, GARRAFA, Volnei, FERREIRA FEITOSA, Saulo, FLOR DE NASCIMENTO, Wanderson (2015), “Bioética de intervención, interculturalidad y no-colonialidad”, *Saúde e sociedade*, Universidade de São Paulo, Vol. 24, supl. 1, 141-151.
73. [72] ROLAND SCHRAMM, Fermin, KOTTOW, Miguel (2001) “Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas”, *Saúde Pública*, Rio Janeiro, 17 (4), julio-agosto, 949-956.
74. [73] RODRÍGUEZ YUNTA, Eduardo (2009) “Temas para una bioética latinoamericana”, *Acta Bioethica*, Santiago de Chile, Universidad de Chile, 5 (1), 87-93.
75. [74] SALAZAR, Arturo (2000) “Bioética ¿ciencia o disciplina?, *Investigación en enfermería: imagen y desarrollo*, vol. 5, No. 1 y 2, 65-77.
76. [75] SALAZAR, Jaime (2001) “Una visión diferente de la bioética”, *Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal*, 5 (2), diciembre, 53-56.
77. [76] SALLES, Arleen L. (2008) “Enfoques éticos alternativos”, *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*, Florencia Luna, Arleen L. Salles (editoras), Argentina, Fondo de Cultura Económica, 79-133.
78. [77] SANDEL, Michael (1982) *Liberalism and the Limits of Justice*, Cambridge, Cambridge University Press.
79. [78] SCHOTSMANS, Paul (2005) “Integration of bioethical principles and requirements into European Union statutes, regulations and policies”, *Acta Bioethica*, XI, No. 1.
80. [79] - (1999) “Personalism and policies”, *Ethical Perspectives*, 6, No. 1.
81. [80] SCHRAMM, F. R., KOTTOW, Miguel (2001) “Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas”, *Cadernos de Saude Pública*, 17.
82. [81] SCHRAMM, F. R., REGO, S., BRAZ, M., PALACIOS, M (orgs.) (2005) *Bioética, riscos e proteção*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
83. [82] SCHWARTZMANN, LAURA (2003) “Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales”, *Ciencia y enfermería*, vol. 9, No. 2, Concepción, Chile, diciembre.

84. [83] SEN, Amartya. (1997) *Bienestar, justicia y mercado*, Barcelona, Paidós.
85. [84] SGRECCIA, Elio (1999) *Manuale di bioetica. Fondamenti ed etica biomedica*, Milán, Vita e Pensiero.
86. [85] SOLANGE DONDA, Cristina (2008) “Comunitarismo e individualismo”, *Diccionario latinoamericano de bioética*, Juan Carlos Tealdi (director), Bogotá, Unesco, 20-21.
87. [86] TAYLOR, Charles (1979) “Atomism”, *Powers, Possessions and Freedom*, Alkis Kontos, Toronto, University of Toronto Press, 39-61.
88. [87] TEALDI, Juan Carlos (2004) “La bioética latinoamericana ¿ante un nuevo orden moral?”, *Bioética ¿estrategia de dominación para América Latina?*, María Luisa Pfeiffer (editora), Buenos Aires, Ediciones Suárez, 43-58.
89. [88] VIDAL, Susana (editora) (2012) *La educación en bioética en América Latina: experiencias realizadas y desafíos futuros*, Montevideo, Unesco.
90. [89] WESTER, Jutta et al (2008) “Pobreza y necesidad”, *Diccionario latinoamericano de bioética*, Juan C

# Bioeticistas Latinoamericanos.

Ramón Ortega-Lozano, Jorge A. Álvarez-Díaz,  
M. Cristina Coca-Pereira, Ricardo Roa-Castellanos.

## Índice del capítulo:

- Introducción
- Pioneros latinoamericanos.
  - José Alberto Mainetti Campoamor.
  - Alfonso de Jesús Llano Escobar.
- Bioeticistas sobresalientes.
  - Fernando Lolas Stepke.
  - Jaime Escobar Triana.
  - Ricardo Maliandi.
  - José Roque Junges.
  - Fernando Sánchez Torres.
  - Marcio Fabri dos Anjos.
  - Gilberto Cely Galindo.
  - Omar França-Tarragó.
  - Volnei Garrafa.
- Epílogo: el papel de la UNESCO.
- Bibliografía.

## Introducción.

En palabras de Diego Gracia, la bioética tiene un primer periodo histórico marcado por el nacimiento de esta disciplina en los EEUU y de ahí, en un segundo periodo, se emancipa y recrea. A lo largo de este tiempo se han utilizado muchas metáforas para definir la bioética en Latinoamérica. Una de ellas es la que plantea Alfonso Llano Escobar como un “trasplante” de la disciplina [1], dando a entender que solamente se repetía la producción teórica conseguida en lengua inglesa. José Alberto Mainetti y Marta Lucía Pérez, en cambio, hablan de un proceso de recepción, asimilación y recreación; éste último ya entraña una aportación original a esta disciplina [2]. Como se ha podido analizar en el primer capítulo del libro, existen distintas posturas hacia la originalidad y autenticidad de la bioética en América Latina. Incluso se puede hablar de posturas optimistas y pesimistas al respecto como analiza Jorge Álvarez en su artículo: *¿Bioética latinoamericana o bioética en Latinoamérica?* [3]. Quizá deberíamos apuntar a la reflexión que hace James Drane, a quien se dedica un capítulo en este libro, sobre la ciencia de la medicina moderna: “ya en sí misma ha tendido a crear una serie de condiciones que desembocan en actitudes y

comportamientos poco éticos que, por otro lado, propiciaron una mejora de las reglas éticas, los principios y las prácticas de investigación en todas partes”[4] Con ello quiere decir que ahí donde haya medicina moderna, tiene cabida la bioética, pero sobre todo la puesta en marcha de mejores prácticas en relación a las ciencias de la vida. Esto con independencia de que sea Estados Unidos, Europa o, lo que nos atañe en este capítulo, Latinoamérica.

Al margen de esta polémica lo que difícilmente se podría poner en duda es la existencia de un grupo de bioeticistas (personas dedicadas al estudio, investigación, desarrollo y enseñanza de esta disciplina) que pueden considerarse con propiedad latinoamericanos. Autores que tuvieron que acudir a la nada fácil construcción de instituciones para salvaguardar el periodo de incubación de la Bioética. No sólo se formaron y trabajaron directamente en esta disciplina, sino que comenzaron a difundirla a través de cursos de especialización por los diferentes países latinoamericanos. Fueron ellos mismos los que comenzaron la colosal tarea de escribir libros, editar revistas y, con el tiempo, llegaron a delinear una serie de contribuciones originales en el plano teórico de esta disciplina. Cabe mencionar que este trabajo tiene su origen unas pocas décadas atrás, puesto que textos estrictamente de bioética comienzan a editarse en los años noventa en una producción creciente que llega a nuestros días y que guarda testimonio del trabajo realizado por autores latinoamericanos. En un análisis meramente cuantitativo de libros editados en Latinoamérica se puede decir que los países que están a la cabeza en número de publicaciones son Brasil, Argentina, Colombia y México en ese orden [5].

Hacer una selección de bioeticistas para un libro cuya finalidad es la divulgación de esta disciplina exige la penosa obligación de dejar fuera muchos nombres sobresalientes. En especial, aquellos cuyos trabajos apenas comienzan a ser valorados, pero que por falta de trayectoria no se ha considerado su aparición en la elección que aquí se presentan. Este capítulo está dividido en dos partes. La primera está dedicada a dos figuras que suelen considerarse sin muchas objeciones como los pioneros de la bioética en Latinoamérica. Se trata de José Alberto Mainetti Campoamor y de Alfonso de Jesús Llano Escobar. La segunda parte, más complicada dado el límite espacial que exige toda publicación, se ha centrado en figuras que han abierto camino en la bioética en sus respectivos países. Se escogen no sólo por sus publicaciones e ideas, sino por los institutos, cátedras y centros educativos que crearon; instituciones que siguen permitiendo propagar los conocimientos y, sobre todo, el desarrollo de la investigación de esta disciplina. Surgen así una decena de nombres aún a sabiendas del riesgo que supone haber dejado autores en el tintero:

Fernando Lolas Stepke, Jaime Escobar Triana, Ricardo Maliandi, José Roque Junges, Fernando Sánchez Torres, Marcio Fabri dos Anjos, Gilberto Cely Galindo, Omar França-Tarragó, Volnei Garrafa. Con la exposición de estos bioeticistas sólo se pretender esbozar brevemente la trayectoria de los representantes más visibles del ámbito de la bioética en Latinoamérica.

### **Pioneros latinoamericanos.**

Como menciona Francisco Javier León Correa el interés en Latinoamérica de temas relacionados con la bioética comienza en los años 80 a partir del debate sobre el aborto y las técnicas de reproducción asistida. A partir de entonces ha crecido el número de publicaciones y por ende autores. En un libro editado por la Unidad de Bioética de la Organización Panamericana de Salud-(OPS) se recoge buena parte de los títulos del material bibliográfico aparecido sobre bioética en Iberoamérica [6]. En una Nota Preliminar al texto, Fernando Lolas (director de la Unidad de Bioética al momento de la publicación) dice que «Hay algunos que bien merecerían el calificativo de primarios, porque son originales y meditados; otros, secundarios, porque simplemente repiten o glosan los primeros. Y algunos, definitivamente terciarios o cuaternarios, que nada aportan y que se escribieron y publicaron por alguna de las insondables motivaciones del vicio publicístico: hacer carrera, alimentar vanidades, ganar dinero, en fin, distraer el ocio. [...] la inclusión de un texto no significa automáticamente que se lo juzgue cima de la reflexión y la cultura»[7].

Se considera que las dos hélices iniciales de la Bioética para la región a la que se dedica este capítulo fueron “*ocasionadas*” por un ala secular a cargo del médico argentino José Alberto Mainetti, y la otra ala, con una postura religiosa, representada por el humanista colombiano Alfonso Llano. Evento que de alguna forma replicó la labor precursora en España llevada a cabo por la dupla fundacional del médico y experto en moral Francesc Abel i Fabre, creador del primer *Instituto de Bioética* europea en 1976, figurando además como co-fundador del *Instituto Kennedy de Ética*, y el médico seglar Diego Gracia, el más destacado escritor humanista en la materia dentro de la península ibérica. Aunque lo relativamente novedoso de esta disciplina hace complejo una selección que satisfaga a todo mundo, en este capítulo se ha considerado como criterio para incluir a este par de autores, el no ser solamente los primeros en tratar el tema, sino el haber realizado aportaciones “originales”. En este sentido se ha querido contemplar en estos dos pioneros latinoamericanos a una serie de autores que no solamente “trasplantan”, sino que recrean la bioética.



José Alberto Mainetti Campoamor (Argentina, 1938).



Argentino, hijo del Dr. José María Mainetti. Casi todas las referencias le reconocen el papel de pionero de la bioética en Latinoamérica [8], así como el pionero del desarrollo de las humanidades médicas. Se tituló como doctor en Medicina en 1962 y como doctor en Filosofía en 1972 por la Universidad Nacional de la Plata.

Completó su formación en París bajo la dirección de Paul Ricoeur y George Canguilhem (maestro también de Michel Foucault), y en Madrid con Pedro Laín Entralgo. Doctor Honoris Causa por las Universidades Nacionales de Córdoba, Mendoza y Cuyo. Miembro Correspondiente de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. Ha sido reconocido por una larga lista de premios entre los que destacan el Premio APTRA en 1972, el Premio ISSALUD (Servicios de Salud) en 1994, y Premio Konex en Ética en 1996. En 1994 fue presidente anfitrión del II Congreso Internacional de Bioética de la *International Association of Bioethics* desarrollado en Buenos Aires.

La bien ganada fama de Mainetti se debe, entre otras cosas, a su producción intelectual. Se trata de una amplia lista de publicaciones que pueden agruparse en más de dos centenas de artículos especializados y la sistematización de su pensamiento en más de una veintena de libros. Con ello es posible entender que poco puede hacerse en el breve espacio que supone este capítulo, si no es meramente enlistar títulos y hacer algún comentario sobre los mismos.

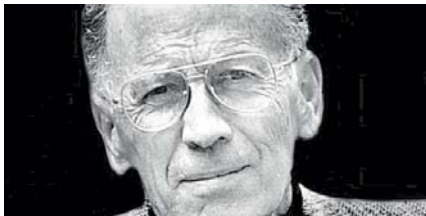
La entrada de Mainetti en el mundo de las humanidades médicas se da con su tesis doctoral en filosofía, publicada como libro en 1976, titulada *Realidad, fenómeno y misterio del cuerpo humano, la cual divide en tres partes: a) Las dimensiones antropológicas del dualismo y la "forma corporeitatis"*, donde desarrolla un análisis crítico de los supuestos metafísicos en la concepción sustancialista y tradicional del cuerpo (el dualismo psicofísico). b) *La teoría fenomenológica del cuerpo propio*, donde comprende la descripción fenomenológica de la constitución trascendental del cuerpo propio. 3) *El orden ontológico de la experiencia encarnada*, que representa un intento de interpretación metafísica de la experiencia del cuerpo propio. Sin duda la influencia de su formación con Laín y Canguilhem es patente en el texto.

En 1978 edita *La muerte en medicina*, y en 1983 *Homo infirmus. Textos y comentarios*. En 1987 escribe *Introducción a la bioética*, dividido en dos partes. Una primera que él mismo denomina sistemática y en la que toca aspectos relacionados a la fundamentación y estatus epistemológico de la bioética. La segunda la denomina programática y en ella intenta mostrar la “sensibilidad política” (o capacidad para conciliar las ideas y la acción), que realmente es ya una recreación de la disciplina en un contexto latinoamericano, específicamente el argentino.

Otras obras con temas de bioética corresponden a: *La crisis de la razón médica. Introducción a la filosofía de la medicina* (1988); *Ética médica. Introducción histórica* (1989); *Bioética fundamental. La crisis bio-ética* (1990); *Bioética sistemática* (1991); *La transformación de la medicina* (1992); *Estudios bioéticos* (1993); *Estudios bioéticos II* (1993); *Bioética ficta* (1993); *Bioética ilustrada* (1994); *Antropobioética* (1995); *Bioéticas. Ética en las especialidades médicas* (1997); *Compendio bioético* (2000); etc.

Adentrarse en el pensamiento de Mainetti representa un diálogo continuo con los clásicos. Por ejemplo, sus metáforas de la beneficencia y no maleficencia con Pígalión, la de autonomía con Narciso, la de justicia con Knock, o el recuerdo de Quirón como arquetipo de la condición humana. De hecho, es junto con Armando Pérez de Nucci, originario de la provincia de Tucumán, también Médico Cirujano e Historiador de la Medicina, con quien a partir del último concepto impulsaría la *Revista Quirón*. También merece mención que esta mancuerna de bioeticistas formarían el *Instituto de Humanidades Médicas* (1970) -hoy llamado *Instituto de Bioética y Humanidades Médicas*-, el *Centro de Bioética*, la *Fundación Mainetti* y la *Escuela Latinoamericana de Bioética* (ELABE) que fueron los ejes estructurales institucionales del primordial impulso bioético argentino.

Alfonso de Jesús Llano Escobar (Colombia, 1925).



Bioeticista colombiano quien, al igual que Mainetti, prácticamente todas las referencias le consideran pionero latinoamericano y, particularmente, en Colombia [9]. Es licenciado en Filosofía (1950) y en Teología (1958) por la Universidad Javeriana de Bogotá; Doctor en Ética Filosófica (1963) por la Universidad Gregoriana de Roma; y Doctor en Moral Médica (1976) por el Instituto Alfonsiano de la Universidad Lateranense de Roma. Cuenta, además, con estudios

en bioética por el *Kennedy Institute of Ethics*, Georgetown University, Washington, en 1986.

Llano es el primero en trabajar desde los ochenta la definición del campo epistemológico de la Bioética e incursiona en el estudio temático de la persona, la dignidad y la educación -nociones que entretrejarían su producción bibliográfica [10] junto con el recopilatorio *Revista Selecciones de Bioética*-. Su forma de entender una fundamentación teónoma (es decir, la fundamentación moral de la norma moral en el teos) de la bioética se ha decantado por lo que Gracia denomina como una “teonomía autónoma”, por ello, distante de modelos como el de Elio Sgreccia [11]. Se puede decir que Alfonso Llano ha tenido más en cuenta la doctrina social de la Iglesia al momento de hacer comentarios bioéticos, que un dogma rígido que debe ser transmitido para conservar la tradición.

Sus obras *La Enseñanza de la Ética Médica en las Facultades de Medicina* (1985), *¿Qué es Bioética?* (2001), *Bioética y Educación para el Siglo XXI* (2006), *Identidad y Bioética* (2008) entre otros, o traducciones de libros de referencia como "*Bioética: Principales problemas*" de A. Varga, en 1988, y un sin número de artículos para su revista *Selecciones de Bioética*, han compuesto su copiosa producción bibliográfica en la materia. Además, cuenta con una gran cantidad de artículos de divulgación y las Memorias -publicadas como libro comercial- del *Segundo Congreso de Bioética de Latinoamérica y el Caribe* del que fue el organizador en 1999. Ha sido este probablemente el evento más masivo hasta la fecha con cerca de 400 participantes.

### **Bioeticistas sobresalientes.**

A continuación se expone una síntesis biográfica de bioeticistas sobresalientes en Latinoamérica. El orden de exposición es representativo a la influencia que se considera han tenido estos autores en temas de bioética en sus respectivos países y en Latinoamérica en general.

#### Fernando Lolás Stepke (Chile, 1948)



Psiquiatra chileno egresado de la Universidad de Chile y especialista en Medicina Psicosomática por la Universidad de Heidelberg, Alemania. Cuenta con un postdoctorado para las investigaciones en Neurociencias por el National Institute of Health, Estados Unidos. Es Doctor "Honoris

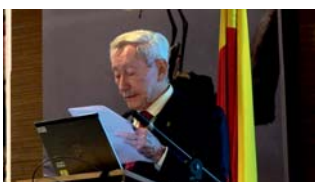
Causa" por distintas universidades (San Marcos de Lima, Perú; Córdoba, Argentina; Cuyo, Argentina; Ricardo Palma, Perú, Vales de Jequitinhonha, Brasil; y Mucurí, Brasil).

Siendo consciente de la importancia de la cooperación internacional, además de establecer la *Revista Acta Bioethica*, da inicio con respectivas figuras mundiales fundadoras de la disciplina, como Daniel Callahan, James Drane, Diego Gracia [12], Ezequiel Emanuel, y Mainetti, entre otros, el *Programa Regional de Bioética (PRB) OPS/OMS*, que fue establecido formalmente en 1994 en Santiago de Chile mediante un convenio con el Gobierno de Chile y la Universidad de Chile.

Parte de ese legado establecido por Lolas se ve hoy incluso en el *Instituto de Bioética* de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, a cargo de Delia Outomuro MD (2004) cuya primera obra, de hecho, fue prologada por Lolas Stepke. Allí se ha mantenido un continuo desarrollo a nivel de cursos en Bioética de pre- y postgrado que, como otros centros argentinos e iberoamericanos, colaboran y se coordinan también a través del *Programa de Bioética FLACSO* fundado en 1993. Este programa es presidido por Florencia Luna y, en él, la bioeticista experta en Biobancos, Liliana Siede (con formación doctoral en la Universidad del Bosque) ha jugado un importante papel de liderazgo académico y organizacional que se mantiene hasta hoy[13]. Siede ha regresado el favor al nuevo continente al colaborar como docente en la Universidad de Valencia, España.

Lolas, Pessini, Roa-Castellanos y Natasha Lima, de hecho, entre 2008 y 2009 enseñan para el habla portuguesa e hispana a Fritz Jahr como primer antecedente de la bioética. Dentro de la producción de Lolas se destacan líneas como la psiquiátrica: *Guía bioética para pacientes con intento de suicidio (2010)*; el análisis institucional del sector salud y la bioética: *Dimensiones éticas de las regulaciones en salud (2009)*, *Ibero-American bioethics. History and perspectives (2009)*; y la bioética de la experimentación científica cuya obra más destacada *El animal como sujeto experimental. Aspectos técnicos y éticos (2007)* fue texto que desencadenó la creación de la red CICUALES (*Comité Institucional de Cuidado y Uso de Animales de Experimentación*) en Iberoamérica.

Jaime Escobar Triana (Colombia, 1935)



Médico cirujano (1958) egresado de la Universidad Nacional de Colombia, actualmente cumple sus funciones como director del departamento de Bioética de la Universidad de El Bosque. En cuanto a su formación

médica cuenta con dos títulos de especialización en cirugía (1962) por la Universidad Nacional del Colombia y de Coloproctología (1968) por la London University. Cuenta con dos másters: uno de Filosofía (1994) por la Universidad Javeriana presentando el trabajo *Dimensiones ontológicas del cuerpo*; y un segundo máster de Bioética (1999) por la Universidad de Chile con el trabajo *Morir como ejercicio final del derecho a una vida digna*. Tiene también una especialización en Filosofía de la Ciencia (2000) por la Universidad de El Bosque y finalmente por esta misma universidad obtiene el grado de doctor en Bioética en el año 2011.

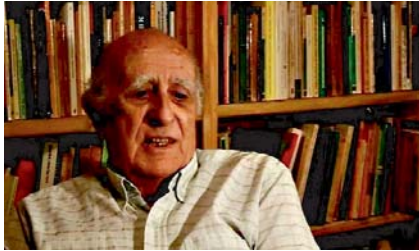
Aunque ha sido reelegido rector de la Universidad de El Bosque en varias ocasiones, Escobar Triana es una de las figuras precursoras de la bioética en Colombia (el premio que se le otorgó en el 2002 por la Universidad Nacional de Colombia es un testimonio de la consideración como pionero de la bioética que tiene en su país). Desde un enfoque secular, formó el programa de maestría y luego doctorado en Bioética, adscrito a la Facultad de Medicina de la Universidad del Bosque en Bogotá. La actividad de este Programa de Bioética se ha mantenido de forma vigente gracias al tesón de tales fundadores por medio de eventos y estudios con actividad continua en temas vanguardistas de impacto social y político. Dicho programa es indisoluble de la corta historia de la bioética en Colombia. Por otro lado, y como la obra *Latinoamérica y sus textos* evidencia, la producción editorial en bioética de Colombia está estrechamente ligada a Escobar Triana. De hecho es en 1994 cuando su extenso número de aportaciones comienza ver la luz a través de la Universidad de El Bosque. La primera de ella fue *Bioética, la calidad de vida en el siglo XXI* [14]

El mismo Escobar Triana menciona que su inicio en la bioética tiene como punto de partida su trabajo a cargo de la dirección de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San Juan de Dios de la Universidad Nacional en 1976. Ahí inició unos seminarios relacionados con los derechos de los pacientes que estaban especialmente dirigidos al derecho a morir dignamente [15]. Durante esos primeros años todavía no se habla de bioética, aunque los temas que se tratan tienen relación directa con la disciplina. No es hasta 1978 cuando se introduce el término bioética en los seminarios que dirigía Escobar Triana en el sentido que acuña R. Van Potter. Los temas que se tratan son el uso de las nuevas tecnologías referidas a los derechos de los moribundos, la conveniencia y problemática de alargar la agonía, entre otros.

Participa desde sus orígenes en 1988 con la Asociación Nacional de Bioética (ANALBE) y entre 1993 y 1994 hace lo mismo con el Centro Nacional de Bioética (CENALBE), que tiene una dependencia administrativa del Instituto de Bioética de la Universidad Javeriana. Sin embargo, una de sus mayores aportaciones al terreno de la ética está

ligada a la formación, y en especial, a la investigación. A través de la Universidad de El Bosque en 2001 crea el primer máster en Bioética en Colombia con cuatro líneas de investigación: bioética clínica, fundamentación, bioética y medio ambiente y bioética y pedagogía. Más adelante, en el 2006, también pondrá en marcha el doctorado en bioética de esta universidad.

#### Ricardo Maliandi (Argentina, 1930 - 2015)



Doctorado en Filosofía [1964] por la Universidad de Maguncia, Alemania. El fallecido Maliandi, quien fuera miembro de la *Asociación Argentina de Bioética*, es referente dentro de la región con el más destacado estudio axiológico realizado y respaldado en la zona con traducciones al castellano de Nicolai Hartmann. El *modelo propio* a nivel teórico de

Maliandi [16] se conoce como la *Ética Convergente* desglosada en dos tomos y que supone, de cara a conflictos, la oportunidad de corrección racional sobre la marcha de los discursos éticos.

Maliandi hace tránsito de la ética a la bioética. Su obra refleja el cambio de matiz: *Ética: dilemas y convergencias* de 2006, pasa a *Teoría y praxis de los principios bioéticos* en 2008. Un desarrollo que se integra en *Fenomenología de la Conflictividad* (2010) y *Aporética de la conflictividad* de 2011 (que componen la *Ética Convergente*). Este continuum es explicado de manera dialógica en la postrera *Ética y conflicto*. "Un diálogo filosófico sobre la ética convergente" de 2012. El autor fallece en 2015.

#### José Roque Junges (Brasil, 1949)



Se puede hablar de él como uno de los pioneros en bioética en Brasil. Roque Junges es filósofo (1973) por la Pontificia Universidad Católica de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Realizó el Postgrado a nivel de especialización en Historia del Brasil Contemporáneo (1978) por la Universidad do Vale do Rio dos Sinos, São

Leopoldo/RS. Más tarde consigue una maestría en Teología (1980) por la Pontificia Universidad Católica de Chile y el doctorado en Teología Moral (1985) por la Pontificia Universidad Gregoriana de Roma, Italia.

Es profesor de bioética en los cursos de pre-grado en salud y profesor/investigador del Programa de Pos-Grado en Salud Colectiva de la Universidad do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo/RS, Brasil. Desde el 2003 es coordinador del Comité de Ética de la Investigación en la UNISINOS. Ejerce el papel de líder del grupo de investigación «Bioética y Salud Colectiva». Colabora como editor asociado de la Revista Brasileña de Bioética (RBB). Ha contado con una serie de nombramientos en el mundo de la bioética en Brasil, entre ellos destacan el ser miembro de la coordinación (2007-2009) de la Sociedad Brasileña de Bioética (SBB), vice-Presidente (2006-2007 y 2008-2009) de la Sociedad Riograndense de Bioética (SORBI) y miembro de la Sociedad Brasileña de Teología Moral (SBTM).

Desarrolla estudios e investigaciones en Filosofía y Ética con énfasis especial en bioética. Los temas específicos que abarca son: bioética de la investigación, bioética de la salud pública, bioética ambiental y salud colectiva. Ha publicado los siguientes libros: *Bioética: Perspectivas e desafios* (1999); *Ecologia e Criação: Resposta cristã à crise ambiental* (2001); *Evento Cristo e Ação Humana: Temas fundamentais de ética teológica* (2002); *Ética ambiental; Bioética: Hermenêutica e Casuística* (2006). [17].

#### Fernando Sánchez Torres (Colombia 1930)



Es médico cirujano (1954) por la Universidad Nacional de Colombia con especialidad en Ginecobstetricia. Fue profesor titular, emérito y honorario, más tarde decano de la facultad de Medicina y, finalmente, Rector de la Universidad Nacional de Colombia. Comienza a ser miembro de la Academia Nacional de Medicina de Colombia en 1979, para convertirse en su presidente en marzo de 2012. Fundó en diciembre de 1985 el Instituto Colombiano de Estudios Bioéticos (ICEB), asociado a la Academia Nacional del Medicina de Colombia, que mantiene desde entonces un seminario de estudios bioéticos. El enfoque con el que cuenta el ICEB hace énfasis en la tradición hipocrática [18]. También es miembro fundador de la Sociedad Colombiana de Historia de la Medicina y en la actualidad es miembro del consejo superior de la Universidad Central de Bogotá. Como curiosidad, el mismo Sánchez Torres se considera pintor antes que médico, pues su amor por este arte nace a los nueve años [19]

Recibió el Premio Nacional de Medicina Federico Lleras Acosta. Otro de sus méritos ha sido por su labor profesional e investigativa por lo que le fue reconocido el título

de Maestro de la Obstetricia y la Ginecología Latinoamericanas y obtuvo el galardón a la Excelencia de la Medicina Colombiana. En el marco del *VII Congreso anual sobre biodiversidad, bioética y derecho* de la Universidad Nacional de Colombia recibe, junto Jaime Escobar Triana y Guillermo Hoyos Vázquez, un reconocimiento homenaje (el primero que se dio en este país) por su trayectoria en la bioética.

Cuenta con un centenar de artículos académicos y entre sus libros sobre bioética sobresalen: *La eutanasia* (1997), *Temas de Ética Médica* (1995), *Catecismo de ética médica* (2000). Colabora como columnista en el periódico *El Tiempo* desde hace más de cuatro décadas.

Marcio Fabri dos Anjos (Brasil, 1967)



Se trata de un teólogo y filósofo que realizó su doctorado en la Pontificia Universidad Gregoriana, Roma en 1975. Su interés por la bioética ya se aprecia en la defensa de su tesis: *Argomento moral y Aborto: dalle manera argomentazioni sull'aborto al Giusto di argomentare in la moral de la teología.*

Profesor en el programa de doctorado y maestría en bioética el Centro Universitario San Camilo (San Pablo) y de la Accademia Alfonsiana, de la Pontificia Universidad Lateranense (Roma). También es profesor de Teología en el Instituto San Pablo de Estudios Superiores (ITESP). Es miembro de la Cámara técnica de Bioética del Consejo Regional de Medicina del Estado de San Pablo (CREMESP).

Participó en la fundación de la Sociedad Brasileira de Bioética (SBB) de la cual es secretario. Fue presidente de la Sociedad de Teología y Ciencias de la Religión (SOTER) desde 1991 a 1998. Fabri dos Anjos fue fundador y presidente de la Sociedad Brasileña de Teología Moral (SBTM) desde 1980 a 1986. También ha sido asesor de Ameríndia - Asociación Latino-americana de consciencia y liberación de 1984 a 1999. En cuanto a su participación en publicaciones se puede mencionar que fue coeditor de la *Revista Redbioética* perteneciente a la UNESCO y de la revista da *Editores Ideas y Letras*. Dentro del terreno de la investigación es líder de grupo sobre las líneas: *Fundamentos Teóricos de Bioética; estudios de interfaces entre Bioética y Religión* y de *fundamentos de Bioética de las actividades profesionales* [20].

Fabri dos Anjos puede considerarse uno de los principales impulsores de la denominada “Bioética de intervención”. Como señala Volnei Garrafa atiende a los



temas "persistentes más que emergentes" como el hambre, la pobreza, la discriminación y vulneración social o la estigmatización [21].

#### Gilberto Cely Galindo (Colombia, 1944)



Es licenciado en Filosofía y Letras (1969) y licenciado en Teología (1975) por la Pontificia Universidad Javeriana - Puj, Bogotá. Tiene un máster en Teología Moral (1977) por la misma Pontificia Universidad Javeriana - Puj. Junto con Alfonso Llano han realizado investigaciones interdisciplinarias dando inicio a la institucionalidad de campo bioético en el

septentrión suramericano. Ambos también forman en los noventas el *Instituto de Bioética* de la Universidad Javeriana en Bogotá, que brindaría una especialización la cual llega a convertirse en Maestría. Ambos figuran también como co-fundadores del *Instituto Colombiano de Estudios Bioéticos* (ICEB) de la *Academia Colombiana de Medicina* que despega desde 1986, con las subsecuentes figuras colombianas en la materia como Fernando Sánchez Torres MD (Presidente de tal Academia).

Cely tiene como mérito el haber liderado el primer libro en el que aparece propiamente la palabra bioética en Colombia [22]. En realidad es un prolífico autor de obras deontológicas para las Ciencias de la Salud con el prisma bioético y en temáticas tanto de Ética como de Bioética ambiental: *El Horizonte Bioético de las Ciencias* (1994), *Temas de Bioética Ambiental* (1995), *Ecología-humana: una propuesta bioética* (1998), *Gen-Ética. Donde la vida y la Ética se articulan* (2001), *Códigos Bioéticos de la profesión de Nutrición y Dietética* (1995), *de Bacteriología y Laboratorio Clínico* (1998), o *Bioética para odontólogos* (2005). Su obra más notable quizás sea *Bioética Global* (2009) que hace un recorrido por distintos enfoques bioéticos.

Cely colabora con Jorge José Ferrer en la tarea de sembrar la Bioética en el Caribe, empezando por Puerto Rico, tierra natal del segundo, que siendo igual egresado de Georgetown, no sólo extiende la Bioética a República Dominicana, sino que llega a ser director en 2001 de la Cátedra de Bioética de la Universidad de Comillas en Madrid, tras la muerte de su fundador, el biólogo español de la Complutense Javier Gafo. Produce el puertorriqueño una de las mejores obras sintéticas de las principales escuelas y autores en el tema (Cf. *Para Fundamentar la Bioética*). Adicionalmente, Ferrer lograría para su isla -en 2008- otro punto acreditado de

desarrollo educativo para el programa bioético de la OPS del que se comentará luego su papel iniciador.

Omar França-Tarragó (Uruguay, 1953)



Director de la Cátedra de Éticas Aplicadas del Departamento de Formación Humanística en Universidad Católica del Uruguay desde 1988. Es Profesor de Bioética en la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud, de Psicoética en la Facultad de Psicología de la Universidad Católica del Uruguay y de Ética Empresarial en Negocios Internacionales. Los libros publicados como autor reflejan sus áreas de trabajo: *Ética para Psicólogos. Introducción a la Psicoética* (1996), *Manual de Psicoética. Ética para psicólogos y psiquiatras* (2012), *Bioética en final de la vida* (2008), *Bioética al Inicio de la Vida* (2008), *Fundamentos de Bioética. Perspectiva personalista* (2007), *Ética Empresarial y Laboral. Sus fundamentos y su aplicación* (2011), *Bioética en el transcurrir de la vida* (2013) [23].

Volnei Garrafa (Brasil, 1946)



Doctor en Ciencias, con Post Doctorado en Bioética por la Universidad de Roma, Italia. Es profesor titular y coordinador de la Cátedra UNESCO de Bioética de la Universidad de Brasilia UnB (Brasil). Colabora como editor científico de la Revista Brasileira de Bioética. Ejerce como presidente del Consejo Directivo de la Red Latino Americana y del Caribe de Bioética de UNESCO y como vicepresidente de la Sociedad Internacional de Bioética (SIBI), sección de América Latina. Ha sido miembro titular de la Comisión Nacional de Ética en la Investigación del Ministerio de Salud de Brasil (1997-2003). Presidente de la Sociedad Brasileña de Bioética (2001-2005) y presidente del Sexto Congreso Mundial de Bioética de la *International Association of Bioethics* (IAB) (Brasilia, 2002). Su prolífera producción abarca más de 176 trabajos de investigación publicados en revistas científicas, 18 libros y 63 capítulos de libros [24].

## Epílogo: el papel de la UNESCO.

La doctora en psicología, Dafna Feinholz Klip, de nacionalidad mexicana, es en la actualidad jefa de sección de bioética y ética científica de la UNESCO. Fue asimismo fundadora y Coordinadora del Foro Latinoamericano de Comités de Ética en Investigación en Salud, es miembro del Assisting Bioethic Committee de la UNESCO, y ha impulsado en Ghana y en Jamaica la creación de organismos nacionales de bioética.

Argentina también se ha destacado por aupar, junto con Colombia, los temas de bioderecho por prolíficos bioeticistas-abogados con colaboración de académicos hispánicos. A la cabeza se puede hacer mención de Carlos Romeo Casabona, experto del Consejo de Europa y de la UNESCO, y Rafael Junquera, Director del Instituto de Estudios Morales de Madrid. Es de reseñar que a partir de febrero de 2008 toma precisamente asiento en la Oficina de la UNESCO en Montevideo, Uruguay, el *Programa de Bioética y Ética de la Ciencia*. Con un matiz que trata el enfoque de la *Bioética Global* y las *Ciencias Naturales*, se abordan incluso temas de vanguardia. Una nueva generación de estudiosos sucede el camino inicialmente abierto para la Bioética en ese país, por el abogado uruguayo Horacio Cassinelli Muñoz, quien produjo análisis memorables sobre la *Salud como Derecho Público*.

A partir de febrero de 2008 toma precisamente asiento en la Oficina de la UNESCO en Montevideo, Uruguay, el *Programa de Bioética y Ética de la Ciencia*. Con un matiz que trata el enfoque de la *Bioética Global* y las *Ciencias Naturales*, se abordan incluso temas de vanguardia: Ética de la Investigación, Seguridad Alimentaria, Transgénicos, Cambio Climático. Una nueva generación de estudiosos sucede el camino inicialmente abierto para la Bioética en ese país, por el abogado uruguayo Horacio Cassinelli Muñoz, quien produjo análisis memorables sobre la *Salud como Derecho Público*.

En ese mismo año surge la obra “*Diccionario Latinoamericano de Bioética*” editado por UNESCO, la *redbioética* y la *Universidad Nacional de Colombia* siendo un valioso esfuerzo del argentino Juan Carlos Tealdi, que unido a otros icónicos colaboradores como Susana Vidal (Arg), Miguel Kottow (Chile), Alya Saada, Fernando Cano y José María Cantú (Mex), Javier Luna Orozco (Bolivia), Felix Piedra (Cuba), Andrés Peralta (Rep. Dom) y Vonei Garrafa (Brasil) -este último relevante coordinador en el desempeño de UNESCO y la Redbioética-, asisten el meritorio alumbramiento en lo que ya suponía una transición hacia una segunda generación y tercera generación de bioeticistas. Y asimismo se dio la demostración productiva de que Latinoamérica

también podía tener sistemas de pensamiento y contribuciones singulares para un campo diverso que invitaba al intercambio de ideas. Cabe destacar la figura de la brasileña Dora Porto que trabaja con Volnei Garrafa en Bioética de Intervención, propuesta teórico metodológica para una bioética autóctona, en la Cátedra UNESCO de Bioética de la UnB desde el año 2002.

No obstante, en años recientes, cierta desaceleración se ha percibido en el tema. Roa-Castellanos, con otros varios ejemplos anotaba que: “Esta es una situación que se está viendo en el nuevo y en el viejo mundo. De acuerdo con información recuperada en Septiembre de 2015, la revista *Selecciones de Bioética* -con peso en el contexto iberoamericano- llegó a publicarse periódicamente hasta el 2012, un número reaparece en 2016; *Anamnesis*, Revista De Bioética Colombiana bajó su periodicidad a una edición anual; la *Revista RedBioética/UNESCO* a Septiembre de 2015 no había publicado en red ninguno de sus habituales 2 números anuales (...)”[25]. Por lo visto nuevos impulsos, temas, grupos de estudio y debates ya se están gestando y reconfigurando en el consolidado campo de esta disciplina.

## Bibliografía

1. Llano Escobar, A. “La bioética en América Latina y en Colombia”. En: Pessini, L., Barchifontaine, C. de P., Lolas F. (Eds.) *Perspectivas de la bioética en Iberoamérica*, Programa de Bioética de OPS/OMS, Santiago de Chile, 2007, pp. 51-58.
2. Mainetti, A. J., Pérez, M. L., “Los discursos de la bioética en América Latina”, En: Pessini, L. Barchifontaine, C. de P., Lolas F. (Eds.) *Perspectivas de la bioética en Iberoamérica*, Programa de Bioética de OPS/OMS, Santiago de Chile, 2007, pp. 37-44.
3. Álvarez-Díaz, J. A., “¿Bioética Latinoamericana o bioética en Latinoamérica?”, *Revista Latinoamericana de Bioética*, 2012, Vol. 12, n. 1, ed. 22, pp. 10-27.
4. Drane, J. F., “Bioethical Perspectives from Ibero-America”, *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1996, no.21, pp. 557-569.
5. León Correa F. J., *La bioética latinoamericana en sus textos*. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2008.
6. León Correa F. J., *Op. cit.*, 2008.
7. León Correa F. J. *Op. cit.*, 2008, p. 7-8.
8. Zanier, J., Hoofst, P., Di Domenico, C., Señorino, O., Gurrea, C., Asnariz, T., Manzini, J., Biló, N., Pepa, E., Brunamontini, H., Calo, O., Petriella, AM., Pacenza, M., Golpe, L., “Estado actual y perspectivas de la bioética en la Argentina”, *Boletín de la Oficina Sanitaria panamericana* 1990, 108 (5-6): 500-530; García Marcos, F., “Actas del Seminario Taller “Bioética en América Latina y el Caribe”, II Parte. Presentaciones. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe; 1995. p. 52-53; Macklin, R., Luna F., “Bioethics in Argentina: a country report”, *Bioethics* 1996;10 (2):140-153; Mainetti J.A., Pérez, M.L., “Referencias de bioética en Argentina”, en: Pessini, L., de Barchifontaine, C.P., Lolas, F. (Coor.), Santiago de Chile: Programa de Bioética de OPS/OMS; 2007, p. 71-75.
9. Sánchez Torres F. Antecedentes y estado actual de la bioética en Colombia. *Boletín de la Oficina Sanitaria panamericana* 1990;108(5-6):531-535. Mendoza-Vega J. Colombia. En: Actas del Seminario Taller “Bioética en América Latina y el Caribe”. II Parte. Presentaciones. Op. Cit., p. 60-61. Programa de bioética, Universidad El Bosque. *Revista Colombiana de Filosofía de la Ciencia* 2000;1(2-3):165-176. Escobar Triana J. Historia de la bioética en Colombia. Mirada reflexiva de un protagonista. Bogotá: Programa de Bioética, Universidad El Bosque; 2002. Mendoza-Vega J. Caminos de la bioética en Colombia. *Revista Latinoamericana de Bioética* 2006;6(11):30-45.

10. Llano, A., *Bioética y educación para el siglo XXI*. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, 2006.
11. Gracia D., *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*. Triacastela, Madrid, 2004, pp. 163-194.
12. Es de resaltar que las primeras publicaciones de Diego Gracia fueron llevadas a cabo en Bogotá. *Introducción a la Bioética* (1991) y *Fundamentación y Enseñanza de la Bioética* (1998) son editadas por primera vez por Editorial El Búho en la capital colombiana
13. Programa de Bioética, FLACSO [internet]. Argentina. [citado el 18-10-2016] Disponible: <http://flacso.org.ar/programas/programa-de-bioetica/>
14. Escobar Triana, Jaime: *Bioética, la calidad de vida en el siglo XXI*, Colección Bios y Ethos No. 1, Universidad el Bosque, Bogotá, 1994.
15. Escobar Triana, Jaime, *Historia de la Bioética en Colombia*, Colección Bios y Ethos No. 21, Universidad el Bosque, Bogotá, 2002.
16. Maliandi, R., *Ética convergente. Tomo I: "Fenomenología de la conflictividad"*. Ed. Las Cuarenta, Buenos Aires, 2010.
17. Bioéticas. Guía Internacional de la bioética. José Roque Jungues. [internet] [citado 8 de octubre de 2016]. Disponible en <http://www.bioeticas.org/bio.php?articulo72>
18. Escobar Triana, Jaime, *op. cit.*, 2002.
19. "Una vida entre la pintura y la medicina", Vive.in, [Internet]. Colombia, 2012. [citado el 23/10/2016] Disponible en [http://bogota.vive.in/arte/bogota/articulos\\_arte/noviembre2012/ARTICULO-WEB-NOTA\\_INTERIOR\\_VIVEIN-12416867.html](http://bogota.vive.in/arte/bogota/articulos_arte/noviembre2012/ARTICULO-WEB-NOTA_INTERIOR_VIVEIN-12416867.html)
20. Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico. Ministerio de Ciencia, Tecnología, Innovaciones y Comunicaciones. Marcio Fabri dos Anjos [Internet]. [citado 8 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4763672E7>
21. "El bioético brasileño Volnei Garrafa destaca los principios de la SIBI frente a una nueva colonización de países ricos" 20 minutos [Internet]. España. [citado 7 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.20minutos.es/noticia/839305/0/#xtor=AD-15&xts=467263#xtor=AD-15&xts=467263>
22. Cely Galindo, Gilberto (ed.), *El horizonte bioético de las ciencias*, Colección Bioética, Pontificia Universidad Javeriana. Instituto de Bioética, Bogotá, 2001.
23. Omar França-Tarragó [Internet]. [citado 8 de octubre de 2016]. Disponible en: [http://www.paulinas.org.ar/libreria/teologia/imagenes/bioetica\\_final.pdf](http://www.paulinas.org.ar/libreria/teologia/imagenes/bioetica_final.pdf)

24. Universidad de Brasilia. Volnei Garrafa. [citado 7 de octubre de 2016].

Disponible en: <http://brasilha.academia.edu/VolneiGarrafa>

25. : “¿Qué? ¿Convirtieron la Bioética en Necroética?” Revista Nova et

Vetera [Internet]. [citado el 20-10-2016] Disponible en:

<http://www.urosario.edu.co/revista-nova-et->

[vetera/Inicio/Columnistas/Que-Convirtieron-la-Bioetica-en-Necroetica/](http://www.urosario.edu.co/revista-nova-et-vetera/Inicio/Columnistas/Que-Convirtieron-la-Bioetica-en-Necroetica/)

# La contribución de James Drane a la bioética iberoamericana.

Benjamín Herreros, Gregorio Palacios, Fernando Bandrés.

Índice del capítulo:

- Introducción.
- James Drane en España y Latinoamérica. Una relación de ida y vuelta.
- La “escala móvil” para la valoración de la competencia.
- La ética de la virtud.
- Bibliografía.

## **Introducción.**

James Francis Drane es uno de los fundadores de la bioética. En los años 1960 y 1970 trabajó con Daniel Callahan, André Hellegers, Edmund Pellegrino, David C. Thomasma, Warren T. Reich, Mark Siegler, Warren Reich, Stepehn Toulmin, Thomas Beauchamp, Albert Jonsen o H. Tristram Engelhardt para que los nuevos problemas éticos que aparecían en el campo médico y en la investigación con seres humanos fueran tratados de otra manera. Los nuevos problemas hacían necesario desarrollar nuevos métodos para abordarlos. Otras vías para afrontar los conflictos éticos que aparecían en biomedicina. James Drane tuvo un papel fundamental en esos inicios.

Dos de las características de James Drane como bioeticista han sido, por una parte su aplicación de la ética de la virtud a la medicina y, por otra, su influencia en la bioética iberoamericana. Sin olvidar las aportaciones realizadas, por ejemplo, en psiquiatría. En el capítulo comenzaremos por describir su fructuosa relación intelectual y personal con España y Latinoamérica. Tras ello analizaremos dos aspectos muy relevantes sobre la aportación de J. Drane a la bioética, la “escala móvil” para valoración de la competencia y la aplicación de la ética de la virtud a la relación clínica.

## **James Drane en España y Latinoamérica. Una relación de ida y vuelta.**

J. Drane era un brillante sacerdote estadounidense formado en teología en la Universidad Gregoriana de Roma. Tras ser ordenado en 1956, se dedica a la enseñanza en el Seminario de Little Rock. Al poco tiempo de comenzar su tarea



docente, el obispo le envía a Madrid para doctorarse en la Universidad Complutense. Su director de tesis sería el filósofo español José Luis López Aranguren, catedrático de Ética en dicha universidad. J. Drane se doctora en 1963, con una tesis dirigida por José Luis López Aranguren llamada “Las bases de la tolerancia”, sobre libertad religiosa y tolerancia. La idea de la apertura de la iglesia a los nuevos tiempos, sin rechazar sus dogmas principales, ha sido una constante durante toda la obra de J. Drane. Su objetivo con la tesis doctoral era humanizar y flexibilizar la ortodoxia católica. Curioso tema en la España del nacionalcatolicismo, donde la tolerancia precisamente brillaba por su ausencia. El encuentro con Aranguren será fundamental en el desarrollo intelectual de J. Drane. Lo considerará su maestro el resto de su vida. Una deuda intelectual que ha tenido siempre presente.

Después de doctorarse en España regresa a Estados Unidos para continuar con su labor sacerdotal. La vida de J. Drane sufre un cambio de rumbo en 1967 cuando, tras conocer los problemas de muchas parejas y basándose en la formación recibida en la Universidad Gregoriana, publica unos artículos en *Arkansas Gazette* (después difundidos en *Life Magazine*) que cuestionaban la postura oficial tradicional de la Iglesia católica respecto al control de la natalidad. Básicamente J. Drane defendía el uso de métodos anticonceptivos en parejas que no querían tener más hijos y deseaban seguir disfrutando de una vida íntima.

Sin mediar palabra, J. Drane recibió una carta del obispado suspendiéndole del ejercicio sacerdotal. J. Drane argumentó ante el obispo Albert L. Fletcher que lo que defendía no contravenía ningún principio ético, que no estaba contra la moral. Pero Albert L. Fletcher consideraba que estaba fuera de la doctrina de la iglesia, de manera que se le prohibía ejercer el sacerdocio y era expulsado del seminario. El caso fue discutido en Roma, donde se ratificó la decisión del obispado. Le ofrecieron ser destinado a una lejana parroquia y guardar silencio, o retractarse públicamente. Rechazó ambas cosas y solicitó ser destinado al estado laico. Los artículos de J. Drane tuvieron un enorme impacto dentro del ámbito católico y en la sociedad norteamericana, y sus tesis le abrirían otros caminos.

En 1967, J. Drane tenía 37 años y se encontraba sin posibilidades de trabajar en el ámbito que había constituido toda su vida, la iglesia católica. Serían personas de otras confesiones las que le ayudarían. James Gustafson, profesor de ética protestante en la Universidad de Yale, le invitó a su universidad. En Yale J. Drane continuó denunciando la postura de la iglesia católica respecto al control de la natalidad, publicando un libro imprescindible para entender los inicios de la bioética, “*Authority and Institution: A Study in Church Crisis*”. En la Universidad de

Yale conoce a una persona fundamental en su vida y en el nacimiento de la bioética, Daniel Callahan. Gracias a una beca de la Fundación Ford, J. Drane y D. Callahan viajan por distintos países del mundo para estudiar el aborto en diferentes culturas. Fruto del viaje D. Callahan publica otro libro clave en los albores de la bioética, “*Abortion: Law, Choice and Morality*”.

Los nuevos problemas éticos de la medicina, de la tecnología en el final de la vida, la aparición de los primeros comités de ética, las cuestiones que suscitaba el aborto o la investigación con seres humanos, empujaban para que apareciera la nueva disciplina. Son los años en los que D. Callahan funda el Hastings Center (considerado el primer centro de bioética, en 1969) y cuando Andre Hellegers crea el Kennedy Institute en la Universidad de Georgetown. J. Drane acepta una oferta de la Universidad de Pennsylvania en Edinboro para trabajar en la nueva disciplina que se estaba desarrollando, la bioética.

En la Universidad de Pennsylvania en Edinboro J. Drane desarrolla una tarea docente y editorial muy destacada. Pero inquieto y viajero, en 1987 regresa a España para trabajar con Pedro Laín Entralgo, al que había conocido a través de José Luis Aranguren, en los aspectos éticos de la relación clínica.

La experiencia con Aranguren y con Laín Entralgo le llevan a desarrollar una teoría de la relación clínica y de la profesión médica más humanas, a diferencia de la relación mercantilizada vigente en Estados Unidos. La relación del médico con el paciente tiene que incorporar la idea de carácter y de virtud. Las virtudes del médico son centrales. En 1988 publica el libro más conocido de J. Drane, “*Becoming A Good Doctor: The Place of Virtue and Character in medical Ethics*”, donde desarrolla su teoría de la virtud aplicada a la medicina.

Durante la estancia en Madrid conoce a algunos de los bioeticistas españoles de la primera generación, entre ellos Javier Gafo y Diego Gracia. La influencia de J. Drane sobre la primera generación de bioeticistas españoles es fundamental. Les muestra lo que se está haciendo en Estados Unidos en esta disciplina. Diego Gracia viaja con J. Drane a Estados Unidos para conocerlo de primera mano. En gran medida, el giro de Diego Gracia desde la antropología médica de Pedro Laín Entralgo a la bioética fue facilitado por J. Drane. Un cambio fundamental para su posterior desarrollo intelectual. La relación posterior de J. Drane con los bioeticistas españoles ha sido enormemente fructífera. Por ejemplo con Miguel Ángel Sánchez González o con Miguel Capó.

Otro momento relevante para entender la influencia de J. Drane en la bioética iberoamericana se sitúa también a finales de los años 1980. La Oficina Panamericana de Salud, sección americana de la Organización Mundial de la Salud (OPS), tras una serie de escándalos con las farmacéuticas norteamericanas en latinoamérica, escoge a J. Drane para trabajar en el departamento legal de la OPS con el fin de introducir los nuevos conceptos que aportaba la bioética al campo de la investigación con seres humanos. J. Drane buscó las personas clave para que se pudiera trabajar en esta disciplina desconocida en Latinoamérica, y puso además en marcha programas formativos para que la bioética fuera difundida en Latinoamérica.

Tras jubilarse en 1992, la Universidad de Pennsylvania en Edinboro crea el “James F. Drane Bioethics Institute”, desde donde J. Drane continuaría colaborando con la OPS en latinoamérica, y desarrollando programas formativos y de investigación para estudiantes y profesores latinoamericanos y europeos. El objetivo de los programas del “James F. Drane Bioethics Institute” (que se mantienen en la actualidad), es que los estudiantes y profesores trabajen por la bioética latinoamericana.

### **La “escala móvil” para la valoración de la competencia.**

Muchas de las aportaciones de J. Drane a la bioética las ha realizado en el ámbito de la psiquiatría. J. Drane tuvo una larga estancia en el prestigioso hospital psiquiátrico norteamericano “Menninger Clinic”, con el psiquiatra Karl Augustus Menninger. Tras detectar la dificultad que tienen los psiquiatras para tomar decisiones con sus pacientes, debido a que no es sencillo saber si son competentes para decidir, desarrolla en los años 1980 la primera escala para medir la competencia de los pacientes para tomar decisiones, aportación fundamental para el avance de la bioética.

Se trataba de la conocida “escala móvil” (*sliding scale*), en donde clasifica a los pacientes en tres grupos. En función de la evaluación mental del paciente y del tipo de decisión que se tiene que tomar, se le considera competente o no competente para tomar la decisión. Un modelo para la toma de decisiones que publica en JAMA en 1984 y un año después en Hastings Center Report.

La escala de J. Drane vincula la competencia con la situación clínica del paciente. Esta evaluación cambiaba la valoración clásica que se realizaba en psiquiatría, que sencillamente evaluaba la competencia de forma estática a través de diversos test,

sin tener en cuenta el tipo de decisión en juego. Con la escala móvil, J. Drane pretende dar a los clínicos una guía útil a la hora de tomar decisiones con pacientes con la competencia reducida, situación muy habitual en medicina. Y así ha sido, porque la escala es internacionalmente conocida.

<b>Categoría 1: Mínimo nivel de competencia.</b>
Criterios de competencia: <ul style="list-style-type: none"><li>○ Consciencia básica de su situación.</li><li>○ Asentimiento, explícito o implícito, a las opciones.</li></ul> Competentes: Niños, retrasados mentales, demencia moderada. <ul style="list-style-type: none"><li>○ Consentir tratamientos eficaces.</li><li>○ Rechazar tratamientos ineficaces.</li></ul> Incompetentes: Inconscientes, comatosos, estados vegetativos, autistas.
<b>Categoría 2: Nivel moderado de competencia.</b>
Criterios: <ul style="list-style-type: none"><li>○ Comprensión de su situación y del tratamiento.</li><li>○ Capacidad de elección basada en las expectativas medicas.</li></ul> Competentes: <ul style="list-style-type: none"><li>○ Consentir tratamientos de eficacia dudosa.</li><li>○ Rechazar tratamientos de eficacia dudosa.</li></ul> Incompetentes: Trastornos emocionales severos, fobia al tratamiento, alteraciones cognitivas.
<b>Categoría 3: Elevado nivel de competencia.</b>
Criterios: <ul style="list-style-type: none"><li>○ Comprensión reflexiva y crítica de la enfermedad y el tratamiento.</li><li>○ Decisión racional coherente con sus creencias y valores.</li></ul> Competentes: Adultos maduros, enfermos reflexivos con mecanismos maduros de compensación. <ul style="list-style-type: none"><li>○ Consentir tratamientos ineficaces.</li><li>○ Rechazar tratamientos eficaces.</li></ul> Incompetentes: Enfermos indecisos, cambiantes, ambivalentes, histeria, defensas neuróticas.

“Escala móvil” de James Drane sobre la competencia.

La escala móvil de J. Drane se ha superado, y actualmente se utilizan otras herramientas. Pero sin su contribución no se hubiera avanzado tanto en la valoración de la competencia de los pacientes. Un aspecto que no sólo ha sido práctico para los clínicos, sobre todo ha servido para que los enfermos sean mejor considerados y más tomados en cuenta al decidir sobre su salud.

## La ética de la virtud.

La contribución posiblemente más substancial de J. Drane al campo de la bioética ha sido la recuperación de la ética de la virtud para aplicarla a la relación médico-paciente. Aunque no ha sido el único que ha trabajado este aspecto. No se deben olvidar las aportaciones realizadas por Edmund Pellegrino o por David C. Thomasma. Para la propuesta de J. Drane fue muy importante la influencia de sus dos maestros españoles, José Luís Aranguren y Pedro Laín Entralgo.

La teoría de la virtud impregna las páginas de muchos de sus libros, como “*Clinical Bioethics*” (1994), “*Caring to the end*” (1997) o “*More Humane Medicine: A Liberal Catholic Bioethics*” (2003), aunque la mayor parte de esta teoría está recogida en “*Becoming a good doctor*” (1989), “*Cómo ser un buen médico*” en su traducción española. En este libro se expone la importancia de recuperar el carácter ético del médico como fuente y base de una buena práctica médica.

El punto de partida de esta concepción, como se refleja en la introducción de “*Becoming a good doctor*”, es la toma de conciencia de que en la formación de los estudiantes de medicina se ha olvidado la importancia de crear un carácter ético propio y específico del médico. Muchos médicos han perdido la capacidad de “ver al otro”, virtud básica y esencial de la práctica médica, sufriendo una especie de agnosia que les impide reconocer lo esencial del ser sufriente. Esta pérdida se está produciendo, entre otros motivos, porque las facultades de medicina se están alejando de la enseñanza y cultivo de las virtudes propias de la ética médica tradicional, aquella que ha guiado a los médicos de otros tiempos. La función de este carácter ético propio del médico sería en esencia atender de forma excelente las necesidades y requerimientos del hombre enfermo. No se puede entender una buena práctica médica sin atender esta premisa.

Uno de los problemas que J. Drane advierte, es la reducción de la ética médica norteamericana al análisis de casos y al establecimiento de normas y reglas para la resolución de los mismos, olvidando las cualidades del carácter de los profesionales en su relación con los enfermos. Hace por tanto una crítica al sistema de formación estrictamente “analítico”, profetizando su fracaso si no va acompañado de una selección de aquellos estudiantes de medicina que posean ciertas cualidades del carácter propias del médico, cualidades que deben ser potenciadas durante sus años de formación. Con ello no quiere decir que poseer un carácter ético adecuado constituya la única manera de enfrentarse a los complejos problemas de la relación médico-paciente. Ha de ser un punto de partida imprescindible, que tiene que

combinarse en la toma de decisiones médicas con el manejo de reglas, normas, principios, derechos, circunstancias y con el análisis de las consecuencias.

La virtud es una dimensión personal vivida como moralidad. Es una disposición interna hacia actos apropiados, que también denomina “actos del corazón”. Esta disposición interna permite crear una ética de actos y no tanto teórica. Está estrechamente relacionada con la realidad interior vivida, también llamada “ethos” o carácter.

Para J. Drane la clave para ser una persona ética es ser una persona virtuosa. La adquisición de virtudes es un proceso complejo que se articula en varios pasos. En primer lugar, y como paso más importante, debe existir un ideal de vida hacia el cual dirigirnos. Siguiendo a Kierkegaard, piensa que la creación del carácter ético en torno a la virtud exige un absoluto compromiso hacia un ideal de vida, que para el médico será el específico de su profesión, es decir, atender en toda su dimensión a la persona enferma. Este ideal de vida, o como dice “la visión de una vida ideal”, debe crear un compromiso incondicional de la persona hacia ese ideal. Esto exige un cambio radical y creativo en esa dirección, exigiendo un compromiso absoluto.

A partir de ahí, y tomando como referencia irrenunciable dicho ideal, surgirán las actitudes concretas y las disposiciones. Por tanto, el buen médico debe creerse primero que una cierta forma de vida es buena, y después entregarse decididamente a realizarla. Sólo así se podrá convertir en una persona virtuosa. De esta entrega a realizar el ideal de vida elegido surgirá el carácter y de éste las virtudes concretas. La adquisición de un carácter virtuoso es el almacén que permite desarrollar las virtudes concretas. Para J. Drane la virtud no consiste en adquirir virtudes por separado, como quien pone ladrillos diferentes en una casa. Las virtudes surgen de una carácter obtenido a partir de un ideal de vida que da unidad y coherencia al proyecto vital.

La adquisición del carácter virtuoso es un proceso complejo, debido a que constitucionalmente las personas pueden no poseer dicho carácter de forma innata. Existen muchas diferencias entre las personas. Sin embargo, para J. Drane la conversión incondicional hacia un ideal aportará la fuerza necesaria para conseguir la adquisición de virtudes mediante esfuerzos disciplinados dirigidos a tal fin. En el fondo, la virtud es, siguiendo la teoría aristotélica, la adquisición de hábitos a base de repetición de actos virtuosos.

Es significativo como J. Drane combina dos tradiciones en la configuración de la teoría de la virtud. Por un lado la teoría platónica para indicar la visión ideal de una

vida buena (visión del bien) y por otro la teoría aristotélica de la virtud, donde la adquisición del carácter virtuoso consiste en la ejecución de actos que nos llevan a la creación de hábitos de conducta.

La teoría de la virtud de J. Drane equipara la profesión médica al sacerdocio. Ambas comparten un ideal de vida, ambas profesan la lealtad a un ideal y a las normas y principios que emana, y ambas comparten la adquisición de virtudes a través del sacrificio y de la disciplina. Si en el sacerdocio existe un giro del creyente hacia lo bueno (que es Dios a través de la fe), en la medicina se produce un cambio íntegro del yo hacia una forma profesional de vida.

El objetivo fundamental del hombre, y de forma muy especial del médico, es la creación de un carácter ético integral. ¿Consiste esto en la adquisición de virtudes concretas? Sí, pero J. Drane realiza una matización. La adquisición de virtudes incluye las virtudes concretas y particulares de la profesión, que en la medicina serían la confianza, la compasión, la amabilidad, la simpatía, la escucha, la paciencia, la honestidad, la amistad, la veracidad, la actitud de servicio, la bondad, el ser atento, la actitud de respeto, la beneficencia,..., pero también han de desarrollarse las virtudes cardinales, eje del resto de virtudes. Estas serían las clásicas virtudes de coraje o fortaleza, prudencia, templanza y justicia. Sólo cuando la virtud específica del médico entra en armonía con las virtudes generales puede hablarse de un buen médico. Diferentes virtudes producen diferentes formas de conducta, pero desarrolladas y practicadas en conjunto dan como resultado a personas buenas y a médicos buenos.

Para J. Drane las personas buenas responden de forma apropiada ante cualquier situación que se presente. El desarrollo de las virtudes permite a la persona estar segura de sí misma y afrontar de forma correcta las exigencias de la realidad. Además, las virtudes permiten a los seres humanos descubrir las dimensiones morales de la realidad, y por tanto descubrir al otro e incorporar valores.

J. Drane deja claro que las virtudes no constituyen la totalidad de la ética, pero son esenciales para crear conductas buenas, personas buenas y sociedades buenas. En el caso de los médicos, cuando la virtud se ha desarrollado completamente, forma médicos con sabiduría moral práctica capaces de conseguir lo mejor para el paciente de forma natural, independientemente del análisis de actos y de la creación de normas.

Los principios, las normas y los deberes son importantes en ética, y la teoría de la virtud que propone está íntimamente relacionada con las normas morales objetivas.

Las normas morales no se construyen de la nada, brotan de la persona verdaderamente virtuosa, sin tener que luchar en cada caso por la aplicación de los principios en un cálculo continuado del balance riesgo/beneficio según los hechos y las circunstancias. Las personas buenas, los médicos virtuosos, responderán con comportamientos correctos y apropiados como forma de respuesta natural y habitual antes que calculable.

A decir de J. Drane, entre todas las virtudes específicas del médico, cuatro son las que hay que desarrollar por encima de las demás. La virtud de la benevolencia, relacionada con el acto del diagnóstico, el establecimiento de un pronóstico y el tratamiento. La virtud de la veracidad, puesta en práctica en el momento de la comunicación con el paciente. La virtud del respeto hacia el otro, puesta en práctica en la toma de decisiones, y, finalmente, la virtud de la amistad, cualidad básica canalizadora de los sentimientos y que debería articular la relación médico-paciente, en especial la confianza. Como puede verse, la concepción de la relación médico-paciente que defiende J. Drane está muy influida por Pedro Laín Entralgo.

## **Bibliografía.**

1. Drane JF. Competency to Give an Informed Consent. A Model for Making Clinical Assessments. *JAMA*. 1984;252(7):925-927.
2. Drane JF. The many faces of competency. *Hastings Cent Rep*. 1985 Apr;15(2):17-21.
3. Drane JF. La Disciplina de Bioética en las Américas: Norte y Sur, Una Historia Personal. En: *Educación en bioética al profesional de ciencias de la salud*, Herreos B, Bandrés F. (editores). *Ademas Comunicación Gráfica*, Madrid, 2010.
4. Priest ousted for series on birth control, *Chicago Tribune*, July 3, 1967  
Disponible en:  
<http://archives.chicagotribune.com/1967/07/04/page/40/article/priest-ousted-for-series-on-birth-control>
5. Lolas F. Rehistoriar la bioética en Latinoamérica la contribución de James Drane. *Acta Bioethica* 2005;11(2); 161-167.
6. Gracia D. En Persona. James F. Drane. *EIDON*, nº 42, diciembre 2014, 42.57-71
7. Márquez Mendoza, O. Reflexiones Latinoamericanas en Bioética. Editorial Torres Asociados, México DF, 2014. Pg 105.
8. Lain Entralgo, P. La amistad entre el médico y el enfermo en la Edad Media. Discurso en la Real Academia de la Historia, 1964.



### Bibliografía seleccionada de James Drane:

1. Drane JF. A new American reformation: a study of youth culture and religion, Philosophical Library, 1973.
2. Drane JF. Religion and ethics (Topics in moral argument), Paperback, 1976
3. Drane JF. The Possibility of God: A Reconsideration of Religion in a Technological Society, Adams Quality Paperback, 1976
4. Drane JF. Your emotional life and what you can do about it, T. More Press, 1984
5. Drane JF. Becoming A Good Doctor: The Place Of Virtue And Character In Medical Ethics, 1988; Cómo ser un buen médico. Editorial San Pablo, Bogotá, 1989.
6. Drane JF. Clinical Bioethics: Theory and Practice in Medical Ethical Decision-making, Rowman & Littlefield, 1994
7. Drane JF. Caring to the End: Policy Suggestions and Ethics Education for Hospice and Home Health Care Agencies, Lake Area Health Education, 1997
8. Drane JF. More Humane Medicine: A Liberal Catholic Bioethics, Edinboro Univ Pr., 2003; Drane JF. Medicina mas humana. Una bioética católica liberal. Editorial San Pablo. Bogotá. 2006.
9. Drane JF. Finding Relief From Suffering And Depression: The Role Of Understanding And Faith, Paperback, 2009

# La disciplina de bioética en las Américas: Norte y Sur, una historia personal

James Drane

La historia de mi participación en una ética médica que iba a ser la bioética, data del periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial, cuando la medicina moderna empezó a ser dominada por la medicina norteamericana. Poco después de la Segunda Guerra Mundial, siendo seminarista fui enviado a Roma para estudiar teología en la Universidad Gregoriana. Esta institución jesuita, muy respetada, tenía estudiantes de todo el mundo. La lengua oficial de la universidad era el latín. Los profesores eran académicos jesuitas de diferentes países y daban sus conferencias en latín a clases enormes. Los exámenes eran generalmente orales y también en latín. Mi profesor de teología moral era el padre Francis Hurth, S.J. que tenía un gran currículum y además era médico. Utilizaba casos médicos para aplicar principios éticos a situaciones concretas. Otro profesor de teología moral era el Padre Edwin Healy, que había escrito varios libros sobre medicina y ética, y usaba también casos éticos de medicina. Lo que los estudiantes recibíamos en Roma era una educación al estilo clásico medieval, enfocada a la teología, al derecho y a la medicina. En gran medida, mi formación en teología fue una introducción a la ética médica y la bioética.

Durante los largos veranos, a los estudiantes norteamericanos no se les permitía regresar a casa y por lo tanto viajábamos por Europa. La experiencia académica romana estaba por tanto enriquecida por contactos en vivo con diferentes culturas. Mi primera visita a España fue en los primeros años cincuenta.

Después de mi ordenación de sacerdote mi primera asignación fue a un hospital. Allí me vi, cara a cara, con muchos de los problemas éticos creados por las nuevas tecnologías y por las nuevas intervenciones médicas. Esto ocurrió pocos años después de la Segunda Guerra Mundial, después de que el gobierno de los Estados Unidos hubiera invertido enormes cantidades de dinero en investigación médica y en el desarrollo de nuevos tratamientos médicos. Se empezaban a introducir muchos fármacos y nuevas tecnologías en los hospitales.

Hubo desacuerdos entre médicos sobre el uso apropiado de estos nuevos instrumentos y los médicos también se veían involucrados frecuentemente en

conflictos con los pacientes y las familias sobre el uso de estas nuevas tecnologías. Estas cuestiones a menudo eran llevadas a los sacerdotes y eticistas académicos. Aquellos que fueron consultados y los médicos que confrontaban esas situaciones éticas, empezaron a pensar en la necesidad de una disciplina académica en la cual los problemas éticos de la nueva medicina científica se pudieran estudiar rigurosamente. A veces se formaron comités para discutir los problemas éticos y para tratar de crear soluciones que se pudieran justificar. Estas eran algunas circunstancias del contexto para que emergiera la disciplina de la bioética.

Un problema que tuve que confrontar mi primera semana en el hospital estuvo relacionado con el inicio de la bioética. Fue presentado por una pareja Católica casada que ya tenía 6 niños y que no podía controlar la procreación. Ellos se amaban y sin la ayuda de los nuevos medicamentos y tecnologías de contracepción, no podían controlar el tamaño de su familia. El método permitido por la iglesia -el método de control natural- no era eficaz en su caso. Yo les explique los argumentos que había aprendido en las clases de teología para apoyar la postura de la iglesia. Estos parecieron convencer al esposo, pero no a la esposa.

Una o dos semanas después de nuestra conversación, la monja que me había puesto en contacto con la pareja, se me acercó en el pasillo para decirme algo. Me informó de que la pareja se habían separado. Me quedé atónito y caí al suelo, literalmente. Mi fallo tuvo consecuencias terribles para la pareja y para sus 6 niños. Yo era el mayor de 10 hermanos y sabía por mi propia experiencia las dificultades que experimentan la madre y el padre de familias grandes.

Sabía que le había fallado a esta pareja y sabía que tenía que hacer algo. Empecé a reconsiderar la enseñanza oficial. Empecé a revisar mis libros de teología y mis libros de la historia de la iglesia. Había una creciente bibliografía sobre este problema dentro y fuera de la Iglesia. Terminé construyendo una defensa del control de natalidad y de la contracepción en el matrimonio. La contracepción era moral, yo decía, cuando se usaba para controlar la procreación dentro del matrimonio, cuando se usaba para facilitar una continua expresión del amor marital y cuando la procreación adicional podría ser física, emocional o económicamente imprudente. No publiqué ese artículo inmediatamente porque sabía que causaría una reacción muy “negativa” en el obispo.

Después de mi estancia en el hospital, me asignaron enseñar en el Seminario de St. John en Little Rock, Arkansas. Primero enseñé latín y cuando se fue el profesor de español tuve que asumir sus clases. Me matriculé en el programa de Master en

castellano en la Universidad de Middlebury, en Vermont. Después de unas clases en Vermont en verano, los estudiantes de este programa se trasladaban a la Universidad de Madrid en España. Durante esta época, el general Franco gobernaba y en la universidad yo estaba estudiando constantemente temas del marxismo y del fascismo.

Para pasar más allá del marxismo teórico, decidí tratar de entrar a escondidas a la Unión Soviética, para ver así como funcionaba la doctrina en la práctica. Fui a Austria y al sector por entonces bajo control de la Unión Soviética. Me hice amigo de un grupo de comunistas que planeaba visitar la Unión Soviética y los convencí de que me llevaran con ellos. A los norteamericanos no se les permitía entrar. Por tanto tenía que guardar mi identidad en secreto. Viajamos extensamente y viví experiencias muy interesantes sobre las que empecé a escribir a mi regreso. Visité hospitales para ver como funcionaba la medicina. Fue una sorpresa lo precaria que era.

Al volver a Estados Unidos publiqué artículos y un libro ("Pilgrimage to Utopia - La Rusia Actual") sobre mi experiencia. Cuando agentes del gobierno norteamericano leyeron algunos de mis artículos, enviaron a unos investigadores a entrevistarme. Compartí muchas fotos, tomadas dondequiera que los guías de la KGB decían que no se permitía tomar fotos. Desde ese momento, por desgracia y sorpresa, los agentes seguían mis huellas, dónde estaba y qué estaba haciendo.

Después de terminar el Master en castellano regresé a España para empezar un programa de doctorado en filosofía o en ética en la Universidad de Madrid. Había empezado el Concilio Vaticano Segundo. Durante esta segunda visita a España tenía dos objetivos: 1) recibir un Doctorado en Ética bajo la tutela de José Luis López Aranguren, el eticista más reconocido de España, 2) intentar influir a la jerarquía española para cambiar sus convicciones sobre la libertad religiosa. El segundo objetivo fue planeado bajo la dirección del padre John Courtney Murray, SJ, un teólogo jesuita que era el asesor principal de los obispos norteamericanos en el Concilio del Vaticano Segundo y el autor principal del documento sobre la libertad religiosa.

El Concilio Vaticano Segundo se reunió en cuatro sesiones de 1962 a 1965. El objetivo más importante del Concilio era conducir a la Iglesia más allá de la actitud negativa del Concilio Vaticano Primero hacia los valores de la Ilustración y reconciliar la Iglesia con el mundo moderno.

La Ilustración Europea del Siglo XVIII tenía un sabor distintivamente anticatólico, porque proponía las ciencias duras de laboratorio como la única forma de conocimiento. Los intelectuales de esa época trataron de hacer pasar a la sociedad de la religión y de la época medieval, hacia una nueva era de libertad individual y democracia política. Los líderes políticos de la Ilustración eran especialmente antagónicos con la Iglesia Católica -diciéndolo de otra manera, eran anti-católicos- debido al poder que las autoridades de la Iglesia ejercían sobre la gente común en muchas naciones europeas. Las autoridades católicas fueron públicamente amenazadas. Se les quitó el poder público y perdieron los Estados Papales. Los Papas reaccionaron contra la Ilustración con críticas y condenas de todo lo que representara la Ilustración.

John Courtney Murray, en sus muchos libros y artículos, argumentaba teológicamente por una perspectiva política mas positiva a favor de los derechos humanos universales y por el ideal de libertad religiosa. La Iglesia, argumentaba, necesitaba cambiar sus enseñanzas y su política en estos temas. Un documento del Concilio expresaba sus ideas. Este importante documento encontró fuerte oposición en el Concilio por parte de los obispos españoles. Ellos eran de la posición de que “el error no tiene derechos” y por lo tanto ellos defendían la unión con el Estado de Franco y la negación de los derechos básicos a los no católicos. Esta perspectiva estaba fuertemente establecida en la España de Franco de aquellos tiempos.

Un pequeño incidente que ocurrió durante mi estancia ayudará a los lectores comprender el clima político y religioso de la España en esos días. Un turista evangelista norteamericano se detuvo para que le lustraran los zapatos en un puesto en el centro de Madrid y aprovechó la oportunidad para tratar de convertir al hombre mayor que le limpiaba los zapatos. Después de escuchar los ruegos para su conversión al protestantismo, el hombre pensó por un minuto y luego le dijo: “mira, yo no creo en la Iglesia Católica, que es la 'única' verdadera iglesia, ¿cómo puedo creer en la tuya?” Uno de los puntos más importantes del Padre Murray era que, donde la Iglesia Católica era la religión oficial y gozaba de una posición privilegiada, se creaba una extensa perdida de fe en la población, que luego se reprimía. Todas las religiones estarían mucho mejor en un ambiente social de libertad política y respeto mutuo.

Mi tarea, planificada con el Padre Murray en la Universidad de Georgetown, era escribir mi tesis doctoral en castellano sobre estos temas y, mientras estaba en España, dirigirme a los obispos españoles personalmente con los argumentos para tratar de cambiar la postura oficial de la Iglesia española. Mi profesor y mentor en la

universidad compartía la perspectiva del padre Murray. Él estuvo de acuerdo con el tema de mi disertación y con mis esfuerzos de entablar una relación con los obispos españoles. El título de mi disertación era Las bases de la tolerancia.

Hablé con muchos obispos y en una ocasión fui invitado a hablar a toda la jerarquía española sobre este tema. Ellos escucharon, pero mis razonamientos cayeron en el vacío de un silencio ensordecedor. Un obispo, después de la conferencia y camino al comedor, me susurró muy en privado que él estaba de acuerdo conmigo. Cuando el documento sobre la libertad religiosa se votó en el concilio, los obispos españoles votaron no. Mi proyecto no tuvo éxito. El voto final sobre este documento al final del Concilio fue 1.954 a favor y 249 en contra. Este voto y las nuevas enseñanzas éticas de la Iglesia fueron uno de los momentos más importantes del Concilio. Fue un éxito para los obispos norteamericanos que abogaban por los cambios y fue un tributo a su asesor principal y experto teólogo, el Padre John Courtney Murray, cuyas ideas y razonamientos reflejaba el documento.

Mi trabajo durante este periodo enriqueció mi relación con el pueblo español y con la cultura española. Mi profesor me llevaba con él a reuniones semanales, en las que participaban los más reconocidos intelectuales españoles, incluyendo a Pedro Laín Entralgo. Pedro era el intelectual médico más respetado de España y el más reconocido humanista médico de toda la cultura occidental. Sus docenas de libros conectaban la medicina científica moderna con la filosofía, teología, ética clásica y contemporánea. Asistí a muchas de las conferencias de Pedro y me ayudaron a apreciar los temas éticos incrustados en la práctica médica contemporánea. Usando la obra de Pedro más tarde escribí un libro de ética médica, “Como Ser un Buen Medico”.

Durante mi estancia en España tuve considerables experiencias con el sistema político del general Franco. Mi profesor, José Luis Aranguren, era un prominente crítico de Franco y su régimen. Consecuentemente, en nuestras clases siempre había observadores del gobierno. Sabíamos que nos estaban observando. Poco después de que saliera de España, mi profesor fue despojado de su cátedra y tuvo que salir del país. La España de Franco no era un ambiente acogedor para lo que estábamos haciendo.

Además de trabajar sobre mi tesis doctoral en la universidad, en mi segunda estancia en España, presté ayuda a un cura católico del País Vasco. Éste se oponía públicamente a Franco y estaba organizando sindicatos libres fuera del sistema de Franco para jóvenes vascos pobres. Debido a esto hice varios viajes a la región vasca.

La noche anterior a la defensa de mi tesis recibí una llamada de la embajada norteamericana informándome que desde hacía tiempo el gobierno de Franco me estaba observando y que estaban a punto de arrestarme. Me aconsejaron salir del país inmediatamente. Así que empaqué mis cosas esa noche y después de mi defensa de tesis, me fui. Al regresar a mi país estuve muy implicado en asuntos de integración racial, en Arkansas, y en las relaciones ecuménicas con protestantes y judíos. Pero esos años fueron tranquilos en comparación con lo que estaba por llegar.

El artículo sobre el control de la natalidad lo tenía guardado en mi escritorio. Sabía que si lo publicaba, mi vida estaría revuelta. Pero muchas parejas me consultaron sobre este tema y una pareja en particular estaba sufriendo a causa de las enseñanzas de la Iglesia. Tampoco podían controlar la procreación con el método natural. Frustrado, después de la conversación con ellos, saqué el artículo del escritorio y lo mandé a publicar. Una semana después de la publicación me echaron de mi puesto en el seminario, me suspendieron del sacerdocio y cerraron el seminario. Estaba en la calle. Un profesor protestante de Yale, James Gustafson, uno de los más destacados expertos protestantes en ética médica me invitó a Yale.

Durante mi estancia en Yale me ocupé de defender mi postura sobre el control de la natalidad y la ética médica al inicio de la vida. También estaba escribiendo un libro sobre Autoridad y Poder Institucional en la Iglesia Católica. No es muy reconocido, pero la cuestión del control de la natalidad estuvo muy vinculado con el inicio de la bioética.

No cabe duda de que el control de la natalidad estaba relacionada con la ética y la medicina; con tecnologías y procedimientos médicos: por ejemplo el atar o ligar las trompas a las mujeres, los contraceptivos orales (la píldora), los implantes subcutáneos, inyecciones de progestin, dispositivos intrauterinos, condones, diafragmas, tapas cervicales, espermicidas, etc. El control de natalidad estuvo relacionado con realidades nuevas, con una situación de cambios culturales y con la inevitable evolución del pensamiento moral basado en realidad objetiva.

Algunos teólogos vinieron en mi defensa después de mi expulsión. Inicé una demanda legal en el Sistema de la Corte Eclesiástica cuestionando mi expulsión. No tuve éxito en las cortes diocesanas y finalmente el caso llegó a Roma. De nuevo no tuve éxito. Unos de los jueces en Roma, sin embargo, pensó que los procedimientos eclesiásticos habían sido violados y me ofreció un estado laico y una dispensación de mis votos eclesiásticos. Acepté. El caso recibió atención nacional en la prensa (por ejemplo, en *Life Magazine*).

Mientras estuve en Yale, Dan Callahan estaba involucrado en el tema del aborto y en las políticas públicas o leyes sobre el aborto. Quería hacer un estudio sobre las leyes del aborto en diferentes culturas, y sobre cómo la experiencia del aborto en estas culturas podría contribuir a la creación de una política pública mejor en Estados Unidos. Dan recibió una beca para llevar a cabo este estudio y me invitó a ir con él. Viajamos alrededor del mundo, él estudiando leyes sobre el aborto y yo estudiando leyes sobre el control de la natalidad. Uno de los países que pensábamos visitar hacia el final era Checoslovaquia y antes de llegáramos allí, los soviéticos invadieron. Dan extrañaba a su esposa y a sus niños, y decidió regresar a casa. Yo decidí quedarme. Llegué a Praga, donde tuve problemas por viajar con periodistas para observar las fuerzas soviéticas. Finalmente me fui y terminé mi proyecto en España.

Durante nuestros viajes Dan constantemente hablaba de la posibilidad de establecer un instituto para estudiar los problemas éticos en la medicina. Se había informado de los numerosos problemas éticos relacionados con las nuevas tecnologías médicas y con la continua investigación médica. Sabía que los problemas continuarían aumentando. Estos problemas precisaban ser afrontados de forma académicamente sólida, sistemática y rigurosa para que los legisladores pudieran crear políticas públicas responsables. Después de presentar su visión de este tipo de instituto a varias fundaciones, recibió un “Grant” y estableció El Instituto de Sociedad, Ética y las Ciencias de Vida, “El Centro Hastings” en Hastings en el río Hudson de Nueva York. Dan también creó una nueva revista llamada The Hastings Center Report. Llevó a los mejores académicos, de diferentes campos, al Centro para estudiar los problemas éticos específicos en la medicina. Después facilitó la distribución de los resultados de dichas investigaciones a los políticos responsables de las políticas públicas y al público en general.

Un poco después de haberse establecido el Hastings Center (1969), El Kennedy Institute of Ethics fue establecido en la Universidad de Georgetown (1971) por André Hellegers. Originalmente, el Kennedy Institute se llamó el Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics (El Instituto Kennedy para el Estudio de la Reproducción Humana y la Bioética). El Proyecto Hastings juntó a académicos especializados para estudiar y crear guías éticas para los políticos en el área de la salud pública. El Instituto Kennedy desarrolló clases y programas académicos en la nueva disciplina que fue nombrada bioética por van Rensselaer Potter en 1971.

André Hellegers durante años también abogó por un cambio en la enseñanza de la Iglesia Católica sobre el control de natalidad. El nombre del Instituto en la Universidad de Georgetown, El Instituto Kennedy para el Estudio de la Reproducción



Humana y Bioética, muestra la conexión entre la cuestión del control de la natalidad y el comienzo de la bioética. El control de la natalidad era una cuestión ética, controvertida tanto en la Iglesia como en la sociedad. En la sociedad, las feministas abogaban por el libre acceso a los medicamentos y las tecnologías de control de la natalidad. Trabajaron para derogar la legislación que restringía su uso. Dentro de la Iglesia, el Papa Juan XXIII había establecido una comisión para estudiar esta cuestión y si la Iglesia debía cambiar sus enseñanzas. Después de la muerte de Juan XXIII, el Papa Paulo VI amplió la comisión. Católicos laicos casados anticiparon la eliminación de la prohibición de la anticoncepción y la decepción fue enorme cuando Pablo VI rechazó la recomendación de cambio hecha por la mayoría de los miembros de la comisión. El Dr. Andre Hellegers había sido miembro de la comisión Papal y compartía la decepción generalizada. Quiso continuar el estudio de la cuestión, incluso después de la encíclica Humance Vitae de Pablo VI. Este interés del Dr. Hellegers se refleja en el nombre del instituto de bioética que el fundo en Georgetown.

El comienzo de la bioética sin duda esta conectado con la atención generalizada de la sociedad en el control de la natalidad. Antes del Hastings y del Kennedy, sin embargo, hubo muchas cuestiones éticas que atrajeron la atención del público y que requerían una investigación académica continua, que serían garantizadas mediante el establecimiento de la disciplina de la bioética y los Institutos de Bioética. Un tema destacado fue la investigación médica que utiliza sujetos humanos. Varios casos recibieron mucha atención en la prensa. Uno fue en el Hospital Estatal de Willowbrook, que involucró a niños retrasados. Otro caso se dio en el Hospital Judío con pacientes seniles. El caso Tuskegee supuso el uso indebido de hombres negros pobres. Estos casos hablaban fuertemente de la necesidad de protección jurídica para los sujetos humanos utilizados en investigación médica. Se estableció la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos en la Investigación Biomédica y del Comportamiento, que formuló recomendaciones para realizar leyes federales sobre el uso de sujetos humanos en la investigación médica. El Informe Belmont, uno de los documentos más importantes de la bioética, fue producido por académicos miembros de esa comisión.

Comisiones, institutos, programas académicos, todos tenían que ver con establecer la bioética como disciplina. La bioética fue definida como el estudio sistemático de de la conducta moral en la medicina y en las ciencias biológicas. En los primeros días de la bioética, individuos como yo, con preparación en filosofía y teología, tuvimos que buscar una formación en medicina. Los médicos, en cambio, tuvieron que estudiar la ética. Durante la década de los años 1970 tomé clases en la Escuela de

Medicina de la Universidad de Georgetown y después me aceptaron como interno en la Menninger School of Psychiatry. Mi capacitación teológica en Roma y filosófica en Madrid me dio una base sólida para trabajar en esta nueva disciplina llamada bioética.

En este primer periodo de la bioética la mayoría de los problemas estaban relacionados con el comienzo y el final de la vida: el aborto y la contracepción, la muerte y la agonía. Hubo, por ejemplo, un comité ético que se formó durante los años 60 en Seattle, Washington. Éste comité trató de establecer reglamentos éticos para la distribución de la diálisis -una tecnología médica escasa- entre pacientes moribundos. Ser aceptado para diálisis quería decir vivir. No ser aceptado quería decir morir. Los criterios usados por este comité fueron severamente criticados. Hacía falta mucha más atención académica y mejores criterios.

Debido a que la salud (*salus*) en la cultura norteamericana es lo que era la salvación (*salvus*) en la Edad Media, la práctica médica recibió un considerable apoyo económico por parte del gobierno y una atención continua por la prensa. La bioética trajo bajo una sola disciplina los asuntos éticos relacionados con la investigación médica y aquellos relacionados con la práctica general de la medicina. Aquello que durante siglos fue llamada ética médica quedaba ahora incluido bajo una disciplina amplia, la bioética. La bioética se extendió rápidamente de Estados Unidos a Europa, y después al resto del mundo.

Identificar el inicio de una disciplina siempre es una teoría o visión. Señalar el comienzo de la bioética con eventos como el establecimiento de centros como el Hasting Center o el Kennedy Institute es claramente teórico. Distinguir el inicio de la disciplina académica de las influencias preliminares y del trasfondo es difícil. Pero estos centros académicos estuvieron ciertamente relacionados con el comienzo de la bioética, que hoy en día es una disciplina académica ofrecida en universidades y en escuelas de medicina en todo el mundo, y que esta expandiéndose continuamente. Esta es mi visión o teoría de la historia de la disciplina en Estados Unidos. Ahora vamos a España.

En varias de mis visitas a Madrid durante las décadas de los años 1970 y los 1980, había conversado frecuentemente sobre la bioética norteamericana con el Dr. Diego Gracia. Todavía recuerdo nuestra primera reunión en su oficina y el interés inmediato que él demostró cuando hablaba sobre la nueva disciplina de la bioética y lo rápido que estaba creciendo. El Dr. Gracia quería introducir inmediatamente esta disciplina en el curriculum de la Facultad de Medicina de la Complutense. Empezó a

enseñar una clase de bioética a sus estudiantes de medicina. Así, yo sabía del establecimiento de la bioética en España a través de mi amistad con Diego Gracia.

En 1987, hice gestiones para que él visitara los Estados Unidos. El y su familia vinieron a Edinboro. Estuvo un periodo en el Hasting Center y en el Kennedy Institute, y luego juntos viajamos por Estados Unidos, estudiando como era tratada la bioética en diferentes contextos académicos. Las visitas también proporcionaron a Diego un contacto personal con los bioeticistas norteamericanos más prominentes. Cuando regresó a España, empezó su programa de Master en la Universidad Complutense, el primero en España. Ahora voy a Latinoamérica.

Diego y yo siempre hemos sido amigos y hemos trabajado juntos para establecer primero una bioética española y luego una bioética latinoamericana. La bioética llegó a América Latina de manera formal y legal a través de la Pan American Health Organization (PAHO) u Organización Panamericana de Salud (OPS) en la década de los 1980. Individuos como José Alberto Mainetti en Argentina habían establecido los cimientos intelectuales para la disciplina al organizar congresos sobre las humanidades medicas y ética medica, y al publicar artículos en revistas en los que se hacía referencia a la bioética y su desarrollo en Estados Unidos y en Europa. El Dr. Mainetti, como yo, había sido alumno de Pedro Laín y se identificaba fuertemente con las humanidades en la medicina. Otros individuos implicados en este temprano periodo de la bioética en América Latina fueron Alfonso Llano S.J. en Colombia, Roberto Llanos y Manuel Velasco-Suárez en Mexico.

La OPS se hizo promotora de la bioética como disciplina, después de haber sido penalizada por los abusos cometidos con sujetos humanos en América Latina. Las grandes compañías farmacéuticas llevaron proyectos de investigación a América Latina para evitar el control y los límites morales establecidos en Estados Unidos. Algunos de los sujetos de investigación en las naciones latinoamericanas fueron seriamente lesionados en las investigaciones clínicas y la OPS fue acusada de no proveer la protección adecuada a dichos sujetos. Subsecuentemente hubo demandas judiciales, multas y finalmente esfuerzos de la OPS para evitar que dichas violaciones ocurrieran otra vez. Desde la oficina de asuntos legales en la OPS y bajo la dirección de un abogado, Hernán Fuenzalida, organizaron un congreso sobre bioética en los 1980 y se distribuyeron publicaciones sobre bioética en la región. Estos esfuerzos fueron dirigidos por bioeticistas norteamericanos y las publicaciones eran principalmente traducciones de autores norteamericanos. Estos primeros pasos fueron importantes, pero inadecuados.

Una bioética latinoamericana era necesaria, y tenía que ser una bioética basada en la cultura de las naciones latinoamericanas, una bioética que expresara una perspectiva latinoamericana. La OPS se puso en contacto conmigo y me pidió que trabajara con ellos. Para comenzar, el director de la OPS me envió en un viaje a través de toda la región para dar información sobre la bioética y para identificar a individuos en las diferentes naciones que estuvieran dispuestos a capacitarse y dispuestos a trabajar en la disciplina. Uno de los objetivos fue crear comités de ética en cada nación para supervisar las investigaciones que se llevaban a cabo allí (IRBs) y para eventualmente desarrollar códigos nacionales que sirvieran de vigilancia a los proyectos de investigación. Otro objetivo diferente, pero relacionado, fue estimular el desarrollo de clases en bioética en las escuelas de medicina y crear comités de ética clínica en los hospitales.

Tomé un periodo sabático y dejé la Universidad de Edinboro para ser el primer bioeticista residente en la OPS y para promover el proyecto de bioética de la OPS en toda la región(2). Durante las visitas a cada país, me reuní con ministros de salud, directores de asociaciones médicas, profesores de ética, miembros del plantel de hospitales universitarios y profesionales que habían escrito sobre la ética médica o sobre temas relacionados. Trabajaba en la oficina de asuntos legales en Washington, DC, y después de volver a mi universidad en Pennsylvania continuaba mis viajes a lo largo de América Latina.

La culminación de estos esfuerzos fue un acuerdo forjado por la OPS, la universidad de Chile y el Gobierno federal de Chile, para establecer y apoyar económicamente un Programa de Bioética Regional en Santiago, desde el cual se llevaran a cabo continuos programas de bioética. El presidente de Chile, Eduardo Frei, asistió a la inauguración del Programa, así como los directores de la OPS de todos los países latinoamericanos. El primer director de este Programa Regional fue el Dr. Julio Montt, ex Ministro de Salud de Chile. El siguiente director fue el ex Vice-Rector de la Universidad de Chile, el Dr. Fernando Lolas(3).

Desde el Programa -la oficina permanente de bioética- se fundó una revista, se organizaron conferencias, cursos, contactos con hospitales, facultades de medicina y universidades en todos los países del continente.

Gran parte de las investigaciones médicas llevadas a cabo en naciones latinoamericanas fueron financiados desde fuera, muy a menudo por compañías farmacéuticas internacionales. Estas llevaron a cabo investigaciones en personas que firmaron un formulario de consentimiento, pero debido al carácter paternalista de la relación paciente-medico, en la mayoría de los países latinoamericanos los

sujetos de investigación raramente participaron con consentimiento libre e informado. La ética de la investigación dependía frecuentemente de la buena voluntad del investigador. En muchos casos, la “investigación” era una repetición de proyectos ya realizados en los Estados Unidos pero llevados a cabo allá por médicos pagados por las farmacéuticas. El objetivo era la publicidad para los productos e incrementar así las ventas.

Cada nación de América Latina tenía hospitales con tecnologías avanzadas en donde la medicina científica contemporánea era practicada. La ética sin embargo no jugaba el mismo papel en estos hospitales, como sí ocurría en Estados Unidos y en Europa. La medicina contemporánea de tecnología avanzada era generalmente practicada en América Latina en sistemas de salud socialistas. La medicina socializada intentaba proporcionar acceso al tratamiento a amplias poblaciones, pero proveía de pocas oportunidades para establecer una relación personal entre médicos y pacientes. El énfasis estaba en el proporcionar tratamiento médico, pero se dio menos atención por parte de los médicos o de los pacientes, a la comunicación de información, al consentimiento libre. Se enfatizaba en la literatura norteamérica la autonomía individual, y esto se plasmaba poco en la situación clínica vigente en Latinoamérica.

Después del gran éxito de su programa en España, Diego Gracia aceptó en 1996 a establecer un Master en América Latina, un programa apoyado por el Programa de la OPS en Chile. Los estudiantes de Diego ahora enseñan bioética en diferentes países, trabajan en comités de ética para supervisar proyectos de investigación, y comités para resolver problemas dentro de un contexto clínico. Su programa de Master ha enriquecido los proyectos de bioética por toda América Latina. La bioética en América Latina se debe, en gran parte, a lo que hizo y sigue haciendo allá Diego Gracia. Su colega, Miguel Sánchez se juntó con él en la difusión de bioética en la región. Padre Abel en Barcelona también ha formado en bioética a un gran número de Latinoamericanos.

Para continuar desarrollando esta perspectiva latinoamericana y para aumentar su influencia en la región, se estableció en 2005 un Instituto de Bioética en la Universidad de Edinboro, Pensilvania. Este instituto proveerá apoyo económico y logístico en la Universidad de Edinboro para académicos latinoamericanos que quieran hacer investigación en bioética y contribuir académicamente con publicaciones de bioética para la región.

La bioética en América Latina no está tan extensamente desarrollada como en Estados Unidos y en Europa, pero su progreso es continuo. Cuantos mas programas académicos se establezcan en diferentes universidades, se organicen mas congresos de bioética, se inauguren mas institutos de investigación, mas becas sean disponibles, se publiquen mas revistas, el desarrollo de la disciplina continuará. La forma que la bioética tome en América Latina se deberá a la influencia cultural de las diferentes naciones. La bioética latinoamericana estará influida por intelectuales norteamericanos y europeos, pero tendrá su propio carácter. Creo que la bioética Latino Americana continuará la tradición intelectual greco-romana, la experiencia indígena, una tradición Católica y pondrá un mayor énfasis en la justicia social. Cuando su perspectiva y énfasis sea más conocida en Europa y los Estados Unidos, entonces contribuirá a la bioética en todo el mundo.

*Capítulo tomado parcialmente del libro: Educar en bioética al profesional de ciencias de la salud, Ademas Comunicación Gráfica, Madrid, 2010.*

## Bibliografía

1. El Dr. Mainetti publicó la revista *Quirón*, la cual estaba dedicada a las humanidades médicas. En 1987, él publicó su libro: Introducción a la Bioética.
2. Drane JF, Fuenzalida HL. Medical Ethics in Latin America: a new interest and commitment. *Kennedy Institute Ethics Journal*. 1991 Dec 1 (4): 325-338.
3. Lolas F. Rehistoriar la bioética en Latinoamérica. La contribución de James Drane. *Acta Bioethica*. 2005; XI-2; 161-168.

El libro *La bioética en España y Latinoamérica*, con el subtítulo “¿Hay una bioética iberoamericana?”, tiene como objetivo indagar en las posibles especificidades de lo que podría llamarse la “bioética iberoamericana”, si es que tal bioética existe. Antes de pasar a explicar el sentido y la estructura del libro, hay que señalar que el texto versa realmente sobre “ética en biomedicina” o ética clínica. Dentro del amplio terreno de juego que es la bioética, el libro se focaliza en su vertiente clínica.

Al pensar *La bioética en España y Latinoamérica*, leyendo el subtítulo es fácil pensar cual es la primera cuestión a resolver: si hay una bioética iberoamericana. Si tal bioética tiene características propias y, si fuera así, cuales son.

La última parte del libro se centra en James Drane, porque representa el puente entre España y América. Entre las “dos américas”, como él mismo señala, porque James Drane es estadounidense. Desde su formación norteamericana ha sabido entender los problemas que hay en España y en Latinoamérica, y ha estado trabajando muchos años por la bioética en ambos lugares.

Respecto a los contenidos, a la respuesta sobre si hay una bioética en España y en Latinoamérica y de ser así cómo es, debemos decir que la respuesta es afirmativa. Pero los lectores deberán leer el libro para ir descubriendo las claves de esta bioética iberoamericana. Una disciplina que por motivos prácticos, por los problemas que se plantean en la realidad clínica y en la investigación con seres humanos, tiene cada vez más importancia en Iberoamérica. Deseamos que este texto sirva para descubrir un poco más lo somos y para poner un grano de arena por mejorar esta compleja disciplina a la que le aguarda un apasionante futuro.

Colaboran:

