

Sumario:

La Bioética hoy llama la atención en todos los ambientes. No solo en los ámbitos académicos es motivo de debate, de estudio para comprender los temas involucrados con la vida; también llama la atención porque como instrumento de reflexión y acción, apremia al cultivo de una sabiduría que tienda un puente hacia un futuro mejor para todos y todas en nuestra región.

**Bioética:
una responsabilidad
por la vida**

Salud pública un reto para la
bioética en América Latina

Christian de Paul de Barchifontaine

*Camiliano Licenciado en Enfermería y Rector del
Centro Universitario São Camilo, São Paulo. Brasil*

Leocir Pessini

*Camiliano Especialista en Bioética y Vice-Rector del
Centro Universitario São Camilo, São Paulo. Brasil.*

A. Bioética: una responsabilidad por la vida

Introducción

Más que una materia que debe obedecer a determinados patrones, la Bioética es una forma de pensamiento basado en la razón, pero que sufre la presión de la emoción, estudia la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la salud, mientras que se la examina a la luz de los valores deseados por la sociedad.

El dilema de entender un cambio en los valores arraigados en la cultura, como los valores relacionados con la salud, la vida y la muerte, tratando de permitir el avance tecnológico y científico en este sector, sin que se sobrepasen los principios básicos de la sociedad, es lo que constituye la mayor preocupación de la Bioética. Una preocupación que no debe permanecer sólo en el campo académico, en el análisis y estudio de los involucrados en esa área del saber, sino que tiene que producir resultados concretos en la conducción de las soluciones de los problemas variados y diversos que ocurren en su competencia.

Hoy en día, la Bioética se puede definir como un instrumento de reflexión y acción, a partir de tres principios: autonomía, beneficencia y justicia, que busca establecer un nuevo contrato social entre sociedad, científicos, profesionales de la salud y gobiernos, puesto que, además de ser una materia del sector de la salud, también es un creciente y plural movimiento social preocupado con la bioseguridad y con el ejercicio de la ciudadanía, frente al desarrollo de las biociencias.

El tema de la bioética, actualmente, llama la atención por algunos aspectos particulares, relacionados con la manipulación técnica de la

vida por nacer (ingeniería genética, técnicas de selección de cigotos, fecundación in vitro y transferencia de embriones, clonaje y manipulaciones similares), con la vida terminal (eutanasia y similares). A esa altura, los medios de comunicación social contribuyen a la divulgación al gran público, de las emociones provocadas por las conquistas científicas en los diversos campos.

A continuación, vamos a citar tres movimientos sociales en América Latina, al hablar de bioética y responsabilidad por la vida.

1. Primer movimiento social: Bioética en América Latina

Interpretando a la bioética en un amplio sentido de “ética de la vida”, no hay como escaparse de la reflexión sobre esa confrontación trabada entre la vida y la antvida. Ni tampoco se puede dejar de percibir la tarea de rescate de la esperanza donde el principio está tan cerca del fin.

La vida se sitúa siempre dentro de un contexto que favorece o mata su expresión. La no consideración de este contexto a nivel de América Latina lleva a una bioética ficticia para ella y en consecuencia, ocurre al lado de un análisis que deja claro el drama de la vida y de la antvida. En este sentido, es mucho más fácil e incluso más cómodo trabajar con una reflexión ética importada.

Una situación concreta, por ejemplo. Si nos referimos a la vida, una de las condiciones fundamentales para que se afirme y desarrolle es la alimentación. La antvida sería el hambre. Es curioso constatar que el tema del hambre no aparece en los tratados de bioética. Esto nos remitiría a dos explicaciones: la primera es que se pensaría a la bioética a partir de un mundo en donde no existe el hambre y el problema no se siente, ya que la infraestructura de la vida está generalizada. La segunda sería que el hambre involucra un tema de orden político económico. En el primer caso, tenemos una bioética inadecuada para Latinoamérica, y en el segundo, se cuestiona como sería posible pensar a la bioética sin política y economía. A nivel antropológico, sería negar la dimensión político-económico-social del cuerpo.

En una consideración de bioética, existe una serie de factores económicos, sociales, políticos y psicológicos que interfieren directamente en los problemas éticos de la vida humana. En este rumbo, percibimos ideologías que exploran a la vida y a la propia muerte. La cuestión de la bioética pensada solamente en base a temas médicos, estrictamente vinculados a la ética médica se amplía. En Latinoamérica, tenemos que tomar en cuenta la vida de los marginados por la clase social, por el género, por la raza. El tema de fondo es el lugar social a partir del cual se piensa a la bioética.

Como punto de partida, se debe considerar la realidad de los marginados (pobres, mujeres, negros, indios, ancianos) que son la gran mayoría, así como el contexto a partir del cual se estructura.

No se puede dejar de considerar las necesidades básicas que estructuran a la vida humana, tales como alimentación, salud, vivienda, trabajo, relaciones humanas y reproducción. Los grandes rubros de la bioética y que podrían ser tematizados en una dialéctica de vida y antividia, serían: alimentación-desnutrición, salud-enfermedades, trabajo-desempleo, educación-carencia cultural, convivencia social-discriminación étnica, sexual y otras.

En este camino, la reflexión bioética sufre el desafío de superar la instancia puramente biológica y rescatar la visión biosociológica. Nos damos cuenta, por lo tanto, de que se trata de un acercamiento, en primer lugar, en términos de macroética, antes de hacerse un análisis de temas particulares (microética).

De esta forma, los temas, concretos, que la bioética debería incluir, además de los habituales, serían la infraestructura básica de la vida de tal manera que se tomarán en cuenta las condiciones reales de los marginados (pobres, mujeres, negros indios). Así, podríamos llegar a cuestiones como: alimentación, hambre, salud, empleo, racismo, ecología, derechos reproductivos, entre otros.

Vemos cuanto debe ser considerado el contexto más amplio en que la vida, dialécticamente, se sitúa y las ideologías y mecanismos que manipulan a la vida y estructuran la antividia.

2. Segundo movimiento social: Bioética y procreación humana

Ya que el tema en pauta es la responsabilidad por la vida, no podemos ignorar la problemática de la procreación humana y darnos cuenta que lo mínimo, aún no tiene lugar. De hecho, salud y derechos reproductivos no se ponen en práctica todavía, o lo que es peor, una gran parte de la población los desconocen. Y más aún, ¿cómo hablar de bioética, ética de la vida, si el 70% de la población no vive, sino que sobrevive? Se habla de procreación médicamente asistida (¿a quién?) cuando lo mínimo en relación a los derechos reproductivos no ha sido alcanzado.

La conceptualización de los derechos reproductivos es una reivindicación de los movimientos de mujeres que se está imponiendo, internacionalmente, y que involucra a la ética y a la política de la salud.

La III Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo, 1994), en el Programa de Acción, capítulo 7, define lo que es salud reproductiva y derechos reproductivos: salud reproductiva “consiste en el estado de bienestar físico, mental y social completo y no moderadamente la ausencia de enfermedades en todos los aspectos relacionados al sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual segura y satisfactoria, que tengan capacidad de reproducir y decidir libremente sí y cuándo desean tener hijos y el espacio de tiempo entre ellos. Esta última condición implica que hombres y mujeres estén informados y tengan acceso a métodos anticonceptivos seguros, eficaces, aceptables y económicamente accesibles, que ellos pueden optar, escoger con libertad, así como otros métodos para la regulación de la fertilidad que no sean contra la ley, como también el derecho de acceso a servicios adecuados de salud que permitan a la mujer un embarazo y un parto seguro y otorgue a las parejas la oportunidad de tener un feto saludable”. Los derechos reproductivos “consisten en el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y reponsablemente acerca del número, espacio de tiempo y el momento de tener hijos, a tener informaciones y acceso a los medios anticonceptivos, y a obtener un mejor patrón de salud sexual y reproductiva.

Esto incluye el derecho que todos tienen a tomar decisiones en relación a la reproducción, libres de discriminación, presión y violencia, términos éstos expresados en documentos internacionales sobre los derechos humanos”.

“Por derechos reproductivos, se entienden los derechos de las mujeres de regular su propia sexualidad y capacidad reproductiva, así como exigir de los hombres que asuman la responsabilidad por las consecuencias del ejercicio de su sexualidad. Generalmente, son las mujeres las exclusivamente responsables por las consecuencias del ejercicio de su sexualidad. Para ellas, es una novedad el reconocer que tienen el derecho de decidir acerca de su reproducción y que pueden exigir que los hombres compartan responsabilidades con ellas, reivindicando que sean incluidos en las discusiones sobre regulación de la fecundidad” (Azevedo, Stolecje, 1991, p. 16).

Así, con el descubrimiento de la ciencia, a partir de la década de los 60, de los métodos anticonceptivos, se puede tener libertad sexual y control reproductivo. Se ha separado un proceso que nunca tuvo lugar antes en la historia: por un lado la sexualidad, por el otro la reproducción. Comienza a ganar terreno la expresión, la ideología de que la reproducción se debe realizar de forma racional. Es dentro de esa realidad que surgen con fuerza términos éticos relacionados con los derechos reproductivos y las implicaciones de la participación de gobiernos en la cuestión de la política poblacional.

Algunos puntos para una reflexión bioética sobre el aborto: el elevado número de abortos provocados anualmente en el mundo, calculado en alrededor de 50 millones, da qué reflexionar. Aunque esa cifra esté superestimada, da la impresión de una reflexión inútil. El aborto es un tema complejo porque involucra no solamente a la mujer sino también al hombre y a la sociedad. El aborto es visto ideológicamente como causa cuando en realidad es el efecto. En los estudios y debates en general, el asunto suele analizarse con posiciones bien definidas: pro y contra. Necesitamos enfocarlo de modo más elaborado, pero discutiendo en función de la calidad de vida de las personas. Es imprescindible, en el plano social, reflexionar y debatir esa realidad del aborto de manera desarmada, intentando entender con amor, sin juzgar.

Y en el fondo, cada uno de nosotros, debería preguntarse: ¿cuál es mi compromiso con la vida humana y principalmente con la vida amenazada en la sociedad en que vivimos? Esta es nuestra responsabilidad delante de la vida.

3. Tercer movimiento social: Biotecnología

Se verifica que el progreso técnico científico tiene un alto costo antes de rendir grandes dividendos. En la mayoría absoluta de los países latinoamericanos, los pobres están viendo el avance tecnológico en conjunto con sus bajos salarios. En Brasil, por ejemplo, tenemos en estos últimos años un salario mínimo mensual que es de los más bajos del mundo: US\$130. No se puede dejar de sospechar que se esté financiando la tecnología biogenética con el salario que no se le paga al trabajador, tanto a nivel de sistema internacional (deuda externa) cuanto a nivel de organización política económica de los propios países del tercer mundo.

El costo de la tecnología, vía expropiación, dicen las voces técnicamente avaladas, es un sacrificio necesario. Pero lo que se ve es que las grandes conquistas de la biotécnica siguen reservadas a los ricos, prestándose a la formación de monopolios y latifundios donde la producción agrícola y animal la controla quien posee tecnología biológica.

La experimentación y manipulación a nivel embriogénico humano también revela inquietudes serias, ya sea con respecto al sostenimiento del costo de las investigaciones, o con respecto al rumbo social de las conquistas. ¿Quién se beneficiaría con todos estos progresos? Es muy común el refrán por la búsqueda de la "calidad de vida" para legitimizar la experimentación en esta área. Si por un lado, teóricamente, la calidad de vida ganaría con los avances, en la práctica lo que observamos es una distancia paradójica entre las conquistas provida y la realidad de la miseria.

Se puede argumentar que los beneficios de las investigaciones tienen aplicación social solamente a largo plazo y que es necesario tener paciencia, pero esto no elimina la sospecha de hipocresía de que sea, realmente, la calidad de vida de todo lo que se está buscando.

Esa sospecha acabaría, si, paralelamente a las conquistas genéticas, hubiera igual disponibilidad en otras áreas en que la vida es puesta en peligro y en la marginalidad.

Es bueno recalcar que no se pone en tela de juicio al progreso técnico, sino la posición que ocupa en la red de nuestras relaciones humanas. Hoy en día, se sacraliza a la ciencia y se degrada a la persona humana.

Algunas consideraciones de estos movimientos

Los conceptos de bioética de frontera y bioética cotidiana del bioético italiano Giovanni Berlinguer (1992) nos remiten a lo concreto de la vida. La bioética de frontera es la que trata las nuevas tecnologías biomédicas aplicadas sobre todo a la fase naciente y a la fase terminal de la vida. La bioética cotidiana, que es nuestro reto en Latinoamérica está volcada a la exigencia de humanizar a la medicina, articulando fenómenos complejos, como la evolución científica de la medicina, la socialización del servicio sanitario, la creciente medicalización de la vida.

“La bioética significa la ética aplicada a la vida y se presenta como la búsqueda de un comportamiento responsable de parte de las personas que deben decidir tipos de tratamiento, investigaciones o posturas en relación a la humanidad. Además de la honestidad, del rigor científico o de la búsqueda de la verdad, requisitos previos de una buena formación científica, la reflexión bioética presupone algunos temas humanos que no se incluyen en los curriculums universitarios. Es, cada vez más difícil mantener el equilibrio entre el proceso biomédico y los derechos humanos, así como el mantenimiento de una ética o moral adulta” (Garrafa, 1995).

“El libre albedrío, la libertad, nunca consistieron en aceptar los casos infelices de nuestro destino biológico. La dignidad de la condición humana exige entre otras cosas, intentar de todo para erradicar las enfermedades, luchar contra las fatalidades naturales, la infelicidad, el sufrimiento, la miseria, las injusticias” (Cohen, 1993).

No es la solución de problemas técnicos lo que determinará nuestro futuro, sino los problemas éticos, ya que nuestra sociedad degrada a la persona humana y sacraliza a las cosas.

B. Bioética: el reto de la salud pública en América Latina

En su inicio la bioética se enfrentó con los dilemas éticos creados por el desarrollo de la medicina. Investigaciones en seres humanos, el uso humano de la tecnología, preguntas acerca de la muerte y el morir son algunas áreas sensibles en los años 90. Los temas originales de la bioética se han expandido a los problemas relacionados con los valores en las diversas profesiones de la salud, tales como la enfermería, salud pública, salud mental, etc. Numerosos temas sociales han sido introducidos en la amplitud temática de la bioética como por ejemplo: salud pública, asignación de recursos en salud, salud de la mujer, problema poblacional y ecología, para recordar algunos de ellos.

Se dice que la tecnología médica impulsa el desarrollo de la bioética clínica. Esto vale tanto en Latinoamérica como en Estados Unidos. Al principio, en Estados Unidos, las preguntas que se formulaban más a menudo giraban alrededor del uso humano de una nueva tecnología: el uso o retirada de aparatos, la aceptación o no del consentimiento informado.

En algunos países de Latinoamérica, la sola existencia de alta tecnología y centros de tratamiento médico avanzados plantea preguntas sobre la discriminación e injusticia de los servicios médicos. Las interrogaciones más difíciles en esta región no se basan en cómo se usa la tecnología médica sino quién es quien tiene acceso a la misma. Un fuerte sabor social califica a la bioética latinoamericana. Conceptos culturalmente fuertes tales como justicia, equidad y solidaridad deberán ocupar en la bioética latinoamericana un lugar similar al principio de la autonomía en los Estados Unidos.

Según James Drane, los latinoamericanos no son tan individualistas y con seguridad están menos inclinados al consumismo en sus relaciones con el personal médico que los norteamericanos. Sería una equivocación, pensar que el consentimiento informado y todo

lo que con esto tiene relación, no es importante para los latinoamericanos. El desafío es aprender de Estados Unidos y de los europeos, sin caer en una imitación ingenua de importar sus programas (Drane, 1996).

1. Ampliar la visión ética de la dimensión “micro” a “macro”

El gran desafío es desarrollar una bioética latinoamericana que corrija las exageraciones de las otras perspectivas y que rescate y valore a la cultura latina con respecto a lo que le es único y singular, una visión verdaderamente alternativa capaz de enriquecer el diálogo multicultural. No podemos olvidarnos que en América Latina la bioética tiene una cita obligatoria con la pobreza y exclusión a nivel social. Elaborar una bioética solamente en el nivel “micro” de estudios de casos de sabor únicamente deontológico, sin tener en cuenta esta realidad, no satisfecería los deseos y necesidades de una vida más digna. No estamos poniendo en tela de juicio al valor inconmensurable de toda y cualquier vida que debe salvarse, cuidarse y protegerse. Lo que tenemos que hacer es no perder la visión global de la realidad excluyente latinoamericana dentro de la cual se inserta la vida (Anjos, 1994).

A medida que la medicina moderna se convierte para las culturas actuales en lo que la religión era en la Edad Media, los temas que la bioética enfrenta se vuelven más centrales y generan un creciente interés público. En el umbral de las controversias bioéticas, significados básicos están cambiando en todos los cuadrantes del planeta: el significado de vida y muerte, familia, enfermedad, quien es padre o madre. Una mayor comunicación y diálogo mutuo entre los pueblos con diferentes perspectivas será inmensamente provechoso para otorgar una comprensión más profunda de cada cultura y soluciones mejores de problemas críticos similares. Las personas de diferentes regiones y culturas pueden trabajar para integrar las diferencias sociológicas, históricas y filosóficas y algún día quién sabe generar un conjunto de patrones bioéticos, respetuosos y coherentes que las personas religiosas y seculares puedan igualmente compartir.

En el pensamiento de Mainetti (1991), América Latina puede ofrecer una perspectiva bioética distinta y diferente de la norteamericana, debido a la tradición médica humanista y a las condiciones

sociales de países periféricos. Para este bioético argentino, la disciplina europea de filosofía general con tres ramas principales (antropología médica, epistemología y axiología), puede ser mejor equipada para transformar a la medicina científica y académica en un nuevo paradigma biomédico humanista. Tal enfoque evitaría acusaciones a menudo dirigidas a la bioética norteamericana y europea, de que el discurso de la bioética solamente surge para humanizar a la medicina mientras se olvida o deja de lado a la verdadera inhumanización del sistema. Por ejemplo, el discurso bioético de la autonomía puede esconder la despersonalización de los servicios médicos y sus riesgos de iatrogenia, la explotación del cuerpo y alienación de la salud. Como respuesta al desarrollo de la biomedicina en una era tecnológica, la bioética debe ser menos complaciente u optimista en relación al progreso y ser capaz de ejercer un rol crítico frente a este contexto.

La realidad latinoamericana de la bioética en épocas de cólera, sida y sarampión, exige una perspectiva de ética social dando prioridad al bien común, justicia y equidad antes que a los derechos individuales y virtudes personales. Se puede proponer una “macroética” de salud pública como una alternativa a la tradición angloamericana de “microética” o ética clínica. La necesidad más importante en estos países pobres es la equidad en la asignación de recursos y distribución de servicios de salud (Garrafa, 1997, Leisinger, 1993).

Leisinger se refiere a la política de la salud como una ramificación de la bioética, y ésta aún es una disciplina que está surgiendo. Al constatar la enorme fosa que separa a la realidad de la salud norteamericana con la de los otros países en desarrollo, vale registrar: “Mientras nosotros empezamos a enfrentar algunos de nuestros problemas complejos de salud con la ingeniería genética, centenas de millones de personas de los países en desarrollo sufren malaria, filariosis, esquistosomosis, enfermedad de Chagas o mal de Hansen. Ninguna de estas enfermedades –que son perfectamente prevenibles y/o curables– está siendo controlada de manera satisfactoria y, para algunas de ellas, la situación está en franco deterioro. “La bioética en la visión de este autor debería considerar la política de desarrollo en los países pobres. Un desarrollo que satisfaga las necesidades humanas más básicas de la población. En consecuencia, se debe asignar prioridad a la provisión de comida, educación básica, agua potable,

educación e instalaciones sanitarias, vivienda y servicios básicos de salud.

Iluminador al reflexionar sobre bioética bajo la perspectiva de América Latina, dice Gracia (1995): *“Los latinos se sienten sumamente incómodos con los derechos y principios. Ellos se han acostumbrado a juzgar a las cosas y actos, como buenos o malos en vez de correctos o equivocados. Prefieren la benevolencia a la justicia, la amistad al respeto mutuo, la excelencia al derecho (...). Los latinos buscan la virtud y la excelencia. No pienso que rechacen o desprecien a los principios (...). Una vez que las culturas latinas tradicionalmente han sido orientadas por la ética de las virtudes, el enfoque principalista puede servir de gran ayuda para evitar algunos defectos tradicionales de nuestra vida moral, tales como el paternalismo, la falta de respeto a la ley y tolerancia. En la búsqueda de la virtud y la excelencia, los países latinoamericanos tradicionalmente han sido intolerantes. La tolerancia no ha sido incluida como una virtud en el antiguo catálogo de las virtudes latinas. La virtud real era la intolerancia, la tolerancia era considerada un vicio (...). La tolerancia como una virtud fue descubierta por los anglosajones en el siglo XVII. Esta tal vez sea la diferencia más importante de las otras culturas. El tema moral más relevante no es el lenguaje que usamos para expresar nuestros sentimientos morales, sino el respeto por la diversidad moral, la opción entre pluralismo o fanatismo. El fanatismo afirma que los valores son completamente absolutos y objetivos y deben imponerse a los otros a la fuerza, mientras que la tolerancia defiende la autonomía moral y la libertad de todos los seres humanos y la búsqueda de un acuerdo moral en base a consenso”.*

El desarrollo de la bioética a nivel mundial últimamente está privilegiando inquietudes éticas típicas de países como los de América Latina y Caribe. Daniel Wikler, en la conferencia de clausura del III Congreso Mundial de Bioética (San Francisco -USA- 1996) titulada *“Bioethics and social responsibility”*, dice que al observar el nacimiento y desarrollo de la bioética, ya tenemos claramente delineadas cuatro fases:

- a) Primera fase: tenemos los códigos de conducta de los profesionales. La bioética es prácticamente entendida como ética médica.

- b) Segunda fase: entra en escena la relación médico paciente. Se cuestiona el paternalismo, se comienza a hablar de los derechos de los pacientes (autonomía, libertad, verdad, etc.).
- c) Tercera fase: cuestionamiento con respecto al sistema de salud, incluso organización y estructura, financiación y gestión. Los bioéticos tienen que estudiar economía y política de salud (Callahan, 1980).
- d) Cuarta fase: estamos entrando en ella en este final de la década del 90.

La bioética prioritariamente liderará con la salud de la población, entrando en escena las ciencias sociales, humanidades, salud pública, derechos humanos, el tema de la equidad y asignación de recursos entre otros temas candentes. Esta pauta programática tiene mucho que ver con el momento ético de América Latina.

2. *El reto del desarrollo de una mística para la bioética*

Nuestra reflexión quedaría incompleta si no señalásemos la necesidad desafiadora de desarrollar una mística para la bioética. Incluso puede ser que parezca raro que un pensamiento marcado por el pragmatismo y por el culto de la eficiencia sugiera que la bioética necesita una mística. La bioética necesita un horizonte de sentido, independiente de cuán angosto o amplio es, para desarrollar sus reflexiones y propuestas. Al mismo tiempo, no podemos practicar bioética sin optar en el mundo de las relaciones humanas. Esto por sí mismo es una indicación de la necesidad de alguna forma de mística o de un conjunto de significados fundamentales que aceptamos y a partir de los que cultivamos nuestros idealismos, hacemos nuestras opciones y organizamos nuestras prácticas.

No es fácil definir en pocas palabras una mística libertadora para la bioética. Necesariamente incluiría la convicción de la trascendencia de la vida que rechaza la noción de enfermedad, sufrimiento y muerte como absolutos intolerables. Incluiría la percepción de los otros como aliados capaces de vivir la vida en solidaridad y comprenderla y aceptarla como un don. Esta mística indudablemente sería testigo, en el sentido de no dejar que los intereses individuales egoístas se sobrepusieran y callaran la voz de los otros (excluidos) y

escondiera sus necesidades. Esta mística proclamaría delante de todas las conquistas de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud que el imperativo técnico científico, pueda hacer, pasa obligatoriamente por el discernimiento de otro imperativo ético, ¿entonces tengo que hacerlo? Aún más, alentaría a las personas, a los grupos de los más diferentes contextos sociopolíticos, económicos, culturales a unirse a la obra de garantizar una vida digna a todos, en la construcción de un paradigma económico y técnico científico que acepta ser guiado por las exigencias de la solidaridad humana (Anjos, 1994).

3. Algunas notas propositivas

1. El modelo de análisis teórico (paradigma) principalista iniciado con el Informe Belmont e implementado por Beauchamp y Childress en un lenguaje entre otros lenguajes éticos. No es el único y exclusivo. La experiencia ética se puede expresar en diferentes lenguajes, paradigmas o modelos teóricos, tales como el de las virtudes y excelencia, el casuístico, el contractual, el liberal autonomista, el del cuidado, el antropológico humanista, el de libertación, para recordar algunos. Obviamente que la convivencia con el ese pluralismo de modelos teóricos exige diálogo respetuoso entre las diferencias en que la tolerancia es un dato imprescindible. Todos estos modelos o lenguajes están intrínsecamente interrelacionados, pero cada uno en sí incompleto y limitado. Un modelo puede lidiar bien con un determinado aspecto de la vida moral, sin embargo al mismo tiempo no con los otros. No podemos considerarlos exclusivos, sino complementarios. Las dimensiones morales de la experiencia humana no se pueden capturar en un único enfoque. Esto no sorprende puesto que la amplitud y la riqueza de la profundidad de la experiencia humana siempre están más allá del alcance de cualquier sistema filosófico o teológico. Es esta humildad de sabiduría que nos dejará libres del virus de los "ismos" que son verdades parciales que toman una particularidad de una realidad como si fuera un todo.
2. Los problemas bioéticos más importantes a nivel de Latinoamérica y el Caribe son los que se relacionan con justicia, equidad y asignación de recursos en el sector de la salud. En amplios

sectores de la población todavía no ha llegado la alta tecnología médica y mucho menos el tan deseado proceso de emancipación de los enfermos. Aún impera el paternalismo a través de la beneficencia. Al principio de la autonomía, tan importante en la perspectiva angloamericana, necesitamos sobreponer el principio de la justicia, equidad y solidaridad (Pessini, 1997, Garrafa, 1995).

La bioética elaborada en el mundo desarrollado (USA y Europa) casi siempre ha ignorado las cuestiones básicas que millones de excluidos enfrentan en este continente y ha enfocado temas que para ellos son marginales o que sencillamente no existen. Por ejemplo, se habla mucho de morir con dignidad en el mundo desarrollado. Aquí estamos obligados a proclamar la dignidad humana que garantiza en primer lugar un vivir con dignidad y no sencillamente una sobrevivencia degradante, antes que un morir digno. Entre nosotros, la muerte es precoz e injusta, aniquila miles de vidas desde la infancia, mientras que en el primer mundo se muere después de haber vivido mucho y disfrutado la vida con elegancia hasta la vejez. ¿Un sobrevivir sufrido garantizaría la dignidad en el adiós a la vida?

3. Es característica típica de toda la región de América Latina y el Caribe la profunda religiosidad cristiana católica, que hoy sufre un impacto profundo con sectas fundamentalistas vía medios electrónicos. El proceso de secularización ha alcanzado a la burguesía culta, sin embargo no a la gran masa del pueblo. La moral de esa sociedad continúa siendo característica de la cultura norteamericana. Indudablemente nace aquí un desafío de diálogo, bioética, teología, entre esta bioética secular, civil, pluralista, autónoma y racional y este universo religioso.
4. Una bioética pensada a nivel "macro" (sociedad) tiene que ser propuesta como alternativa la tradición angloamericana de una bioética elaborada a nivel "micro" (solución de casos clínicos). La bioética resumida en un "bios" de alta tecnología en un "ethos" individualista (privacidad, autonomía, consentimiento informado) debe ser complementada en América Latina con un "bios" humanista y un "ethos" comunitario (solidaridad, equidad,

el otro). Ya se están realizando esfuerzos en ese sentido. Es digno de destacar la actuación del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS). En 1994 esta organización internacional en cooperación con la Organización Mundial de la Salud, Unesco y el Gobierno de México, en su XXVII Asamblea, realizada en Ixtapa (México, 17-20 de abril) abordaron la candente problemática: "Pobreza, vulnerabilidad, valor de la vida humana y emergencia de la bioética". Como resultado de este evento, "la declaración de IXTAPA" al proponer una agenda global para la bioética afirma: "A la luz del hecho de que la bioética se ha desarrollado primordialmente, pero no de forma exclusiva, en la mayoría de los países desarrollados, existe la necesidad apremiante de elucidar y adoptar universalmente los principios básicos de la bioética, de manera que reconozca las diferentes perspectivas a nivel mundial, relacionadas con moral, cultura, prioridades y valores. Un paso significativo rumbo a este objetivo sería el de establecer vínculos bilaterales y multilaterales, tales como cooperación técnica, intercambio e información entre instituciones y sociedades profesionales que trabajan con bioética en los países industrializados y en los países en desarrollo. Esas asociaciones serían mutuamente beneficiosas". (Pobreza, vulnerabilidad y el valor de la vida humana, una agenda global para la bioética, CIOMS, Ginebra, 1994).

5. Es necesario cultivar una sabiduría que desafíe proféticamente al imperialismo ético, de los que usan la fuerza para imponerse a los otros, como única verdad, su verdad moral particular, así como el fundamentalismo ético de los que se niegan a entablar un diálogo abierto con los otros, en un contexto siempre más secular y pluralista. Quien sabe, la intuición pionera de Potter (1971) al cuñar a la bioética como un puente hacia el futuro de la humanidad, deba ser reelaborada en este umbral de un nuevo milenio, también como un puente de diálogo multi y transcultural entre los diferentes pueblos y culturas, en el que podamos recuperar nuestra tradición humanista, el sentido del respeto y por la trascendencia de la vida en su magnitud máxima (cósmico ecológica) y disfrutarla como don y conquista de forma digna y solidaria.

Referencias Bibliográficas

1. ANJOS, M.F. Bioética a partir do terceiro mundo. Temas latino-americanos de ética. Aparecida, Sao Paulo, v. 3, p. 211-232, 1988 (Coleção Teologia Moral da América Latina).
2. ANJOS, M.F. Bioethics in a liberationist key. A Matter of principles: ferment in vs bioethics, Valley Forge, Pennsylvania, p. 130-147, 1994.
3. ANJOS, M.F. Medical ethics in the developing world: a liberation theology perspective. The Journal of Medicine and Philosophy, v. 21, n. 6, p. 629-637, deca. 1996.
4. AZEVEDO, S., Stolcke V. (orgs.) Direitos reprodutivos: Sao Paulo: Fundacao Carlos Chagas, 1991.
5. BERLINGER, G. Bioética cotidiana e bioética de fronteira. In: Saúde Coletiva: Rio de Janeiro: Drumond, 1992, p. 143-156.
6. COHEN, D. Les gènes de l'espoir. París: Robert Laffont, 1993, p. 200.
7. CONSELHO DE ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS DE CIÊNCIAS MÉDICAS (CIOMS). Poverty, vulnerability and the value of human life: a global agenda for Bioethics. Genève: Bankowski and Bryant, 1994.
8. DRANE. J.F. Bioethical perspectives from ibero-america. The Journal of Medicine and Philosophy, v. 21, n. 6, p. 567-569, deca. 1996.
9. GARRAFA, V. Bioética, responsabilidade e solidariedade. O Mundo da Saúde, Sao Paulo, v. 19, n. 5., p. 164-166, jan. 1995.
10. GARRAFA, V., OSELKA, G., DINIZ. D. Saúde Pública, Bioética e equidade. Bioética. v. 5, p. 27-33, 1997.
11. GARRAFA, V. A dimensao da ética em Saúde Pública. Sao Paulo: USP-Faculdade de Saúde Pública/Kellogg Goundation, 1998.

12. GRÁCIA, D. Hard times, hard choices: founding bioethics today. *Bioethics*, v. 9, n. 3-4, p. 192-206, jul. 1995.
13. LEISINGER, K. M. Bioethics in USA and in poor countries. *The International Journal for Healthcare Ethics Committees*, Cambridge, v. 2, n. 1, p. 5-8, 1-993.
14. PESSINI, L., Barchifontaine. C. de P. (orgs) *Fundamentos de Bioética*. Sao Paulo: Loyola, 1996.
15. PESSINI, L. BARCHIFONTAINE, C. de P. *Problemas atuais de bioética*. 4 ed. Sao Paulo: Loyola, 1997.
16. POTTER, V.R. *Bioethics: bridge to the future*. New Jersey: Prentice Hall, 1971.
17. WILKER, D. Bioethics and social responsibility. *Bioethics*, v. 11, n. 3-4, p. 185, 1997.