

BIOÉTICA. EL FINAL DEL CONSENSO

Bioethics: the end of consensus

M.^a Teresa LÓPEZ DE LA VIEJA
Universidad de Salamanca

Biblid [(0213-356)10,2008,51-74]

Fecha de aceptación definitiva: 14 de noviembre de 2007

RESUMEN

El *Convenio* de Oviedo, de 1997, demuestra la dificultad de llegar a acuerdos internacionales sobre cómo regular la investigación biomédica, en especial los límites de la investigación con embriones. Algunos temas de Bioética muestran la pluralidad de doctrinas y de sistemas morales; es más, pueden indicar el final de la era del consenso. El final de la *pax bioética*, que tanto significó para el éxito de la disciplina a lo largo de tres décadas. Tender puentes, forjar consenso ha sido, en efecto, una de las contribuciones más valiosas del discurso bioético y de los nuevos expertos en Bioética. Desde los años setenta, los principios del Liberalismo y las actitudes pragmáticas han sido el núcleo de su ideología, un tipo de consenso «americano» para poner fronteras a las ideologías políticas o radicales. Sin embargo, la actual agenda ampliada de la Bioética, así su expansión internacional, están minando el consenso básico. Un giro más político de la Bioética podría, tal vez, ofrecer algunos acuerdos sobre temas específicos. Este tipo de consenso estaría también más cerca de los intereses de los ciudadanos, así como del nuevo contexto, global y social: sería un consenso «republicano», por así decirlo. El artículo analiza la evolución desde la etapa del consenso –tender puentes, principios comunes, procedimientos «no densos»– hacia los acuerdos plurales –contextuales, «densos»–, teniendo en cuenta la pluralidad de los valores morales y de las fronteras culturales.

Palabras clave: Bioética, Principios morales, Consenso, Expertos morales.

ABSTRACT

The Oviedo *Convention* proved in 1997 how difficult could be an international agreement concerning the regulation of biomedical research, particularly the limits of research on human embryos. Some bioethical issues show the plurality of doctrines and moral systems; moreover they could detect the end of the consensus's era. It could be the end of the *pax bioetica*, which determined the wide success of the discipline during three decades. Building bridges, building consensus had been a very valuable contribution of the bioethical discourse, and of the new bioethical experts, indeed. Since the seventies, Liberal principles and Pragmatic attitudes were the implicit core of their ideology, a kind of «American» consensus to build frontiers against the political, or radical ideologies. Now the enlarged agenda of Bioethics and its international expansion are undermining the basic consensus, though. A political turn of Bioethics could probably offer some agreements around specific issues. That kind of consensus would adjust to citizens needs and to the new context, global and local; a «republican» consensus, so to say. The article analyses the transition from the consensus's era –the building of bridges, the common principles, the «thin» procedures– to the plural agreements –contextual, «thick»–, taking account of the plurality in moral values and of the cultural frontiers.

Key words: Bioethics, Moral principles, Consensus, Moral experts.

Quando la experimentación con embriones *in vitro* esté admitida por la Ley, ésta deberá garantizar una protección adecuada del embrión» (*Convenio relativo de los Derechos Humanos y la Biomedicina*, Oviedo 1997, art. 18).

La Bioética ha logrado una fuerte implantación entre los profesionales, también en el ámbito académico y, lo que es más significativo, en la opinión pública. Los temas e incluso el enfoque bioético han suscitado considerable interés. La Bioética, disciplina surgida en los años setenta, ha logrado en apenas tres décadas una expansión importante, primero en Estados Unidos, luego en Europa y, en la actualidad, en casi todos los países que tienen que abordar dilemas morales importantes, relacionados con la práctica clínica y con la investigación científica. Como es sabido, el término «Bioética» fue utilizado en 1970 por van Rensselaer Potter¹ para referirse a cuestiones fundamentales para la supervivencia de la especie humana y para el futuro del ecosistema. Consciente de las peculiaridades y de la envergadura que ya entonces tenían tales problemas, este autor proponía un enfoque interdisciplinar: *Bio-ética*, una ética para orientar el desarrollo científico. Desde el

¹ POTTER VAN RENSSELAER, «Bioethics, the Science of Survival», *Perspectives in Biology and Medicine*, 1970, pp. 127-153.

comienzo, el objetivo de la disciplina ha sido éste, crear un ámbito de entendimiento entre la cultura científica y técnica y, de otro lado, los valores morales. Sin embargo, la mediación entre lenguajes, tradiciones e intereses quedó pronto en un segundo plano, con el predominio de todo lo relacionado con la salud y con la investigación científica. El Instituto Kennedy y la Universidad de Georgetown se decantaron por una noción técnica de la disciplina, frente a la noción amplia, defendida por R. Potter. Por esa circunstancia, la Bioética ha sido durante bastante tiempo sinónimo de Ética médica, siendo así que en principio abarcaba otros aspectos más generales del progreso científico y técnico, ante la inquietud por el futuro de la especie humana en su entorno social y natural.

Desde sus inicios la disciplina se presentó como una nueva ética, anclada en el respeto por los derechos de los pacientes, de los ciudadanos y, por tanto, alejada de una visión tradicional, paternalista, de la práctica clínica y de la investigación. Sin embargo, el protagonismo de los temas relacionados con la Medicina y con la Biología, pese a estar muy acentuado en los años setenta, no afectó a la voluntad de llegar a acuerdos, de «tender puentes». Al contrario, la especialización ha sido desde entonces una tendencia que ha cohesionado a la disciplina, tanto en su primera etapa como en las fases siguientes. La figura del experto, el «bioético» pretendía facilitar los acuerdos en el ámbito profesional, al margen de las diferencias que pudieran existir –que existen– en lo político, lo religioso, lo ideológico. *Tender puentes* se reveló como una estrategia adecuada para la Bioética, realmente útil en la fase en la que ésta aún no contaba con un estatus bien definido. Al mismo tiempo, empezó a *poner fronteras*, ante el avance de los movimientos sociales, frente a los debates políticos, incluso ante la complejidad de los análisis filosóficos más elaborados, metaéticos. El objetivo de aquel doble esfuerzo –llegar a acuerdos, manteniendo las diferencias– era responder en modo apropiado a las dudas e incógnitas que planteaban las nuevas tecnologías biomédicas. Respuestas prácticas, aplicables, a la medida del «giro aplicado». Los efectos llegaron hasta la Filosofía teórica, si bien fueron mucho más visibles en las éticas especiales, en la Bioética sobre todo. Durante más de veinte años el equilibrio, la *pax bioética* –como la ha llamado J. Moreno²–, ha resistido bastante bien las tensiones internas, las guerras, a las que se han referido algunos conocedores del tema, como D. Clouser. El consenso ha sido fundamental, entendido como un procedimiento, un método para conducir el debate sobre problemas morales difíciles y, además, ha sido un fin valioso por sí mismo. Ahora bien, la etapa de los compromisos estables en Bioética parece haber concluido o estar a punto de hacerlo. Los desacuerdos ideológicos, latentes o aplazados a lo largo de treinta años, resurgen ahora, con las fuertes reacciones ante las técnicas biomédicas más nuevas. Con los avances en la reproducción asistida que están cuestionando las ideas tradicionales sobre el comienzo

² MORENO, J., «The End of the Great Bioethics Compromise», *Hastings Center Report*, 35, January-February 2005, pp. 14-15.

de la vida, con los tratamientos para intervenir en el final de vida. La falta de acuerdo en estos temas se hace notar sobre todo en las discusiones en torno a la investigación con células troncales, el uso de los embriones *in vitro*, las terapias génicas, la clonación terapéutica y la reproductiva.

Desde finales de los años noventa, resulta arduo el consenso sobre éstas y otras cuestiones de parecida dificultad y complejidad. Por eso resulta también significativa la cautela con la que abordaba el *Convenio* de Oviedo, de 1997, el tema de la investigación con embriones (art. 18). Era un avance de lo que ahora sucede: los compromisos tienden a ser frágiles, pero necesarios, a la vez que éstos acen-túan la diversidad de tradiciones, sistemas de valores, creencias. El *Convenio* remitía a las normas de cada país sobre este tipo de investigación, a falta de unanimidad sobre el asunto. ¿Indicaba el final del consenso? De ser así, la situación tendría consecuencias importantes para la disciplina, tal y como la conocíamos hasta ahora, de estilo liberal, pragmático, de ideología «americana». Es más que probable que el consenso de los expertos tenga que ser reemplazado por otro tipo de consenso, con bases más amplias, más «republicanas», por así decirlo. Es decir, con mayor participación de todos los afectados, sensible también a las diferencias y a las identidades. Un consenso más cosmopolita, más cívico, en definitiva. Este nuevo tipo de consenso será más modesto, provisional. Tal vez esté menos centrado en los aspectos técnicos o en la opinión de los expertos, mucho menos ligado a una tradición o a una cultura dominante, pero así favorecerá los acuerdos en la esfera pública. En suma, será el consenso de los ciudadanos, sin otra autoridad que su competencia moral. Del nuevo equilibrio entre «tender puentes» y diferencias que sean valiosas —«poner fronteras»— dependerá, con toda seguridad, la adaptación de la Bioética a un contexto internacional y global. En las páginas siguientes se analiza el proceso que ha llevado desde el consenso o *pax bioetica* hasta la eclosión del pluralismo.

(1) La normalización de la disciplina en el espacio académico, su peso social e institucional, siempre en ascenso, han sido posibles gracias a los acuerdos. Es decir, a la elaboración de un lenguaje compartido por expertos de diferentes campos, a una agenda de temas comunes, a un tipo de argumentación centrada en lo práctico. Además de esto, ha contado con la imparcialidad e incluso con cierta neutralidad ideológica, reduciendo así las diferencias en aras de la «paz» bioética. El *consenso* ha sido fundamental para la consolidación de la disciplina, sin duda. Ha sido un medio y un fin para los comités de expertos, en los informes especializados. También en las declaraciones y en los documentos internacionales, que se han venido ocupando del uso de las nuevas tecnologías biomédicas. El *Informe Belmont* declaraba en 1979 que los principios son relevantes en la práctica, para la investigación científica con seres humanos. Proponía tres criterios generales, con validez universal: respeto por las personas, beneficencia y justicia. El contexto, las situaciones concretas que motivaron directamente la elaboración del *Informe* —treinta años de abusos, cometidos en Estados Unidos con sujetos de experimentación, vulnerando todos los acuerdos y códigos— quedaban en un segundo plano.

Sólo se recordaban las atrocidades cometidas durante la segunda guerra, y en otro contexto³.

(2) La integración de perspectivas y el consenso facilitaron la toma de decisiones, sobre todo en el ámbito clínico. Los temas difíciles no han dejado de serlo, si bien los procesos de deliberación han resultado más transparentes y más participativos. En general, los acuerdos han reforzado un tipo de Bioética anclada en los derechos individuales y, a la vez, receptiva hacia las necesidades prácticas. Es decir, una Bioética liberal y pragmática. Entre el principio de autonomía y la búsqueda de resultados concretos, fraguó un modelo que ha sido capaz de sortear con relativo éxito las tensiones internas de la disciplina. *Pax bioética*. Sin embargo, la condición que la hizo posible, permitiendo «tender puentes» entre lenguajes, puntos de vista, valores, consistía en obviar los debates ideológicos. Las controversias políticas, que tanto peso tuvieron en los movimientos sociales y en la reforma de las instituciones, se difuminaron en aras del consenso sobre temas de salud y de investigación científica. De este modo la Bioética comenzó a *poner fronteras*, señalando algunos límites. Límites que han sido necesarios en bastantes casos. Un buen ejemplo de esto es la *Carta de los Derechos Fundamentales* de la Unión Europea que, en el año 2000, prohibía que el cuerpo y los tejidos humanos sean objeto de lucro (art. 3).

(3) En el 2005, una resolución del Parlamento Europeo rechazaba el comercio de óvulos, saliendo así al paso de donaciones más que dudosas y de prácticas clínicas rechazables. La *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*, de la UNESCO, reconocía en ese mismo año el carácter transnacional que tiene hoy la investigación científica (art. 21). A lo largo de la última década las fronteras reales, geopolíticas, sociales y económicas, han cambiado de forma e incluso de lugar. Los procesos de globalización han afectado a las instituciones, también a aquellas instituciones y actividades relacionadas con la salud, con la investigación y con los avances científicos. Por esta razón, con el nuevo siglo se han acentuado las críticas al modelo liberal, así como hacia los excesos del enfoque pragmático, afectando incluso a la figura del experto y del técnico. Los desacuerdos ideológicos son cada vez más explícitos, una situación que ha influido en la Bioética de varias formas, debilitando al modelo liberal, su principal apoyo. Es cierto también que la internacionalización de la disciplina ha sido una ventaja, pese a que esta apertura de fronteras –también en sentido literal– exige otros planteamientos, más generales. Más globales, también. En definitiva, la pluralidad moral, política, ideológica, ha erosionado el consenso de los expertos, «científico» e ideológicamente neutral. Tal vez sea el momento de explorar formas de acuerdo, más «densas», es decir, más cercanas a la experiencia y a las necesidades reales de los ciudadanos. En 1997,

³ «Ethical Principles y Guidelines for Research Involving Human Subjects», en: The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, *The Belmont Report*, April 18, 1979.

el *Convenio* de Oviedo ya reconocía la diversidad cultural e ideológica; en el 2005 la *Declaración Universal* de la UNESCO confirmaba la tendencia hacia un espacio bioético más abierto, internacional, global.

TENDER PUENTES

En los años setenta, la decisión de poner entre paréntesis la cuestión religiosa fue –según ha explicado D. Callahan⁴– una de las principales bazas a favor de la nueva disciplina. Es más, los esfuerzos por profesionalizar el debate moral, reforzando la figura del «bioético», formaban parte de aquel proceso de secularización, acorde con las tendencias de la época. Sólo así pudo llegar al equilibrio entre componentes tan heterogéneos: una actitud pragmática, los principios del Liberalismo, crítica radical de las teorías, el prestigio del conocimiento especializado. Los compromisos, el consenso fueron el mejor exponente de la «ideología americana», producto tanto de la Nueva Frontera política de los años sesenta como del rechazo de lo contracultural en los años setenta. Desde entonces, «tender puentes» fue un objetivo fundamental, puesto que liberaba a la Bioética de otros compromisos importantes, aunque onerosos desde el punto de vista social y político. Ponía entre paréntesis las cuestiones de ideología política. El *consenso* era el procedimiento más adecuado para ello, acortando las distancias entre los valores morales y la aplicación de las nuevas técnicas, creando también un único lenguaje para especialistas de ámbitos distintos, Medicina, Biología, Derecho, Psicología, Filosofía. En la construcción de ese espacio compartido, fueron decisivos: (1) los principios, (2) un enfoque liberal, pluralista, (3) los procedimientos «minimalistas», (4) un modelo profesional.

(1) A medida que el discurso bioético iba ganando en proyección, transformándose en una actividad social, con tareas institucionales –como ha recordado J. Moreno⁵–, los análisis sobre problemas concretos requerían un marco normativo de mayor amplitud. Debido a que las tradiciones y los valores morales al uso carecían de los elementos apropiados para evaluar los nuevos dilemas, surgidos con los avances de la Medicina y de la Biología. Sin embargo, el entrenamiento de los filósofos en la argumentación moral y en el análisis de conceptos no fue tenido demasiado en cuenta en aquel momento de renovación teórica y práctica; una circunstancia que influyó luego sobre las expectativas y los malentendidos surgidos

⁴ D. Callahan recordaba el momento en que la religión quedó fuera del debate bioético. La Ética se ocupaba de temas delicados, lo suficientemente controvertidos como para evitar cualquier otro tipo de confrontaciones. Por eso mismo, la disciplina se presentaba como un «camino intermedio», regulando, tratando cuestiones delicadas pero casi siempre en términos que favorecieran el acuerdo. La nueva disciplina tuvo bastante éxito en Estados Unidos, quizás por esta misma causa, «Why America Accepted Bioethics», *Hastings Center Report*, 23, 1993, pp. 1-2.

⁵ MORENO, J., «Bioethics Is a Naturalism», en: MCGEE, G., *Pragmatic Bioethics*, MIT, Cambridge, 2003, pp. 3-16.

en torno a la Bioética. Tal vez porque en los años setenta la Filosofía estaba en desventaja frente a las demandas del «pragmatismo clínico»⁶, es decir, las demandas concretas poco o nada relacionadas con los intereses teóricos. Además, la Filosofía práctica estaba interesada, principalmente, en el análisis del lenguaje, en los aspectos metaéticos, y no en cuestiones de carácter sustantivo. Por ambos motivos, la presión de lo aplicado y la especialización de la Filosofía, el *Informe Belmont*⁷ y el trabajo de T. Beauchamp y de J. Childress⁸ fueron determinantes a la hora de establecer un marco de principios fundamentales. Desde entonces, desde 1979, éstos han sido el mejor criterio para evaluar la práctica clínica y la investigación biomédica, contribuyendo efectivamente a mediar, a «tender puentes». El respeto por las personas, la beneficencia –y la no maleficencia–, la justicia, han sido la base de acuerdos duraderos en Bioética. Debido también a que tales principios son coherentes con la cultura política y moral, vigente en Estados Unidos y en otros países occidentales. Liberalismo y pragmatismo.

(2) El *Informe Belmont* comenzaba afirmando que la investigación científica produce beneficios sociales, aunque también plantea importantes problemas morales⁹. El precedente de la experimentación realizada durante la segunda guerra y los juicios que tuvieron lugar en la posguerra demostraron la necesidad de contar con normas claras. Ahora bien, los códigos pueden resultar inadecuados en situaciones complejas –según el *Informe*–, de modo que el documento intentaba establecer los principios y sus aplicaciones para la investigación. Lo fundamental debe ser el respeto por las personas. Este principio implica el reconocimiento de la autonomía y, además, la protección de quienes carecen de ella¹⁰; a causa de alguna enfermedad, problemas mentales o por cualquier otra circunstancia que pueda impedir una acción libre, autónoma, consciente. El objetivo de lo segundo, la protección, es impedir daños o consecuencias que sean negativas para los individuos. La aplicación más importante de este principio era –y sigue siendo– el «consentimiento informado»¹¹, un requisito fundamental para cualquier investigación. Los sujetos tendrán la oportunidad de decidir su participación voluntaria en experimentos y en los tratamientos, sobre los que serán informados de manera suficiente. En cuanto al principio de justicia, su objetivo es la distribución equitativa que, aplicada a la investigación con seres humanos, significa el reparto igual de los inconvenientes

⁶ J. Fins, M. Bacchetta y F. Miller se han referido a la práctica clínica y a la metodología, pensada para llegar a soluciones razonables en los casos y en las situaciones particulares, «Clinical Pragmatism: A Method of Moral Problem Solving», en: McGEE, G., *Pragmatic Bioethics*, pp. 29-44.

⁷ The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, *The Belmont Report*, April 18, 1979.

⁸ BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J. H., «Morality and Ethical Theory», *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York, 1979, pp. 3-19.

⁹ «Ethical Principles y Guidelines for Research Involving Human Subjects», *The Belmont Report*.

¹⁰ *The Belmont Report*, Part B, 1.

¹¹ *The Belmont Report*, Part C, 1.

así como el de los beneficios resultantes de la experimentación. Un criterio que no fue tenido en cuenta en los estudios realizados con la población negra en Tuskegee, Estados Unidos¹². El respeto por el agente individual, sus capacidades y libertades¹³, ha sido y sigue siendo el núcleo del *modelo liberal*. En el *Informe*, el principio de beneficencia¹⁴ pretendía ir más allá del criterio de no causar daño –criterio liberal–, introduciendo una perspectiva más ambiciosa: el bienestar, maximización de los beneficios. Por tanto, los principios creaban tan solo –o nada menos– un marco para llegar a compromisos sobre la investigación científica. Sin embargo, los principios –aquellos principios– eran algo más que un tipo de justificación o un método para deliberar. Eran también la base de una cultura pública compartida. Liberal.

(3) El hecho del *pluralismo*¹⁵ constituía motivo suficiente como para que la voluntad de «tender puentes» se ocupara de lo fundamental: los principios, los procedimientos. Por esta razón, en Bioética el consenso básico se expresaba en términos «minimalistas», si así puede decirse. Las resonancias culturales, las preferencias e identidades particulares, «densas», debían quedar al margen del debate, en aras de un acuerdo razonable. Como todavía estaban recientes los enfrentamientos suscitados por la cuestión de la eutanasia, sobre todo tras el caso de K. Quinlan en Estados Unidos¹⁶, se imponía lo contrario, la voluntad de consenso. La reacción fue muy parecida en el debate sobre el aborto¹⁷, primero en Estados Unidos, luego en otros países. Aquella experiencia demostró que las sociedades secularizadas no están ya en situación de resolver sus divergencias mediante un único sistema de valores o a una autoridad moral, reconocida por todos. Pero todavía es posible «tender puentes», siempre y cuando los acuerdos sean limitados. «No densos»¹⁸. Según esto, los acuerdos exigen distancia con respecto a las tradiciones o a las creencias particulares, a favor de un «consenso dinámico»¹⁹. Esto es, algo más que un intercambio de puntos de vista: la responsabilidad compartida. Gracias a este enfoque constructivista, en Bioética cobraron valor los argumentos provisionales, plau-

¹² *The Belmont Report*, Part B, 3.

¹³ WALDRON, J., «Theoretical Foundations of Liberalism», *The Philosophical Quarterly*, 147, 1987, pp. 127-150.

¹⁴ *The Belmont Report*, Part B, 2.

¹⁵ El pluralismo razonable al cual se refería J. RAWLS, «Introduction», *Political Liberalism*, Columbia University Press, New York, 1993, pp. XIII-XXIV.

¹⁶ Para los argumentos a favor y en contra del tema, López de la Vieja, M.^a T., «Eutanasia y autonomía», en: *Principios morales y casos prácticos*, Tecnos, Madrid, 2000, pp. 51-99.

¹⁷ Un debate que llevó a una fuerte polarización política, según ha explicado L. Cahill, «The Status of the Embryo and Policy Discourse», *The Journal of Medicine and Philosophy*, 22, 1997, pp. 407-414.

¹⁸ Según la terminología empleada por M. Walzer para referirse a lo diferente y a lo general en el campo de la moralidad, «denso» (*thick*) «no denso» (*thin*), «Introduction», *Thick and Thin*, University of Notre Dame Press, Notre Dame, 1994, pp. IX-XI.

¹⁹ MORENO, J., «Consensus by Committee: Philosophical and Social Aspects of Ethics Committees», en: BAYERTZ, K., *The Concept of Moral Consensus*, Kluwer, Dordrecht, 1994, pp. 145-162.

sibles, revisable, ya que permitían una «reconstrucción cooperativa»²⁰ de los problemas. En suma, el consenso como *método* evitaba enojosas controversias de índole teórica e ideológica, que no parecen deseables en el ámbito clínico. En todos aquellos ámbitos en los que es preciso resolver situaciones difíciles en un tiempo limitado, al margen de la diversidad de creencias y de tradiciones, por valiosas que sean. En cierta forma, el método del caso²¹ fue una llamada de atención sobre el excesivo rigor en los procedimientos y en los principios. En fin, las «reglas aplicables en todo tiempo y lugar» –según la expresión de D. K. Clouser²²– tenían que ser reglas útiles.

(4) Debilitadas la autoridad moral y religiosa de tipo tradicional, los profesionales de la salud –también los comités de ética, los legisladores y los responsables de las políticas sanitarias– necesitaban contar con algún tipo de legitimidad moral. Con algún tipo de «permiso»²³ o autorización que respaldara su forma de actuar, las normas destinadas a regular una práctica o el tratamiento dado a una situación particular. Teniendo en cuenta que el ámbito de la salud está expuesto a muchas tensiones, era lógico que la cultura del consenso fuera bien aceptada desde el principio. Solo que, en aras de una *responsabilidad compartida*, los acuerdos no podían ser definitivos. Al contrario, habían de ser elaborados paso a paso, ajustándose a las circunstancias y a los casos particulares. Con sus limitaciones y con toda su provisionalidad, los acuerdos eran más necesarios, si cabe, en los grupos con responsabilidades o con influencia sobre las políticas públicas. Sin embargo, ¿cómo se podrían justificar las decisiones con una autoridad moral, cambiante o poco estable? ¿Cómo llegar a soluciones compartidas en una sociedad pluralista? La cuestión de la autoridad moral ha sido planteada a menudo, ya que el fuerte sesgo pragmático de la Bioética no tiene por qué llevar a posiciones escépticas o relativistas. El pluralismo no justifica la ausencia de criterios, aunque los hace más frágiles, más limitados. ¿Hará falta recuperar creencias firmes? ¿Tal vez una «antropología moral»²⁴. No parece necesario volver a planteamientos anteriores, ya que un modelo liberal, secular y pluralista, es compatible con la existencia de principios bien definidos. El *Informe Belmont* lo demostró. Ahora bien, la fuerza de los principios, su autoridad, sólo puede ser una autoridad racional²⁵. El problema era que

²⁰ De manera muy especial en el campo de la Medicina, como ha comentado J. MORENO, «Ethics by Committee: The Moral Authority of Consensus», *The Journal of Medicine and Philosophy*, 13, 1988, pp. 411-432.

²¹ S. Toulmin ha defendido que las reglas tengan un papel limitado y condicional, «The Tyranny of Principles», *Hastings Center Report*, 6, 1984, pp. 31-39.

²² CLOUSER, D. K., «Bioethics», REICH, W., *Encyclopedia of Bioethics*, pp. 115-125.

²³ Según lo ha explicado este mismo autor, J. MORENO, «Analyzing Consensus», *Deciding Together*, Oxford University Press, New York, 1995, pp. 39-54.

²⁴ COHEN, E., «Conservative Bioethics y Search for Wisdom», *Hastings Center Report*, 36, January-February, 2006, pp. 44-56.

²⁵ En opinión de T. Engelhardt, no puede haber vacío de autoridad, a pesar de que no existan ya ni una moralidad común ni una base religiosa. Por tanto, el consenso se fundará en argumentos racionales,

ésta ya no estaba representada por el filósofo, ni siquiera por el filósofo moral, por lo cual la necesidad de analizar los casos y de aplicar los principios dio lugar a un nuevo tipo de profesional: el «bioético». Éste tenía que estar familiarizado con las dos vertientes, técnica y normativa, valorativa, favoreciendo el encuentro entre puntos de vista y la colaboración entre especialistas con distinta formación e intereses.

Desde el comienzo, el bioético se asemejaba más al científico que al político²⁶. En cierto modo, respondía al interés de los movimientos reformistas de la época, empeñados en desacreditar la política ideológica²⁷ y las tendencias contraculturales de los años anteriores. Consciente o no de ello, el discurso bioético se apartó enseguida de ese tipo de discusiones, mas políticas que técnicas, adoptando el *modelo profesional*. En la práctica, esto significaba que el «experto ético»²⁸ podría tener la máxima cualificación, conocimientos adecuados, experiencia suficiente, incluso habilidad para intervenir en situaciones de conflicto. A pesar de todo, sus funciones se limitaban, han de estar limitadas, a la consulta y al asesoramiento. El especialista o experto²⁹ puede ofrecer respuestas relativamente independientes, neutrales, equidistantes tanto de los discursos más radicalizados como de los valores tradicionales. No debe reemplazar, sin embargo, a los agentes que toman las decisiones ni a quienes tienen la responsabilidad de legislar sobre una determinada práctica. La tarea del experto consiste en mediar, «tender puentes», creando espacios para el acuerdo.

2. PONER FRONTERAS

El consenso en Bioética estaba, por tanto, relacionado con varias circunstancias: una suerte de «velo de la ignorancia» en torno a las creencias y a las preferencias de los agentes, buena aceptación de la autonomía y de otros principios liberales, expansión del pluralismo en las formas de vida, el prestigio del saber especializado. La Bioética se ocupaba, a todo esto, de problemas sustantivos, como el comienzo y el final de la vida, el uso de las técnicas genéticas, la reproducción asistida, las nuevas fronteras terapéuticas, etc. Todo ello en un marco de respeto por las libertades individuales y por la autonomía. Por este motivo, existió una clara afinidad entre el «giro aplicado» de los setenta y el modelo liberal. Los logros prácticos

una de las promesas hechas por la cultura de la Ilustración; «Consensus Formation: The Creation of an Ideology», *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 11, 2002, pp. 7-16.

²⁶ Según la tipología de WEBER, M., «Wissenschaft als Beruf», *Gesamtausgabe*, Mohr, Tübingen, 1992, Bd. 17, pp. 71-111.

²⁷ En 1958, E. Shils ya había analizado la obsesión por la totalidad que formaba parte de la «política ideológica», alienante y destructora del sistema; «Ideology and Civility». On the Politics of the Intellectual», *The Sewange Review*, 66, 1958, pp. 450-480.

²⁸ El experto ético y las limitaciones de su papel han sido analizados por WILDES, K., «Healthy Skepticism: The Emperor Has Very Few Clothes», *The Journal of Medicine and Philosophy*, 22, 1997, pp. 365-371.

²⁹ LÓPEZ DE LA VIEJA, M.^a T., «Expertos en Bioética», 2003, *Isegoría*, 27, 2002, pp. 167-180.

de los «bioéticos» y su presencia institucional en los comités –también en los grupos de expertos que asesoraban a la administración en temas de Ética y de investigación científica– reforzaron la cohesión interna. A lo largo de más de dos décadas, el consenso fue el objetivo básico de quienes tuvieran responsabilidades en comités, hospitales, institutos de investigación. Sin embargo, el excesivo pragmatismo del giro aplicado –si así puede decirse– terminó por debilitar las bases de este modelo liberal y profesional. Los desacuerdos empezaron a ser visibles en los noventa, con los debates sobre las nuevas tecnologías genéticas. En especial, todo lo relacionado con la investigación que requiera el uso de células embrionarias ha sido motivo de preocupación y de profundos desacuerdos³⁰. Tras una etapa de crecimiento espectacular y de «tender puentes», la Bioética empezó entonces a «poner fronteras». Su pragmatismo la había privado también de buena parte de los recursos teóricos, filosóficos, que podrían haber despejado algunos malentendidos importantes. Como, por ejemplo, la confusión entre la imparcialidad liberal y la neutralidad en cuestiones prácticas. Los desacuerdos internos han terminado por minar la paz bioética, las críticas externas han puesto de manifiesto las fronteras del modelo liberal y pragmático.

– El *imperativo de lo práctico* ha jugado un doble papel en Bioética. Respondía al «giro aplicado», pero también formaba parte de una ideología difusa. Lo práctico, la utilidad, eran el núcleo de una cultura en la cual éxitos o fracasos eran valorados según criterios externos, como el interés público o los estándares sociales –problema señalado pronto por A. Gouldner³¹–, no según criterios técnicos. El prestigio de lo útil estaba relacionado con el sentido común o, más bien, con un «empirismo sin teoría» que hizo perder terreno al análisis filosófico, más abstracto. Tal vez porque en los medios profesionales existía la idea de que los filósofos –los filósofos profesionales– apenas se hacían eco de las necesidades de los agentes. En cambio, los médicos, algunos teólogos y los nuevos bioéticos intentaban relacionar de forma explícita lo teórico y lo práctico: la Ética tenía que ser aplicable, al menos, relevante. El método tenía que responder a este mismo objetivo, dar respuesta a los dilemas, surgidos en la práctica clínica y en la investigación científica. Sin embargo, la tendencia hacia la especialización fue reduciendo el debate interdisciplinar; por su parte, el desinterés por el análisis teórico o filosófico³² simplificó

³⁰ En 1999, J. CHILDRESS comentaba que esta investigación suscitaba ya entonces gran interés, por lo que prometía en Medicina y, a la vez, suscitaba preocupaciones éticas muy serias e incluso controversias en el caso de los embriones sobrantes de las técnicas de reproducción asistida, *Testimony Before the Subcommittee on Labor, Health and Human Services, and Education of the Committee on Appropriations*, United States Senate, November 4, 1999.

³¹ GOULDNER, A. W., «Utilitarian Culture and Sociology», *The Coming Crisis of Western Sociology*, Heinemann, London, 1972, pp. 61-87.

³² A pesar de que varios autores, como T. Beauchamp, han insistido en que el propósito de acortar las distancias entre las éticas aplicadas y la teoría ética no tenía por qué llevar a un cambio de

en exceso los conceptos y el lenguaje moral. La Bioética era una ética aplicada, pero un tipo de ética sin Filosofía moral, sin filósofos.

– El modelo profesional redujo el debate político, ideológico. Pero no carecía de ideología: estaba comprometido con el *Liberalismo*. Con sus principios básicos, la autonomía, la libertad individual. En su nombre, la Bioética asumió de forma implícita que hay que poner límites a las instituciones, para que el Estado no interfiera en las decisiones personales. Por esta misma razón, las instituciones no deben promover ni imponer una determinada idea de moralidad³³. La autonomía y la racionalidad están por encima de cualquier otro principio. Son, además, la base del consenso, ya que integran la cultura o «razón pública»³⁴, aceptable para todos, al margen de valores o creencias particulares. La Bioética combinó con éxito estos elementos, la ideología de lo práctico y del compromiso con las libertades, aplazando otros debates que pudieran minar el consenso. Un consenso a la americana, en el cual primaba la utilidad y la solución de problemas. Las orientaciones del Instituto Nacional de la Salud (NIH)³⁵ del año 2000 sobre la investigación con células troncales estaban dirigidas a la protección de los donantes y al control de la calidad de los procedimientos técnicos. Quedaba así pendiente otro tipo de debates, más generales, sobre las formas de entender el final de la vida, el control de la conciencia o la manipulación genética³⁶. Por un lado, el modelo liberal exigía respeto por los derechos individuales, manteniendo cierto grado de imparcialidad en el enfoque de los problemas que han sido valorados de formas opuestas. Por eso mismo debía «poner fronteras». Por otro lado, este modelo no era ni es neutral, puesto que mantiene compromisos y valores propios, gracias a los cuales ha podido abordar los aspectos morales y políticos de las cuestiones científicas y técnicas.

Desde hace algunos años, las preguntas no se refieren tan solo a lo útil, ni a los derechos negativos, sino a otros aspectos más generales, como ¿qué diferencia hay entre terapias y mejora de la especie?³⁷ ¿Dónde está la línea que divide las prácticas aceptables y aquellas que son dudosas o cuestionables? Esto es lo que sucede con la clonación terapéutica y la reproductiva, uno de los temas que más debates

método, cambios significativos sobre el punto de vista moral o sobre los principios. En su opinión, se trataba en realidad de que variasen los contenidos, acercando la Ética a las conductas, a los ámbitos profesionales, a las relaciones, etc. «On Eliminating the Distinction Between Applied Ethics and Ethical Theory», *The Monist*, 67, 1984, pp. 514-531.

³³ McCLOSKEY, H. J., «Liberalism», *Philosophy*, 49, 1974, pp. 13-32.

³⁴ B. W. BROWER analizaba el papel de las justificaciones públicas, la «razón pública», en el Liberalismo, «The Limits of Public Reason», *The Journal of Philosophy*, 1994, pp. 5-26.

³⁵ National Institutes of Health, *Guidelines for Research Using Human Pluripotent Stem Cells and Notification of Request for Emergency Clearance*, August 25, 2000.

³⁶ Señalados por G. MAILANDER en su intervención en el Consejo que asesora al Presidente estadounidense sobre temas de Bioética, *In Search of Wisdom: Bioethics and the Character of Human Life*, The President's Council on Bioethics, January 2002.

³⁷ Mejora de la salud, mejora de la especie, uso equitativo de las técnicas, formas de entender la vida humana, estos temas han sido comentados por SANDEL, M., *What's Wrong with Enhancement*, The President's Council on Bioethics, December 2002.

ideológicos está suscitando. «Poner fronteras» en lo teórico y en lo político no es en este caso la mejor estrategia en Bioética. La confusión entre «imparcialidad» y «neutralidad» muestra por qué las éticas aplicadas han de contar con recursos teóricos más elaborados y con una base normativa lo suficientemente definida. Incluso para poner límites, para determinar qué prácticas son correctas, legítimas, y cuáles no lo son, hace falta un marco normativo que sirva de referencia. Así sucede en la *Carta de los Derechos Fundamentales* de la Unión Europea: en nombre de la dignidad y de la integridad de los seres humanos, prohibía en el 2000 que el cuerpo y los tejidos humanos sean objeto de lucro (art. 3).

2.1. *La imparcialidad liberal*

En el año 2005, una Resolución del Parlamento Europeo rechazaba el comercio de óvulos. De esta forma pretendía asegurar la protección de las donantes, impidiendo prácticas clínicas rechazables, así como el comercio y la explotación de las donaciones. Un problema internacional, que ya había causado algunas dificultades en las clínicas europeas³⁸. Este ejemplo permite entender por qué no cabe la indiferencia de las instituciones ante cuestiones de salud, demostrando además que el enfoque liberal no carece de valores ni de compromisos. Sólo que hay, cuanto menos, dos formas de entender la imparcialidad: (a) La versión maximalista, si así se puede decir, restringe por completo la intervención de las instituciones, con la intención de proteger las decisiones personales y la esfera privada. Es más que imparcialidad, es *neutralidad* o indiferencia, una forma extrema de entender las restricciones liberales. Por eso ha sido objeto de numerosas críticas, ya que debilita la conexión entre el respeto por las libertades y la promoción de las libertades, gracias a las garantías y a los bienes públicos. También debilita la relación entre libertades individuales y justicia³⁹. En suma, la neutralidad significa algo más que «no intervención», ya que genera ausencia de compromiso, desinterés, indiferencia. (b) La *imparcialidad* liberal no tiene por qué implicar neutralidad, sin embargo. Significa respeto o equidistancia con respecto a los proyectos personales de vida, siendo también compatible con la promoción de la justicia. Una actitud imparcial, así entendida, no excluirá la intervención de las instituciones, ni el diseño de políticas públicas. Por lo tanto, el respeto por la autonomía individual no eliminará el compromiso ni la solidaridad con quienes estén en situación de desventaja. Desde esta perspectiva, ¿qué sentido tendrían las políticas «libres de valores»?⁴⁰. Por todas estas razones, conviene distinguir los niveles, separando las posiciones imparciales

³⁸ Parlamento Europeo, *Resolución sobre el comercio de óvulos humanos*, P6_TA-PROV (2005)0074.

³⁹ B. BARRY se refería a la neutralidad generada por la justicia, «The Idea of Neutrality», *Justice as Impartiality*, Clarendon Press, Oxford, 1995, pp. 139-159.

⁴⁰ B. A. ACKERMAN ha señalado que la «neutralidad» es un término bastante controvertido, «What Is Neutral about Neutrality?», *Ethics*, 93, 1983, pp. 372-390.

de las posiciones neutrales: la salud es uno de los ámbitos en los que mejor se aprecia la diferencia entre ambas versiones.

(a) En principio, son deseables la imparcialidad e incluso la neutralidad de lo público ante los proyectos personales, ante las múltiples formas de ver el mundo y ante las creencias. La *neutralidad* o posición equidistante favorece un trato igual para todos, así como el respeto a la pluralidad, la tolerancia hacia lo diferente, etc. La ausencia de vínculos o de compromisos particulares garantiza, al menos en teoría, que todos los ciudadanos tendrán oportunidades y derechos iguales. Que todas las formas de ver el mundo serán estimadas por igual, que todas las concepciones del bien serán toleradas en idéntica medida. Ahora bien, este tipo de equidistancia o neutralidad deja de ser una virtud⁴¹, revelando sus carencias cuando se entiende como desinterés o ausencia de compromiso. Esta versión fuerte significa entonces indiferencia, falta de responsabilidad, ausencia de valores. Una actitud neutral servirá para proteger a los ciudadanos de la excesiva presencia del Estado y de las instituciones en la vida privada. Solo que lo contrario, la no intervención, resultará de poca utilidad en el momento en que aparezcan los conflictos realmente importantes: el Estado⁴² no podrá quedar al margen, deberá regular los asuntos controvertidos, ejerciendo de árbitro, de garante de los derechos fundamentales. La «neutralidad»⁴³ conduce, entonces, a la no intervención, en nombre de la libertad individual. Pero las consecuencias podrían ser inaceptables para la mayoría de los ciudadanos.

(b) La *imparcialidad* es también una forma de responsabilidad ante las consecuencias. La diferencia con respecto a la neutralidad se nota mejor cuando están en juego la salud o la reproducción. Pues estas situaciones muestran de forma dramática la distancia entre una actitud equidistante y, por otro lado, una actitud indiferente ante los problemas. ¿Es posible ser realmente neutral ante los casos de eutanasia, de suicidio asistido? ¿A quién beneficia una actitud indiferente en los temas de salud sexual y reproductiva? En suma, la imparcialidad únicamente requiere que las decisiones respondan a una actitud reflexiva, justificada, de la cual se pueda dar razón, no requiere desinterés. En circunstancias de vulnerabilidad, de gran sufrimiento personal, ¿qué sentido tendría mantener una posición de neutralidad? El sufrimiento quizás no deje margen para respuestas generales⁴⁴, pero sí

⁴¹ A. Goodin y A. Reeve examinan ambas versiones, la neutralidad como virtud y, también, como debilidad del Liberalismo, «Liberalism and Neutrality», GOODIN, R. y REEVE, A., *Liberal Neutrality*, Routledge, London, 1989, pp. 1-8.

⁴² JONES, P., «The Ideal of the Neutral State», en: GOODIN, R. y REEVE, A., *Liberal Neutrality*, pp. 9-38.

⁴³ En el artículo citado, P. Jones se refería tanto a la versión «positiva» como a la versión «negativa» de la neutralidad liberal, «The Ideal of the Neutral State», en: GOODIN, R. y REEVE, A., *Liberal Neutrality*, pp. 9-38.

⁴⁴ H. ENGELHART comentaba la imposibilidad de llegar a respuestas generales sobre la «buena muerte», «Tractatus Artis Bene Moriendi Vivendique: Choosing Styles of Dying and Living», Abernethy, V.: *Frontiers in Medical Ethics*, Bollinger, Cambridge, pp. 9-26.

requiere de un compromiso claro por parte de las instituciones, al servicio de los ciudadanos y de sus necesidades.

En definitiva, algunas posiciones sobre temas de Bioética han llegado a ser irreconciliables⁴⁵, sin margen alguno para la neutralidad. En cambio, sí se puede pedir que los agentes implicados y las instituciones adopten criterios de imparcialidad, de acuerdo con un marco mínimo de principios y de procedimientos. El ejemplo mencionado poco antes, la Resolución del Parlamento Europeo⁴⁶ sobre donación de óvulos, indica que los compromisos y los acuerdos son posibles. Es más, el respeto por la autonomía y la libertad individual es perfectamente compatible con intervenciones desde la esfera pública, con objeto de evitar malas prácticas y abusos con los pacientes. El análisis teórico contribuye, en tales casos, a que los malentendidos y las críticas no interfieran en el consenso en torno a lo básico: respeto por la autonomía individual y por los derechos fundamentales.

2.2. *Las críticas*

El uso de las técnicas de reproducción asistida y la interrupción del embarazo son asuntos de índole privada, pero conciernen también a las instituciones y a quienes tienen la responsabilidad de legislar en esta materia. Por tanto, ninguna sociedad puede adoptar una actitud neutral, en sentido estricto. Es decir, una actitud de indiferencia o de falta de compromiso sobre estos temas. Entre otros motivos, porque la neutralidad –como indiferencia–, deja las cosas tal y como están; es decir, no reduce las desigualdades ni el control indirecto sobre las decisiones. Cuando el Estado y las instituciones son neutrales, indiferentes ante la distribución desigual de las cargas y de los beneficios, las desigualdades van en aumento, también en la vida privada. Este tipo de neutralidad beneficia a quienes ya están en posición de ventaja, influyendo sobre la calidad de la vida y sobre la salud. También sobre la salud reproductiva, que tanto influye en la existencia de las mujeres. ¿Se puede ignorar que los mecanismos de distribución y de control sirven también para controlar la salud y la reproducción? A la interrupción del embarazo y a la pornografía se ha referido precisamente C. Sunstein⁴⁷, con objeto de señalar las formas de explotación. Éstas no sólo desmienten la pretendida neutralidad sino que, además, muestran la estrecha relación existente entre la distribución social, política, y el ámbito de «lo natural».

⁴⁵ R. A. Strickland comentaba la situación en Estados Unidos durante las últimas décadas, con posiciones irreconciliables en torno a la interrupción voluntaria del embarazo, «Abortion: Prochoice versus Prolife», TATALOVICH, R. y DAYNES, B. W., *Moral Controversies in American Politics*, Sharpe, New York, 1998, pp. 3-36.

⁴⁶ Parlamento Europeo, *Resolución sobre el comercio de óvulos humanos*, P6_TA-PROV (2005)0074.

⁴⁷ SUNSTEIN, C., «Neutrality in Constitutional Law (with Special Reference to Pornography, Abortion, and Surrogacy)», *Columbia Law Review*, 92, 1992, pp. 1-52.

– Su objetivo era cuestionar la noción simple de *libertad de elección*⁴⁸. El argumento utilizado por este autor es que esta versión simple ha de ser contrastada con lo que sucede en la realidad. Con las prácticas reales, en el campo de la salud, del empleo, de la alimentación⁴⁹, allí donde las desigualdades motivan una diferente distribución de los recursos. Si a aquellas se suman los prejuicios, entonces la neutralidad no fomentará la libertad. Al contrario, este tipo de actitud distanciada termina generando el resultado opuesto, la máxima parcialidad en las instituciones. Por tanto, hay que admitir que la organización social y política configura las relaciones entre los agentes, incluso las relaciones en la esfera privada. No prestar la debida atención al trasfondo real ni a los sistemas de distribución ha sido uno de los errores en que han incurrido, por regla general, las teorías modernas. Críticas parecidas han sido hechas por las teorías feministas, con objeto de denunciar la ceguera de las instituciones ante las injusticias y ante las diferencias. Éstas afectan a la salud, en especial, a la salud reproductiva y, por tanto, a un aspecto importante en la vida de las mujeres. Sin embargo, las teorías liberales –sesgadas en temas de género, androcéntricas– insisten en el valor de la autonomía y de la imparcialidad, mientras la organización social y política sigue siendo desigual, parcial. La perspectiva de género evidencia así las limitaciones que tienen los principios liberales y la pretensión de neutralidad. ¿Es posible la imparcialidad cuando existen relaciones tan asimétricas entre mujeres y hombres? ¿Qué clase de neutralidad es aquella que ignora la discriminación? Las críticas del feminismo reiteran que aún hay una distancia considerable entre libertad e igualdad y las desigualdades reales.

– En el ámbito de la salud reproductiva, se acentúan las contradicciones. ¿Quién tiene autonomía plena para decidir sobre la reproducción? ¿Qué condiciones son necesarias para actuar con libertad? El modelo liberal no refleja ni responde a la experiencia de las mujeres, alejadas todavía de las promesas de la cultura moderna: libertad e igualdad. La Bioética liberal⁵⁰ ha mostrado escasa sensibilidad hacia estos desajustes sociales y políticos, menos aún hacia las *cuestiones de género*. Y eso que los temas relacionados con la reproducción han sido cruciales para el desarrollo de la disciplina, empezando por el caso Roe vs. Wade que reavivó el debate contemporáneo sobre el aborto. Lo mismo cabe decir del caso de K. Quinlan y del debate sobre la eutanasia, todavía pendiente en la mayoría de los países. Pese a ello, las diferencias que inciden en la salud reproductiva o las desventajas que padecen las mujeres no han sido relevantes para la Bioética más «profesional», más especializada. Es cierto que la necesidad de poner fronteras a los

⁴⁸ SUNSTEIN, C., «Introduction», *The Partial Constitution*, Harvard University Press, Cambridge, 1993, pp. 1-14.

⁴⁹ SUNSTEIN, C., «Gender, Caste, and Law», en: NUSSBAUM, M. y GLOVER, J., *Women, Culture, and Development*, Clarendon Press, Oxford, 1995, pp. 332-359.

⁵⁰ LÓPEZ DE LA VIEJA, M.^a T., «Bioética. Del cuidado al género», *Estudios multidisciplinares de género*, n.º 3, 2006, pp. 107-127.

debates ideológicos separó al discurso bioético de los movimientos sociales y de sus demandas. Sin embargo, en los años setenta ya eran conocidas las críticas del feminismo hacia el modelo dominante, liberal y patriarcal. La Ética del «cuidado» proponía una interpretación diferente sobre la moralidad y sobre las relaciones. En los ochenta, la Crítica feminista hablaba ya con voz propia sobre la situación de la mujer, así como sobre las responsabilidades de los individuos y de las instituciones. Con un enfoque diferente sobre la salud y la enfermedad, planteaba «otro» discurso bioético, más allá de la Ética del «cuidado». El pensamiento feminista ha llamado la atención sobre aspectos centrales, como son los derechos de los pacientes, la distribución de los recursos sanitarios, la organización jerárquica de los sistemas de salud, el reparto asimétrico de los cuidados, la relevancia de las identidades culturales⁵¹. En definitiva, ha insistido en el «valor de la libertad»⁵², esto es, en las desigualdades de poder, de autoridad, en el acceso a los bienes.

– La perspectiva de género intenta ampliar el punto de vista sobre la salud y la enfermedad, cambiando el modelo sobre el que se ha asentado la Bioética. *Lo personal es político*⁵³ ha sido uno de los lemas del feminismo contemporáneo, frente a la separación de esferas que han defendido la cultura moderna y el modelo liberal. Frente al modelo profesional más estricto, la Bioética feminista pretende integrar ámbitos y experiencias diferentes. Esto implica terminar, primero, con una etapa de silencio e invisibilidad que ha afectado a las mujeres, también a otros grupos marginados por su clase o por su etnia. Significa, además, que la Bioética ha de tener presente el entorno social y político, ya que las relaciones de poder influyen sobre la salud, la enfermedad, la calidad de vida, la reproducción. Esta nueva frontera de la Bioética, ha de estar más centrada en el cuidado de la salud que en la curación de enfermedades, en la distribución de la atención sanitaria y, en suma, en las necesidades de los agentes. De todos los agentes. Por tanto, ha de asumir una perspectiva internacional, global⁵⁴: un nuevo marco para las responsabilidades y, también, para los derechos. En consecuencia, las políticas sanitarias⁵⁵ tendrán que ajustarse a la diversidad de culturas, identidades y, a la vez, a los recursos disponibles en el planeta. Si éstos han de ser para todos, entonces la justicia tendrá que ser más que un principio formal⁵⁶: el marco de las relaciones internacionales.

⁵¹ SALLES, L. A., «Bioethics, Difference, and Rights», en: TONG, R. y DONCHIN, A., *Linking Visions*, Rowman y Littlefield, Lanham, 2004, pp. 57-72.

⁵² Como ya había comentado N. Daniels, a propósito de la teoría liberal de RAWLS, J., «Equal Liberty and Unequal Worth of Liberty», en: DANIELS, N., *Reading Rawls*, Blackwell, London, 1975, pp. 253-281.

⁵³ MANSBRIDGE, J. y MOLLER OKIN, S., «Feminism», en: GOODIN, R. y PETTIT, Ph., *A Companion to Contemporary Political Philosophy*, Blackwell, Cambridge, 1993, pp. 269-290

⁵⁴ TONG, R., «Feminist Perspectives, Global Bioethics, and the Need for Moral Language Translation Skills», en: TONG, R. y DONCHIN, A., *Linking Visions*, pp. 89-102.

⁵⁵ TONG, R., «Is a Global Bioethics Possible as Well As Desirable?», en: TONG, R., *Globalizing Feminist Bioethics*, Westview, Boulder, 2000, pp. 27-36.

⁵⁶ GLOVER, J., «The Research Programme Development Ethics», en: NUSSBAUM, M. y GLOVER, J., *Women, Culture, and Development*, Clarendon Press, Oxford, 1995, pp. 116-139.

La noción de «justicia global»⁵⁷ aporta, en efecto, una perspectiva distinta a la Bioética actual. La autonomía sigue siendo básica, pero ha de ser completada con otros principios, como la justicia, la solidaridad, la tolerancia. En un contexto cada vez más plural y global, se impone un cambio de perspectiva que recupere el trasfondo político de las cuestiones morales y el compromiso –y no la «neutralidad»⁵⁸– con las necesidades de los agentes. Con ello también se reducen las oportunidades para el consenso en las sociedades plurales, sometidas a los procesos de globalización. Sigue siendo un procedimiento y un objetivo deseable, pero el consenso es limitado, provisional. La existencia de instituciones democráticas⁵⁹ garantiza, en todo caso, que los desacuerdos morales no impidan que se regulen las prácticas que resultan más controvertidas. Valga como ejemplo de esto el *Informe*⁶⁰ de 2003, con la posición del Consejo de Europa sobre el uso de embriones, procedentes de las técnicas de reproducción asistida: reconocía la existencia de dos versiones opuestas sobre el estatuto que tienen y la protección que merecen los embriones, recomendando que se permita la investigación; con fines terapéuticos, siempre bajo control y con determinadas condiciones, para garantizar el consentimiento de los donantes y la protección de los embriones.

4. CRISIS DE UN MODELO

Quando la experimentación con embriones *in vitro* esté admitida por la ley, ésta deberá garantizar una protección adecuada del embrión (*Convenio relativo de los Derechos Humanos y la Biomedicina*, Oviedo, 1997, art. 18, 1).

El *Convenio* de Oviedo adoptaba un enfoque pluralista sobre la regulación del uso de embriones procedentes de técnicas de reproducción, para investigar con fines terapéuticos. Venía a demostrar que el principio de protección de la vida humana es compatible con las legislaciones nacionales que permiten este tipo de investigación, siempre bajo determinadas condiciones y con finalidad terapéutica. El *Convenio* expresaba también un claro rechazo hacia la creación de embriones con fines de experimentación (art. 18, 2), llegando así a cierto equilibrio entre los desacuerdos en materia de protección de la vida humana en sus primeras fases y,

⁵⁷ MACKLIN, R., «The New Conservatives in Bioethics: Who They Are and What Do They Seek?», *Hastings Center Report*, 36, January-February, 2006, pp. 34-43.

⁵⁸ SHERWIN, S. y BAYLIS, F., «The Feminist Health Care Ethics Consultant As Architect and Advocate», *Public Affairs Quarterly*, 17, 2003, pp. 141-158.

⁵⁹ Es la tesis defendida por WIESING, U., «Was tun, wenn man sich nicht einigen kann?», *Deutsches Ärzteblatt*, 14, 2001, pp. 75-77.

⁶⁰ Steering Committee on Bioethics, Report *The Protection of Human Embryo in vitro* (CDBI-CO-GT3), 2003.

por otro lado, el consenso sobre los límites que ha de tener la experimentación científica. La *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*, de la UNESCO, ejemplifica también la voluntad de apoyar un marco universal de principios y de procedimientos, válidos para todos (art. 2) y, al mismo tiempo, el reconocimiento de la diversidad cultural y el pluralismo (art. 12).

Ambos documentos indican que la diversidad en lo moral y en lo cultural no es realmente un impedimento para llegar a acuerdos sobre buenas prácticas clínicas y buenas prácticas en la investigación. La investigación con células troncales y la clonación generan tensiones, que no sólo se deben a la existencia de valores morales opuestos sino, ante todo, a los elementos ideológicos y emocionales⁶¹ que están tan presentes en el debate. El modelo profesional intentó eliminar estos factores, asociando a la Bioética con lo nuevo, la técnica, el prestigio de la Medicina, el respeto por las libertades. Tampoco asumió la fuerte carga ideológica que tenían el liberalismo y el pragmatismo, en aras del consenso entre expertos. La Bioética ha asumido antes, y tal vez mejor que otras éticas especiales, los desafíos de la nueva frontera científica y el giro aplicado. Pero ha dejado en un segundo plano la frontera de los derechos sociales y políticos. El silencio ideológico marcó la dirección a seguir por los expertos –los nuevos bioéticos–, para bien y para mal. Por eso mismo la disciplina se ha centrado en el respeto por la autonomía, ocupándose en menor medida del principio de justicia. Las críticas han llegado luego desde varios ángulos, el republicanismo, el comunitarismo⁶², la crítica feminista. La transformación política de la Bioética⁶³ también ha suscitado reservas. ¿Se puede afirmar, entonces, que ha sido incompleto el giro de la disciplina hacia lo práctico?

1. Gracias a la voluntad de «tender puentes», la Bioética es hoy una disciplina con fuerte presencia académica e institucional. Pero la *ideología del consenso* no la ha hecho inmune a otros debates ideológicos, al contrario. Las tensiones entre cultura liberal y contracultura han permanecido latentes durante un tiempo, en aras del consenso «americano»⁶⁴ –una expresión que ya había usado el presidente J. Kennedy–; pero las diferencias han aflorado en los últimos años, a raíz de los debates sobre las técnicas biomédicas. Las condiciones que permiten «jugar a ser Dios»

⁶¹ H. Schott llamaba la atención sobre los elementos emocionales que forman parte de las controversias sobre la investigación con embriones, «Ethik des Heilens: versus ‚Ethik der Menschenwürde‘», *Deutsches Ärzteblatt*, 25, 2002, pp. 122-125.

⁶² T. KOCH se ha ocupado de algunas de las contracciones alternativas de la Bioética, desde el Comunitarismo, el Pragmatismo, la casuística, «Bioethics as Ideology: Conditional and Unconditional Values», *Journal of Medicine and Philosophy*, 31, 2006, pp. 251-267.

⁶³ BISHOP, J. y JOTTERAND, F., «Bioethics as Biopolitics», *Journal of Medicine and Philosophy*, 31, 2006, pp. 205-212.

⁶⁴ «But in time the basic good sense and stability of the great American consensus has always prevailed», KENNEDY, J. F., discurso en Los Ángeles, 18 noviembre, 1961.

e incluso vislumbrar un futuro «posthumano»⁶⁵ crean incertidumbre en la opinión pública. Por eso están también en el punto de mira del debate político. Sin olvidar, además, que los dilemas morales presentan ahora múltiples variables, a considerar desde una perspectiva holista⁶⁶. Por último, las discrepancias en lo moral, en lo jurídico, en lo político, han terminado afectando al modelo profesional, a la *pax bioética*. Las técnicas de reproducción asistida, los tests genéticos, los límites para la investigación con embriones, son un motivo de fuertes enfrentamientos entre conservadores⁶⁷ y liberales.

2. La Bioética ha tenido y tiene ideología⁶⁸, aunque no siempre sea explícita. Su enfoque liberal y pragmático está siendo ahora cuestionado, ante la presión de los procesos globales que son, al mismo tiempo, procesos locales. El *modelo profesional* integra con dificultad las demandas que llegan desde contextos y con lenguajes tan diferentes. La figura del experto o «bioético» ha estado asociada a trabajo sistemático, procedimientos apropiados, independencia, imparcialidad. A un modelo «científico», no político. Sin embargo, los cambios externos y la dimensión internacional que ha cobrado la Bioética, hacen pensar que se impondrá la tendencia opuesta. El modelo de expertos tendrá que dejar paso a otro enfoque más participativo, más «republicano»; esto es, más abierto a la deliberación, sensible también a las tensiones que afectan a la esfera pública. Estará más próximo a la perspectiva de los agentes⁶⁹, menos centrado en las cuestiones técnicas y, por lo tanto, dependerá más de la participación de los afectados. Todos los afectados, los profesionales de la salud, los responsables de las políticas públicas, los pacientes, los ciudadanos en general. En un modelo de estas características –republicano⁷⁰, cívico⁷¹– las funciones a desempeñar por el experto o el bioético se parecerán más

⁶⁵ La ansiedad y el temor público hacia la perspectiva de deshumanización o, aún peor, de «superhumanización», han sido reconocidos por KASS, L., *Beyond Therapy: Biotechnology and the Pursuit of Human Improvement*, The President's Council on Bioethics, January 2003.

⁶⁶ Para la perspectiva holista de la consulta ética, SHIYVE, P.; EMANUEL, L.; WINDSLADE, W. y YOUNGNER, S., «Organizational Ethics», AULISIO, M. Arnold y YOUNGNER, S., *Ethics Consultation: From Theory to Practice*, J. Hopkins University Press, Baltimore, 2003, pp. 143-146.

⁶⁷ R. MACKLIN criticaba el movimiento conservador y su discurso sobre una nueva sabiduría en Bioética, «The New Conservatives in Bioethics: Who They Are and What Do They Seek?», *Hastings Center Report*, 36, January-February, 2006, pp. 34-43.

⁶⁸ CALLAHAN, D., «Bioethics and Ideology», *Hastings Center Report*, 36, January-February, 2006, p. 3.

⁶⁹ E. Beck-Gernstein ha analizado la relación entre dos perspectivas sobre los avances en el campo de la salud: el determinismo técnico, la perspectiva de los agentes. Influida esta última por lo cultural, por las normas y por los intereses, «Gesundheit und Verantwortung im Zeitalter des Gentechnologie», BECK-GERNSTEIN, E., *Riskante Freiheiten*, Suhrkamp, Fráncfurt, 1994, pp. 316-335.

⁷⁰ Sobre la valoración que hace el Republicanismo de la participación y los procesos de deliberación, SUNSTEIN, C., «Preferences and Politics», *Philosophy and Public Affairs*, 20, 1991, pp. 3-34.

⁷¹ LÓPEZ DE LA VIEJA, M.^a T., «La Bioética y los ciudadanos», en: LÓPEZ DE LA VIEJA, M.^a T. (ed.), *Bioética. Entre la Medicina y la Ética*, Ediciones Universidad de Salamanca, Salamanca, 2005, pp. 41-60.

a la actividad de mediar y de formar opinión –una actividad pedagógica⁷²– que a la de toma de decisiones. La actividad de los comités de ética adquirirá mayor diversidad, adoptando un modelo mixto⁷³ en su estructura y composición.

3. La cultura liberal, pragmática –y secular– favoreció el pluralismo en Bioética. El consenso no estaba al margen de las tradiciones, creencias e identidades, pero sí aspiraba a la imparcialidad. Era un *consenso minimalista*, no denso. En la actualidad, los análisis de la Bioética resultan cada vez más comprometidos, no sólo por la complejidad que han adquirido los temas referentes a la salud o al uso de las biotecnologías sino, ante todo, por el peso que han cobrado las diferencias en lo cultural y en las creencias. Es posible que haya que pensar en formas de acuerdo, más densas y menos duraderas, que no pongan entre paréntesis las experiencias y a las necesidades de los ciudadanos. De hecho, el movimiento conservador⁷⁴ intenta hablar con una voz propia, articulando un discurso fuerte sobre las cuestiones relativas a Medicina, a la Biología, a la ciencia, siendo ahora más beligerante sobre los temas de Bioética. En estas condiciones, cabe esperar acuerdos no lineales, provisionales. Resultado de procesos de deliberación sobre aquellos aspectos que han ido confluyendo en el debate bioético: el aspecto moral, científico, jurídico, social y político.

Por todas estas razones, es probable que en lo sucesivo los acuerdos sean contruidos en la esfera pública –más políticos⁷⁵ que científicos–, y no sólo en el ámbito profesional. Esta tendencia ha permitido que algunos países establezcan normas⁷⁶ sobre temas muy controvertidos. Así ha ocurrido en España, con la *Ley 14/2006*⁷⁷, que regula las técnicas de reproducción asistida y el uso de embriones in *vitro*, para la investigación con fines terapéuticos. La normativa sobre el uso de embriones sobrantes de las técnicas de reproducción sigue los criterios fijados en años precedentes por el Consejo Europeo y por otras instituciones supranacionales, señalando las condiciones y las formas de control que este tipo de investigación requiere. «Tender puentes», «poner fronteras», ambas estrategias parecen necesarias en esta nueva situación, para que la legislación y, de manera general, la

⁷² El cambio de funciones, de la normativa a la pedagógica, ha sido defendido por V. SHARPE y E. PELLEGRINO, «Medical Ethics in the Courtroom: A Reappraisal», *The Journal of Medicine and Philosophy*, 22, 1997, pp. 373-379.

⁷³ Sobre el modelo mixto de consulta ética, RUSHTON, C.; YOUNGNER, S. y SKEEL, J., «Models for Ethics Consultation. Individual, Team, or Committee?», en: AULISIO, M., ARNOLD, R. y YOUNGNER, S., *Ethics Consultation: From Theory to Practice*, pp. 88-95.

⁷⁴ COHEN, E., «Conservative Bioethics y Search for Wisdom», *Hastings Center Report*, 36, January-February, 2006, pp. 44-56.

⁷⁵ En el sentido de estar limitado a los debates en la esfera pública, «construido», según la terminología usada por RAWLS, J. «Introduction», *Political Liberalism*, p. XVII.

⁷⁶ KING, P., «Embryo Research: The Challenge for Public Policy», *The Journal of Medicine and Philosophy*, 22, 1997, pp. 441-455.

⁷⁷ LEY 14/ 2006 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida.

Bioética responda en forma adecuada a las demandas de los ciudadanos. Ciudadanos que pertenecen a sociedades cada vez más plurales, más segmentadas.

BIBLIOGRAFÍA

- ABERNETHY, V., *Frontiers in Medical Ethics*, Bollinger, Cambridge, 1980.
- ACKERMAN, B., «What Is Neutral about Neutrality?», *Ethics*, 93, 1983, pp. 372-390.
- BARRY, B., *Justice as Impartiality*, Clarendon Press, Oxford, 1995.
- BAYERTZ, K., *The Concept of Moral Consensus*, Kluwer, Dordrecht, 1994.
- BEAUCHAMP, T. y CHILDRESS, J. H., «Morality and Ethical Theory», *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York, 1979.
- BEAUCHAMP, T., «On Eliminating the Distinction between Applied Ethics and Ethical Theory», *The Monist*, 67, 1984, pp. 514-531.
- BECK-GERNSTEIN, E., *Riskante Freiheiten*, Suhrkamp, Frankfurt, 1994.
- BISHOP, J. y JOTTERAND, F., «Bioethics as Biopolitics», *Journal of Medicine and Philosophy*, 31, 2006, pp. 205-212.
- BROWER, B. W., «The Limits of Public Reason», *The Journal of Philosophy*, 1994, pp. 5-26.
- CAHILL, L., «The Status of the Embryo and Policy Discourse», *The Journal of Medicine and Philosophy*, 22, 1997, pp. 407-414.
- CALLAHAN, D., «Why America Accepted Bioethics», *Hastings Center Report*, 23, 1993, pp. 1-2.
- «Bioethics and Ideology», *Hastings Center Report*, 36, January-February, 2006, p. 3.
- CARSE, A., «Impartial Principle and Moral Context: Securing a Place for the Particular in Ethical Theory», *Journal of Medicine and Philosophy*, 23, 1998, pp. 153-169.
- CLOUSER, D. K., «Bioethics», en: REICH, W., *Encyclopedia of Bioethics*, The Free Press, London, 1978, pp. 115-125.
- COHEN, E., «Conservative Bioethics y Search for Wisdom», *Hastings Center Report*, 36, January-February, 2006, pp. 44-56.
- CHILDRESS, J., *Testimony before the Subcommittee on Labor, Health and Human Services, and Education*, United States Senate, 1999.
- DANIELS, N., *Reading Rawls*, Blackwell, London, 1975.
- DAVIS, N. A., «The Abortion Debate: The Search for Common Ground. Part I», *Ethics*, 103, 1993, pp. 516-539.
- ENGELHART, H., «Tractatus Artis Bene Moriendi Vivendique: Choosing Styles of Dying and Living», Abernethy; V., *Frontiers in Medical Ethics*, pp. 9-26.
- ENGELHARDT, T., «Consensus Formation: The Creation of an Ideology», *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 11, 2002, pp. 7-16.
- FINS, J., BACCHETTA, M. y MILLER, F., «Clinical Pragmatism: A Method of Moral Problem Solving», en: MCGEE, G., *Pragmatic Bioethics*, MIT, Cambridge, 2003, pp. 29-44.
- GLOVER, J., «The Research Programme Development Ethics», en: NUSSBAUM, M. y GLOVER, J., *Women, Culture, and Development*, Clarendon, Oxford, 1995, pp. 116-139.
- GOODIN, R. y REEVE, A., *Liberal Neutrality*, Routledge, London, 1989.
- GOULDNER, A. W., «Utilitarian Culture and Sociology», *The Coming Crisis of Western Sociology*, Heinemann, London, 1972, pp. 61-87.
- JONES, P., «The Ideal of the Neutral State», en: GOODIN, R. y REEVE, A., *Liberal Neutrality*, Routledge, London, 1989, pp. 9-38.

- KASS, L., *Beyond Therapy: Biotechnology and the Pursuit of Human Improvement*, The President's Council on Bioethics, January 2003.
- KING, P., «Embryo Research: The Challenge for Public Policy», *The Journal of Medicine and Philosophy*, 22, 1997, pp. 441-455.
- KOCH, T., «Bioethics as Ideology: Conditional and Unconditional Values», *Journal of Medicine and Philosophy*, 31, 2006, pp. 251-267.
- LÓPEZ DE LA VIEJA, M.^a T., *Principios morales y casos prácticos*, Tecnos, Madrid, 2000.
- «Expertos en Bioética», 2003, *Isegoria*, 27, 2002, pp. 167-180.
- (ed.), *Bioética. Entre la Medicina y la Ética*, Ediciones Universidad de Salamanca, Salamanca, 2005.
- «Bioética. Del cuidado al género», *Estudios multidisciplinares de género*, n.º 3, 2006, 107-127.
- MACKLIN, R., «The New Conservatives in Bioethics: Who They Are and What Do They Seek?», *Hastings Center Report*, 36, January-February, 2006, pp. 34-43.
- MAILANDER, G., *In Search of Wisdom: Bioethics and the Character of Human Life*, The President's Council on Bioethics, January 2002.
- MANSBRIDGE, J. y MOLLER OKIN, S., «Feminism», en: GOODIN, R., PETTIT, PH., *A Companion to Contemporary Political Philosophy*, Blackwell, Cambridge, 1993, pp. 269-290.
- McCLOSKEY, H. J., «Liberalism», *Philosophy*, 49, 1974, pp. 13-32.
- McGEE, G., *Pragmatic Bioethics*, MIT, Cambridge, 2003.
- MORENO, J., «Ethics by Committee: The Moral Authority of Consensus», *The Journal of Medicine and Philosophy*, 13, 1988, pp. 411-432.
- «Consensus by Committee: Philosophical and Social Aspects of Ethics Committees», en: Bayertz, K., *The Concept of Moral Consensus*, Kluwer, Dordrecht, 1994, pp. 145-162.
- *Deciding Together*, Oxford University Press, New York, 1995.
- «Bioethics Is a Naturalism», en: McGEE, G., *Pragmatic Bioethics*, MIT, Cambridge, 2003, pp. 3-16.
- «The End of the Great Bioethics Compromise», *Hastings Center Report*, 35, January-February 2005, pp. 14-15.
- NUSSBAUM, M. y GLOVER, J., *Women, Culture, and Development*, Clarendon Press, Oxford, 1995.
- POTTER, VAN RENSSLAER, *Bioethics. Bridge to Future*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1971.
- «Bioethics, the Science of Survival», *Perspectives in Biology and Medicine*, 1970, pp. 127-153.
- RAWLS, J., *Political Liberalism*, Columbia University Press, New York, 1993.
- RUSHTON, C., YOUNGNER, S., SKEEL, J., «Models for Ethics Consultation. Individual, Team, or Committee?», AULISIO, M., ARNOLD, R. y YOUNGNER, S., *Ethics Consultation: From Theory to Practice*, J. Hopkins University Press, Baltimore, 2003, pp. 88-95.
- SALLES, L. A. «Bioethics, Difference, and Rights», TONG, R., DONCHIN, A., *Linking Visions*, Rowman y Littlefield, Lanham, 2004, pp. 57-72.
- SANDEL, M., *What's Wrong with Enhancement*, The President's Council on Bioethics, December 2002.
- SHARPE, V., PELLEGRINO, E., «Medical Ethics in the Courtroom: A Reappraisal», *The Journal of Medicine and Philosophy*, 22, 1997, pp. 373-379.
- SHERWIN, S., BAYLIS, F., «The Feminist Health Care Ethics Consultant As Architect and Advocate», *Public Affairs Quarterly*, 17, 2003, pp. 141-158.
- SHILS, E., «Ideology and Civility». On the Politics of the Intellectual», *The Sewange Review*, 66, 1958, pp. 450-480.

- SHIYVE, P.; EMANUEL, L.; WINDSLADE, W. y YOUNGNER, S., «Organizational Ethics», en: AULISIO, M., ARNOLD y YOUNGNER, S., *Ethics Consultation: From Theory to Practice*, J. Hopkins University Press, Baltimore, 2003, pp. 143-146.
- SCHOTT, H., «Ethik des Heilenes versus Ethik der Menschenwürde», *Deutsches Ärzteblatt*, 25, 2002, pp. 122-125.
- STRICKLAND, R. A., «Abortion: Prochoice versus Prolife», en: TATALOVICH, R. y DAYNES, B. W., *Moral Controversies in American Politics*, Sharpe, New York, 1998, pp. 3-36.
- SUNSTEIN, C., «Preferences and Politics», *Philosophy y Public Affairs*, 20, 1991, pp. 3-34.
- «Neutrality in Constitutional Law (with Special Reference to Pornography, Abortion, and Surrogacy)», *Columbia Law Review*, 92, 1992, pp. 1-52.
- *The Partial Constitution*, Harvard University Press, Cambridge, 1993.
- «Gender, Caste, and Law», en: NUSSBAUM, M. y GLOVER, J., *Women, Culture, and Development*, Clarendon, Oxford, 1995, pp. 332-359.
- TATALOVICH, R. y DAYNES, B. W., *Moral Controversies in American Politics*, Sharpe, New York, 1998.
- TONG, R., *Feminist Approach to Bioethics*, Westview, Boulder, 1997.
- «Is a Global Bioethics Possible as Well As Desirable?», en: TONG, R., *Globalizing Feminist Bioethics*, Westview, Boulder, 2000, pp. 27-36.
- «Feminist Perspectives, Global Bioethics, and the Need for Moral Language Translation Skills», en: TONG, R. y DONCHIN, A., *Linking Visions*, Rowman y Littlefield, Lanham, 2004, pp. 89-102.
- TONG, R. y DONCHIN, A., *Linking Visions*, Rowman y Littlefield, Lanham, 2004.
- TOULMIN, S., «The Tyranny of Principles», *Hastings Center Report*, 6, 1984, pp. 31-39.
- WALDRON, J., «Theoretical Foundations of Liberalism», *The Philosophical Quarterly*, 147, 1987, pp. 127-150.
- WALZER, M., *Thick and Thin*, University of Notre Dame Press, Notre Dame, 1994.
- WEBER, M., «Wissenschaft als Beruf», *Gesamtausgabe*, Mohr, Tübingen, 1992, Bd. 17.
- WIESING, U., «Was tun, wenn man sich nicht einigen kann?», *Deutsches Ärzteblatt*, 14, 2001, pp. 75-77.
- WILDES, K., «Healthy Skepticism: The Emperor Has Very Few Clothes», *The Journal of Medicine and Philosophy*, 22, 1997, pp. 365-371.
- EUROPEAN COUNCIL, Steering Committee on Bioethics, *The Protection of Human Embryo in vitro*, (CDBI-CO-GT3), 2003.
- LEY 14/ 2006 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida.
- NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, *The Belmont Report*, 1979.
- NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, *Guidelines for Research Using Human Pluripotent Stem Cells and Notification of Request for Emergency Clearance*, 2000.
- PARLAMENTO EUROPEO, *Resolución sobre el comercio de óvulos humanos*, P6_TA-PROV (2005)0074.
- UNESCO, *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*, 2005.