

TAREAS DE UNA BIOÉTICA LATINA

1. Planteamiento de la cuestión

La Bioética, como saber específico, nace en Estados Unidos a principios de los años setenta del siglo XX. Tres nombres imprescindibles se encuentran en su origen: André Hellegers, fundador del Kennedy Institute of Bioethics, Daniel Callahan, fundador del Hastings Centre, y Van Rensselaer Potter, que acuñó el nombre "Bioética" en el artículo "Bioethics: the science of survival" (1970) y en el libro Bioethics: bridge to the future (1971). Desde su nacimiento se marcan en ella dos tendencias: la bioética clínica (microbioética) y la bioética ecológica (macrobioética)¹.

En Europa la Bioética entra de forma institucional a mediados de la década de los ochenta, y justamente a través de los países latinos, a través de los países del sur. Nombres como los de Jean-François Malherbe (creador del Centre d'Etudes Bioéthiques en Bruselas), Nicole Léry (Centro de Lyon), Patrick Verspieren (Centro de París), Francesc Abel (Institut Borja) o Diego Gracia (Universidad Complutense de Madrid) están en sus orígenes.

Ciertamente, la influencia de la Bioética angloamericana en la europea es grande, sin embargo, se ha hablado en ocasiones de una "Bioética europea", con unos rasgos específicos frente a la "Bioética angloamericana". En el seno de esa "Bioética europea" se incluirían los países latinos de Europa, pero la cuestión que queremos plantear en este trabajo es la siguiente: ¿podría hablarse de una Bioética específicamente latina, propia de los países latinos de Europa y paulatinamente también de los países de América Latina?

Naturalmente, una pregunta semejante no pretende plantear si existe una Bioética exclusivamente latina, sino específicamente latina; es decir, si existen rasgos comunes a la cultura bioética latina, aunque muchos de ellos correspondan también al modo de hacer de otros países.

El interés de la pregunta radica, más que en levantar acta notarial de lo que hay, en dilucidar si algunos de esos rasgos deberían ser conservados y potenciados por el bien de las personas y del medio ambiente, que es el objeto de la bioética. En este sentido, me permitiré esbozar algunas propuestas de futuro.

En cualquier caso, una reflexión sobre cuestiones de Bioética tiene que tener en cuenta al menos dos niveles: el de la Bioética como disciplina que tiene su aplicación en la práctica clínica; y el de la Bioética de la vida cotidiana, que se expresa a través de la opinión pública y a través de las Comisiones Nacionales de Bioética². De ahí que en este trabajo

¹ F. Abel, 2001, XIII-XVII.

² A. Cortina, 2003.

intentemos dilucidar ante todo dos cosas: 1) cuáles son los rasgos de la bioética latina en ambos casos; 2) cuáles de esos rasgos continúan en vigor, cuáles están desapareciendo, y sobre todo qué rasgos importaría conservar y potenciar para colaborar en la elaboración de una Bioética Global, que no puede estar sino arraigada en las distintas culturas³.

2. Posible rasgos de una Bioética Latina

En un sugerente artículo sobre "La Bioética en Europa", Paul Schotsmans compara la Bioética angloamericana y la europea, y recoge algunos rasgos, presentes también en otros autores, que podrían resumirse en el siguiente esquema:

BIOÉTICA ANGLOAMERICANA	BIOÉTICA EUROPEA
Principlismo	Tradicón hipocrática
Sistema sanitario privatizado Base asistencia: derechos	Sistema sanitario socializado Base asistencia: solidaridad
Prioridad de la autonomía	Relación médico-paciente
Conversión en Bioderecho	Relevancia del <u>êthos</u>
Utilitarismo + Pragmatismo	Tradiciones continentales

(Síntesis de Schotsmans, 2001)

Los rasgos de la Bioética europea coinciden perfectamente -a mi juicio- con los que caracterizarían a una Bioética latina, pero a ellos quisiera añadir cuatro rasgos más, que permitirían delinear los trazos de una Bioética latina de una forma más completa, y además desarrollar de un modo distinto el punto referido a las tradiciones filosóficas de distinto modo. Los nuevos rasgos serían los siguientes:

BIOÉTICA ANGLOAMERICANA	BIOÉTICA LATINA
Contrato	Alianza
Individuo	Familia
Imperialismo económico	Responsabilidad y Precaución
Bioética política	Bioética cívica transnacional

1) Principlismo - Tradición hipocrática

El principlismo, tal como lo ejemplifican Beauchamp y Childress, ha tenido una

³ A. Cortina, 2001, cap. 8.

enorme influencia en el desarrollo de la bioética angloamericana⁴, pero tiene el inconveniente de que puede llegar a convertirse en un mecanismo para la toma de decisiones éticas, aislado del contexto de la cultura médica, aislado de la tradición médica desde la que en realidad cobra sentido.

En Europa, por el contrario, gracias a la influencia de las tradiciones románica y germánica sobre el êthos de la práctica médica, el impacto de la tradición hipocrática es mucho más evidente. En esta tradición es fundamental el carácter de la profesión y dentro de él, como veremos, la relación facultativo-paciente.

2. Sistema sanitario: privatizado/socializado

Aunque el principalismo ha sido y es sumamente discutido, el sistema sanitario norteamericano favorece su desarrollo, porque, según Schotsmans, se concentra en la toma de decisiones y se desentiende de las aclaraciones y valores fundamentales de la profesión⁵. La privatización de la atención sanitaria comporta una mentalidad mercantilista, en la que se trata de maximizar las buenas decisiones en un contexto de eficiencia.

Por el contrario, el sistema sanitario europeo ha supuesto más bien una red de protección social, en la que lo decisivo no es la eficiencia, sino la justicia y la solidaridad, gracias a la tradición cristiana y a la socialdemócrata. La idea de civilización europea se basaba en un movimiento hacia la justicia social, en que todas las personas son respetadas por su humanidad. Un modelo socializado de los sistemas sanitarios subraya el valor de la solidaridad frente al de la mercantilización.

Si bien es cierto que desde los años ochenta del siglo pasado la eficiencia ha venido a convertirse en un deber moral para los sistemas de salud también en Europa, desde la ética de la economía de la salud se insiste en que eficiencia y solidaridad deben articularse, porque sin solidaridad tampoco hay eficiencia sanitaria. Las grandes virtudes morales de un sistema sanitario son eficiencia, solidaridad y justicia⁶.

3) Prioridad de la autonomía - Relación facultativo/paciente

Suele decirse que la bioética norteamericana surge, entre otras cosas, de los movimientos que reivindican los derechos civiles, en este caso, de los pacientes. Ésta es una de las razones por las que el principio de autonomía cobra un enorme protagonismo frente a

⁴ T.L. Beauchamp y J.F. Childress, 1979.

⁵ P. Schotsmans, 2001, 71.

⁶ J. Gafo, 1999; J. Conill, 2004, parte IV.

los restantes⁷.

Sin embargo, también es verdad que la bioética norteamericana nace frente al peligro de una excesiva judicialización de la sanidad, para evitar que los jueces sean quienes tengan que resolver los problemas de los hospitales. Paulatinamente, ante el temor de las denuncias, los facultativos toman el consentimiento informado como un elemento legal, de forma que al final se convierte al facultativo en una herramienta tecnológica del paciente, empleada para cumplir sus órdenes por un precio, y se acaban relegando los demás valores que intervienen en la toma de decisión⁸.

Por el contrario, la relación entre el facultativo y el paciente es esencial en las tradiciones de ética profesional que existen en Francia, Italia, España, Alemania, Bélgica y América Latina. En Europa meridional la Bioética entró en la medicina con una referencia clara a la cultura ética básica de la profesión médica. En concreto, en España la bioética entra en muy buena medida a través del ámbito de las humanidades médicas: Diego Gracia recoge la herencia de Pedro Laín Entralgo, Catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense, e impulsa la bioética clínica teniendo muy en cuenta la tradición hipocrática, en la que resulta decisiva la relación médico o enfermera - paciente, mucho antes que la aplicación de unos principios en la toma de decisiones⁹. Por su parte, en Argentina José Alberto Mainetti recoge esta tradición y la introduce en América Latina¹⁰.

4) Conversión en Bioderecho - Primacía del êthos

La bioética norteamericana surge en un contexto juridificado y, con el tiempo, va ganando terreno en ella el bioderecho¹¹. Temas como el del consentimiento informado, las voluntades anticipadas, etc. van tratándose paulatinamente como cuestiones legales, más que morales.

La Bioética europea, por su parte, sigue conservando la necesidad de lo "ético", que no se confunde con lo jurídico, sino que brota del êthos¹². Por eso resulta indispensable la

⁷ D. Gracia, 1988.

⁸ P. Simón, 2000.

⁹ M.J. Guerra, 2002, 184.

¹⁰ J.A. Mainetti, 1995, 2000; D. Gracia, 1996.

¹¹ F. D'Agostino, 1998;

¹² F. Abel, 2001.

relación de confianza entre el personal sanitario y el paciente, una relación personal que va más allá de la autonomía, que tiene en cuenta el carácter (êthos) de la persona en su conjunto: la "persona" no es sólo autonomía, sino que es preciso tener también en cuenta otras características, como integridad, dignidad, vulnerabilidad¹³.

El concepto de dignidad humana es el central en Europa, con fuertes influencias germánicas y románicas, como se reconoce en la Convención sobre Derechos Humanos y Biomedicina de 1996¹⁴.

5) Las bases filosóficas de la bioética

La Bioética angloamericana no se preocupa en exceso por encontrar una fundamentación filosófica de la toma de decisiones en una filosofía moral. Sin embargo, su justificación filosófica, más o menos explícita, suele ser el utilitarismo o el pragmatismo. La Europa continental, por el contrario, se muestra más preocupada por descubrir los fundamentos filosóficos que permitan "dar razón" de las decisiones desde una filosofía moral, que procede de algunas tradiciones continentales: las bases antropológicas de la persona son fundamentales, en la línea de la fenomenología de Husserl, Scheler, Zubiri, Laín, Ricoeur, Levinas, Gracia; el aristotelismo y el hipocratismo son indispensables para entender la estructura de la profesión médica; el kantismo dialógico, sea en la versión alemana originaria de Apel, Habermas o Kettner, sea en la versión cálida latina del Grupo de Valencia (Cortina, Conill, García-Marzá, Siurana), fundamenta el marco de autonomía, justicia y solidaridad en el nivel personal y social; por su parte, la tradición zubiriana permite abordar con bases filosóficas el problema del estatuto del embrión.

Desde todas estas perspectivas, la bioética es mucho más que un método para la toma de decisiones, porque el método se inscribe en una marco filosófico que inspira una cultura médica.

6) Contrato y alianza

Las tradiciones europeas se preocupan más por descubrir los fundamentos racionales de los deberes y las obligaciones, sea en el télos (tradición aristotélica), sea en el déon (tradición kantiana). En este segundo caso, el déon no se basa sólo en la autonomía individual, sino también en el reconocimiento recíproco de quienes se saben interlocutores válidos, reconocimiento al que se accede mediante reconstrucción trascendental. Como he

¹³ Programa BIOMED II de la Comisión Europea; Schotsmans, 2001, 72-74.

¹⁴ A. Couceiro, 1997.

intentado

mostrar en otro lugar, la línea europea es más coherente, en la medida en que la defensa de los derechos humanos, que es la clave de la tradición contractual, tiene su fundamento filosófico en el reconocimiento recíproco de quienes se saben y sienten personas con igual dignidad. Ésta es la Tradición de la Alianza, que se encuentra en la filosofía de Hegel, Buber, Levinas, Ricoeur y la ética del discurso¹⁵.

A mi juicio, la alianza precede al contrato, como se echa de ver en la tradición dialógica. De hecho, el modelo ético de consentimiento informado tiene un trasfondo personalista-trascendental: el diálogo entre seres que se reconocen como valiosos. En este sentido, la ética del discurso proporciona una base firme para el consentimiento informado, las voluntades anticipadas y para el modo de proceder de los comités de bioética¹⁶.

El Informe Biomed II reconoce que el "modelo de amistad", basado en relaciones prudenciales entre facultativos y pacientes, precede al "modelo de derechos contractuales" del bioderecho (I, 70).

7) Individuo - familia

La tradición latina y mediterránea aporta un elemento indispensable para entender la cultura latina, al menos hasta el momento: la relevancia de la familia en la asistencia sanitaria. La familia juega un papel indispensable en el entorno del paciente y en sus relaciones con el médico¹⁷, tiene una enorme relevancia en cuestiones de consentimiento informado, principio y final de la vida, porque en definitiva la familia asume una enorme responsabilidad.

De hecho, en los países latinos en que ha sido una realidad el Estado del Bienestar el papel esencial en la atención a niños, ancianos, enfermos, lo ejerció la familia y, muy especialmente, lo ejercieron las mujeres; hasta el punto de que la participación de las mujeres y de la familia es uno de los rasgos distintivos del "mundo latino del bienestar", a diferencia del nórdico y el norteamericano¹⁸. Y es bien sabido que en los países en que no ha habido experiencia de Estado del Bienestar la familia, y sobre todo las mujeres, constituyen el núcleo de la trama social.

Hoy en día la "Medicina de Familia" es una de las especialidades médicas más

¹⁵ A. Cortina, 2001.

¹⁶ A. Cortina, 1993, 2001, 2003; P. Simón, 2000.

¹⁷ D. Gracia, 1993.

¹⁸ G. Esping-Andersen, 1993.

preciadas, que recupera el carácter integral de la persona frente a la especialización que acaba fragmentando al ser humano.

8) Economicismo - Responsabilidad y Precaución

En lo que hace al ámbito de las biotecnologías, uno de los principales recelos que existe frente a ellas en la Unión Europea y en muchos países de América Latina es el hecho de que sean las grandes compañías multinacionales y los grandes institutos privados los que lideren las investigaciones y presionen a los Estados para que permitan comercializar sus productos. El temor al economicismo, al imperio de la racionalidad económica también en el campo bioético, es la causa de que buen número de ciudadanos desconfíen de los avances biotecnológicos¹⁹. ¿No puede ocurrir que el afán de lucro lleve a las empresas biotecnológicas a silenciar los riesgos que suponen sus productos y a subrayar sólo las ventajas? ¿No puede ocurrir que los investigadores y los políticos de los países desarrollados hagan el juego a los grandes poderes económicos en perjuicio de la salud y seguridad de los ciudadanos?

Mientras que en Estados Unidos y en Canadá los ciudadanos reciben sin protesta los alimentos modificados genéticamente, en la Unión Europea el rechazo generalizado está teniendo que ser superado lentamente. El Convenio de Oviedo para la protección de los derechos humanos (1996), la entrada en vigor el 18 de abril de 2004 de la nueva normativa europea sobre trazabilidad y etiquetado de los alimentos "transgénicos" muestran bien a las claras que, frente al Principio Economicista, se prefieren el Principio de Responsabilidad de Hans Jonas, aun privándole de cuanto tiene de "heurística del temor", y el Principio de Precaución o de Cautela, aceptado desde el Tratado de Maastricht²⁰: las razones económicas no pueden prevalecer sobre la integridad de las personas, aunque tampoco conviene perder el tren de las biotecnologías.

9) Bioética política- Bioética cívica

En España, y de forma creciente en América Latina, se produce una convivencia, a veces en tensión, entre una bioética cívica y una bioética confesional católica, emanada de la jerarquía eclesiástica (Conferencia Episcopal). Sobre todo, en cuestiones referentes al comienzo y final de la vida, como aborto, eutanasia, reproducción humana asistida e investigación con células troncales²¹.

¹⁹ J. Conill, 2004.

²⁰ H. Jonas, 1979, ; C. Romeo Casabona, 2004; FECYT, 2004.

²¹ M.J. Guerra, 183.

La bioética cívica entiende que en las sociedades pluralistas resulta imprescindible delinear los trazos de una ética cívica, que contiene los valores y principios compartidos por las distintas "éticas de máximos" de esa sociedad. Tales valores y principios han de ser descubiertos en la cultura social, alimentada por las éticas de máximos, porque el único modo de construir una vida conjunta desde el punto de vista ético consiste en descubrir los principios y valores compartidos, entre ellos, el respeto por lo que no se comparte, siempre que no atente contra los mínimos compartidos²².

La bioética cívica debería nutrirse de las distintas "éticas de máximos", que componen -por decirlo con Rawls- la "cultura social" de los países, y no sólo de la "cultura política", porque las sociedades son moralmente pluralistas.

Ésta es la "ética del comité de ética" que han adoptado en España en la elaboración de sus respectivos informes tanto la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida (CNRHA) como el Comité Asesor de Ética en la Investigación Científica y Tecnológica (FECYT), que son las dos únicas comisiones de ámbito nacional a las que se les ha encomendado la tarea de abordar cuestiones de bioética²³.

Sin embargo, es importante señalar que en el contexto de la bioética católica se pueden distinguir dos posiciones: la de quienes están dispuestos a intervenir en el diálogo bioético pluralista aportando una propuesta que creen la más adecuada, pero sin descartar la plausibilidad de las restantes, y por eso mismo están dispuestos a escuchar los argumentos de los interlocutores y a aportar los propios; y la posición de quienes no están dispuestos a entrar en el diálogo, porque parten de la convicción de que las restantes propuestas están equivocadas, que no pueden aportar ningún elemento de interés, e intentan hacer valer su posición por la fuerza política, mientras la tienen²⁴. Ejemplo extraordinario de la primera posición es Javier Gafo, a quien tanto debe la bioética latina, y no sólo ella²⁵. Curiosamente, desde el punto de vista académico, los representantes de la segunda posición no suelen ser filósofos morales, sino gentes del mundo del derecho o de las ciencias naturales.

4. ¿Qué rasgos están en cuestión y cuáles merece la pena conservar y reforzar?

- 1) El principialismo se encuentra en discusión en el nivel mundial, incluido Estados

²² A. Cortina, 1993; 2003.

²³ CNRHA, 1999, 2000; FECYT, 2003, 2004.

²⁴ M.J. Guerra, 2002, 183.

²⁵ J. Gafo, 2002.

Unidos. La casuística 2 sigue funcionando como método de la bioética, pero junto a otros como el equilibrio reflexivo, la hermenéutica o la narrativa.

Lo que sucede es que un mecanismo para la toma de decisiones carece de sentido si no se inscribe en la actividad desde la que se toman las decisiones. Por eso es necesario reforzar la tradición hipocrática, la ética profesional, entendiendo la profesión sanitaria o la investigadora como práxis, en el sentido de Aristóteles y en el de una adaptación de MacIntyre a las profesiones.

Una práxis es una actividad social cooperativa que persigue unas metas, para lo cual es necesario desarrollar unas virtudes (excelencias) y atenerse a unos principios de alcance medio (no-maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia, pero también veracidad o confidencialidad, entre otros), que ayudan en la toma de decisiones. El êthos de la actividad da sentido a los mecanismos por los que se toman las decisiones.

2) En los países latinos que vivieron el Estado del Bienestar, esta forma de Estado se encuentra en retirada y la sanidad se privatiza cada vez más. La escasa eficiencia del sistema sanitario público ha trasladado la atención sanitaria del Estado al Mercado, o bien a sistemas mixtos, que se estudian desde la Economía de la Salud. La idea de solidaridad, de base cristiana y socialdemócrata, va desapareciendo y se sustituye por la eficiencia económica.

Ciertamente, es posible que el Estado del Bienestar fuera excesivamente paternalista, "megaestado", Estado electorero, que compra los votos de los ciudadanos con dinero público. Pero la solución no consiste en desmantelarlo, sino en construir un Estado Social de Justicia, en el que el derecho a la asistencia sanitaria de calidad esté asegurado por el Estado²⁶. Eficiencia, justicia y solidaridad tienen que ser -como dijimos- tres virtudes del sistema sanitario. La legitimidad del Estado social consiste en tratar a sus ciudadanos como "ciudadanos sociales", es decir, proteger sus derechos de primera y segunda generación. Entre estos últimos se encontraría una asistencia sanitaria universal de calidad²⁷. Habida cuenta de que, en un mundo globalizado, no puede ser sino una ciudadanía social cosmopolita.

3) En los países latinos europeos, y paulatinamente en Latinoamérica, el respeto a la autonomía va introduciéndose a través de la práctica del consentimiento informado en distintos niveles, a través de la eutanasia pasiva y de las voluntades anticipadas. El paternalismo va relegándose poco a poco y se entiende que el paciente puede tener una idea de bien distinta a la del facultativo. Dado que se toman decisiones sobre su propia vida y su propio cuerpo, su voluntad es esencial.

Sin embargo, a menudo la práctica de atender a la voluntad del paciente se ejerce por

²⁶ A. Cortina, 1997, cap. 3.

²⁷ J. Conill, 2004, parte IV.

temor a las denuncias y a las demandas judiciales. Cada vez más pacientes descontentos plantean demandas a través de sus abogados, y el consentimiento informado se convierte en una práctica propia de la "medicina defensiva": pasa a ser una cuestión legal, más que una cuestión moral.

Evitar esta situación no puede hacerse sino reforzando la "Bio-ética", en vez de reducir todo a "Bio-derecho": entendiendo el consentimiento informado desde el modelo ético del diálogo entre dos seres autónomos, que se reconocen recíprocamente como interlocutores válidos cuando se trata de tomar decisiones que les afectan a ambos, porque uno de ellos (el paciente) es aquél en cuyo cuerpo se interviene, el otro (el profesional) es el responsable ante la sociedad de la actuación que se lleva a cabo.

Es urgente reforzar la tradición dialógica latina y germánica, que entiende la relación entre facultativo y paciente como una relación de diálogo. No como una instrumentalización de la voluntad del paciente por el facultativo (paternalismo), ni tampoco como una instrumentalización del facultativo por el paciente (protagonismo exclusivo del paciente), sino como un proceso de diálogo en que ambos se encuentran implicados²⁸.

4) Esta judicialización del ámbito sanitario está llevando, también en la Europa latina, al peligro de que la Bioética se convierta en Bioderecho, a que los médicos actúen de una manera u otra por temor a las denuncias. La relación de confianza, de amistad, se quiebra, en perjuicio de las dos partes.

Es urgente, por tanto, reforzar el êthos, la cultura sanitaria, la búsqueda de la excelencia desde el aprecio por el bien interno de la sanidad, que es el bien del paciente.

5) Y esto sólo puede hacerse si en Bioética, como en los demás ámbitos de las éticas aplicadas, volvemos a contar la parábola de la alianza, y no sólo la del contrato.

La parábola de la alianza es la del reconocimiento recíproco entre dos seres que se saben carne de la propia carne y hueso del propio hueso y, por lo tanto, se saben ligados y ob-ligados aun antes de la constitución de la comunidad política. En la filosofía europea se recoge al menos en la tradición dialógica de Hegel, Buber, Levinas, Ricoeur y en una versión cálida de la ética del discurso, que es la que algunos de nosotros venimos trabajando en Valencia.

La parábola del contrato es también imprescindible para organizar la convivencia política, porque es la que formula los derechos y los deberes que no deben olvidarse. Pero carece de fuerza si no fundamenta su fuerza obligatoria en el reconocimiento recíproco de quienes se saben y sienten previamente ligados²⁹.

²⁸ P. Simón, 2000.

²⁹ A. Cortina, 2001, 2003.

6) El protagonismo de la "familia tradicional", que ha sido una de las características específicas de la Bioética latina, está realmente en crisis. El modelo de familia cambia en los países latinos europeos, en los que se han producido tres cambios nucleares al menos: la incorporación de la mujer al mercado laboral, la transformación de la estructura familiar y la extinción de la "mujer cuidadora". La transformación de las familias desde los años sesenta del siglo XX nos ha ido llevando de la familia extensa (en la que convivían personas unidas por distinto grado de parentesco, como padres, hijos, abuelos, nietos, tíos, sobrinos), a la familia nuclear (compuesta por padres e hijos o por la pareja sola, o por un solo miembro); y, por otra parte, se reduce el número de hijos de los hogares.

En estas familias existía una "mujer cuidadora", que atendía a los miembros más débiles. Pero esa mujer está desapareciendo.

Es necesario, pues, que el Estado asuma sus responsabilidades, pero también fomentar empleos a tiempo parcial que permitan organizar las tareas "internas" y "externas" tanto a las mujeres como a los varones, proporcionar ayudas a las familias que asuman tareas de bienestar, propiciar la atención domiciliaria, y potenciar las asociaciones de proximidad.

7) Los principios de Responsabilidad y Precaución no pueden ser sustituidos por un imperialismo económico, que puede causar daños irreversibles. Es preciso garantizar la salud de los consumidores y la protección del medio ambiente, pero también una distribución justa de los beneficios de las tecnologías, que tenga en cuenta las necesidades de los países en desarrollo. Ciertamente, la revolución biotecnológica no satisfará esas necesidades si sus productos no se distribuyen en un marco de justicia social, tanto en el nivel local como en el global; pero, dentro de ese marco, pueden constituir una excelente ayuda³⁰.

8) La ética de las comisiones nacionales y transnacionales de Bioética no puede surgir sólo de la cultura política, sino también de la cultura social. Conseguirlo es muy difícil porque suelen ser los políticos quienes designan a los miembros de los comités. Pero los miembros, les nombre quien les nombre, deben esforzarse por actuar con independencia de juicio, es decir, no atender a presiones políticas, económicas, ni tampoco de los medios de comunicación. Detectar el nivel de conciencia moral de una sociedad es, pues, indispensable, por difícil que resulte. Y ése nivel es cada vez más transnacional³¹.

Adela Cortina
Catedrática de Ética y Filosofía Política
Universidad de Valencia

³⁰ FECYT, 2004.

³¹ A. Cortina, 2003.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Francesc Abel (2001): Bioética: orígenes, presente y futuro, Institut Borja de Bioética/Fundación MAPFRE Medicina.
- Tom L. Beauchamp y James F. Childress (1979), Principles of Biomedical Ethics, New York, Oxford University Press.
- Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida (CNRHA) (1999), Primer Informe, Madrid.
- Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida (CNRHA) (2000), Segundo Informe: Investigación con embriones sobrantes, Madrid.
- Comité Asesor de Ética en la Investigación Científica y Tecnológica (FECYT) (2003), Informe. La investigación sobre células troncales, Madrid, Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología.
- Comité Asesor de Ética en la Investigación Científica y Tecnológica (FECYT) (2004), Informe. Organismos modificados genéticamente en la agricultura y la alimentación, Madrid, Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología.
- Jesús Conill (2004), Horizontes de economía ética, Madrid, Tecnos.
- Adela Cortina (1993): Ética aplicada y democracia radical, Madrid, Tecnos, Parte III.
- Adela Cortina (1997), Ciudadanos del mundo, Madrid, Alianza.
- Adela Cortina (2001), Alianza y contrato, Madrid, Trotta.
- Adela Cortina (2003): "El quehacer público de la ética aplicada: ética cívica transnacional", en Adela Cortina y Domingo García-Marzá (eds.), Razón pública y éticas aplicadas, Madrid, Tecnos, 13-44.
- Azucena Couceiro (1997): "La Bioética en Europa. El Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina", en Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, Madrid, Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 75-92.
- Francesco D'Agostino (1998), Bioetica, Torino, G. Giappichelli.
- Gosta Esping-Andersen (1993), Los tres mundos del Estado del Bienestar, Valencia, Edicions Alfons el Magnànim-IVEI.
- Javier Gafo (ed.) (1999): El derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos, Madrid, Universidad Pontificia Comillas.

- Javier Gafo (2002): "Bio-bibliografía", en Jorge J. Ferrer y Julio L. Martínez (eds.), Bioética: un diálogo plural. Homenaje a Javier Gafo Fernández, S.J., Madrid, Universidad Pontificia Comillas, 27-34.
- Diego Gracia (1988): Fundamentos de Bioética, Madrid, EUDEMA.
- Diego Gracia (1993): "The Intellectual Basis of Bioethics in Southern European Countries", Bioethics, n. 7, 2-3.
- Diego Gracia (1996): "The Historical Setting of Latin American Bioethics", The Journal of Medicine and Philosophy, n. 21.
- Diego Gracia (2004), Como arqueros al blanco, Madrid, Triacastela.
- M^a José Guerra (2002): "Presente y futuro de la bioética en España: de la normalización al horizonte global", Isegoría, nº 27, 181-192.
- Hans Jonas (1979), Das Prinzip Verantwortung, Frankfurt, Insel Verlag.
- José Alberto Mainetti (1995), Antropobioética, La Plata, Quirón.
- José Alberto Mainetti (2000), Compendio bioético, La Plata, Quirón.
- Carlos Romeo Casabona (ed.) (2004), El principio de precaución, Bilbao, Deusto.
- A.L.F. Salles y M^a Julia Bertomeu (2002): Bioethics. Latin American Perspectives, New York, Rodopi.
- Paul Schotsmans (2001): "La Bioética en Europa", Gestión y Derecho Sanitario, Sevilla, Fundación MAPFRE Medicina, 69-76.
- Pablo Simón (2000), El consentimiento informado, Madrid, Triacastela.
- Justo Zanier, Pedro Hooft y otros (1990): "Estado actual y perspectivas de la Bioética en la Argentina", Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, vol. 108, nº 5 y 6, 500-511.