

**Dora Porto, Bruno Schlemper Jr., Gerson Zafalon Martins,
Thiago Cunha e Fernando Hellmann**
Organizadores

BIOÉTICA

saúde, pesquisa, educação

Volume 2



**Conselho Federal de Medicina
Sociedade Brasileira de Bioética**

Bioética: saúde, pesquisa, educação

Brasília
2014

Bioética: saúde, pesquisa, educação
Conselho Federal de Medicina, Sociedade Brasileira de Bioética

Conselho Federal de Medicina - CFM

SGAS 915 - Lote 72
CEP 70390-150 – Brasília/DF – Brasil
Fone: 55 61 3445 5900
Fax: 55 61 3346 0231
<http://portal.cfm.org.br/>

Sociedade Brasileira de Bioética - SBB

SRTVN – Quadra 702 – Lote P – Ed. Rádio Center – Sala 1.014
CEP 70719-900 – Brasília/DF – Brasil
Fone/Fax: 55 61 39648464
<http://www.sbbioetica.org.br/>

Organizadores

Dora Porto, Bruno Schlemper Jr., Gerson Zafalon Martins, Thiago Cunha, Fernando Hellmann

Copidesque

Simônides Bacelar, Dora Porto, Thiago Cunha, Napoleão Marcos de Aquino

Revisão

Napoleão Marcos de Aquino, Tradutorium – Centro de traduções e intérpretes

Supervisão editorial

Paulo Henrique de Sousa e Dora Porto

Projeto gráfico, capa e diagramação

Portal Print Gráfica e Editora Ltda-ME/Leandro Rangel

Ilustração de capa

Attitude Promo Marketing e Eventos

Tiragem

3.000 exemplares - Vol. 2

Catálogo na fonte: Eliane Maria de Medeiros e Silva – CRB 1ª Região/1678

Bioética: saúde, pesquisa, educação / Organizadores: Dora Porto, Bruno Schlemper Jr., Gerson Zafalon Martins, Thiago Cunha, Fernando Hellmann. - Brasília: CFM/SBB; 2014.

2 v. ; 13,5x20,5cm.

ISBN 978-85-87077-37-0 (v.1) – ISBN 978-85-87077-38-7 (v.2)

1. Bioética–Saúde. 2. Bioética–Pesquisa. 3. Bioética–Educação. I. Porto, Dora, org. II. Schlemper, Bruno Jr., org. III. Martins, Gerson Zafalon, org. IV. Cunha, Thiago, org. V. Hellmann, Fernando, org.

CDD 174.9574

Agradecimentos

Agradecemos o apoio incondicional do Conselho Federal de Medicina (gestão 2009-2014) à difusão da bioética brasileira manifestado, especialmente, no incentivo à *Revista Bioética* e aos eventos da Sociedade Brasileira de Bioética.

Agradecemos, também, ao professor Simônides Bacelar, que mais uma vez colaborou de maneira generosa com o processo de edição deste livro.

SUMÁRIO – Volume 2

Parte 3 – Pesquisa

El ocaso del placebo	39
-----------------------------------	----

Miguel Kottow

Double standards in multinational research	59
---	----

Ruth Macklin

A proposal for an E³LS – ethical, environmental, economic, and social – approach to the regulation of nanomedicine	77
--	----

Johane Patenaude, Georges-A Legault

Las técnicas de reproducción asistida: aspectos bioéticos	101
--	-----

José Carlos Abellán Salort

Ética entre desejáveis e indesejáveis do admirável mundo novo e do fenomenal mundo selvagem	123
--	-----

Livia Maria Armentano Koenigstein Zago

Parte 4 – Educação

Bioética, biopolítica e a sociedade contemporânea	143
--	-----

Maria do Céu Patrão Neves

A relação entre ética e política na hipermodernidade: uma transição paradigmática no campo dos valores?	169
--	-----

Fermin Roland Schramm

Biopolítica y gestión de los cuerpos	189
---	-----

María Cristina Solange Donda

Educação, complexidade e ética da diversidade	203
--	-----

Maria da Conceição de Almeida

La deliberación como método de la bioética	223
---	-----

Diego Gracia

Ethical deliberation for bioethics: capacitating ethical reasoning in the classroom	261
--	-----

Georges-Auguste Legault

Movements and movies in bioethics: The use of theatre and cinema in teaching bioethics	281
<i>Jan Helge Solbakk</i>	
The future of bioethics education	307
<i>Henk ten Have</i>	
Neuroética. ¿es posible fundamentar una ética universal sobre bases cerebrales?	323
<i>Adela Cortina</i>	
Resumos, autores e organizadores	339

Apresentação

É com satisfação que em nome do Conselho Federal de Medicina apresentamos *Bioética: saúde, pesquisa e educação*, obra em dois volumes, produzida a partir de conferências proferidas no X Congresso Brasileiro de Bioética, realizado em setembro de 2013 na bela cidade de Florianópolis. Trazendo 27 das 29 conferências do evento, a publicação resgata, o conteúdo discutido no congresso e o tom conferido ao tratamento das temáticas pelos diferentes interlocutores.

Cabe salientar, porém, que não é a primeira vez que o CFM colabora com a divulgação dos trabalhos apresentados em congressos de bioética. Foi isso o que ocorreu também em 2012, quando em comemoração ao vigésimo aniversário da *Revista Bioética* foi lançado livro que reunia grande parte dos trabalhos do IX Congresso Brasileiro de Bioética, realizado em Brasília no ano anterior.

O apoio do CFM à bioética brasileira não se manifesta apenas em publicações como esta ou no auxílio aos eventos da Sociedade Brasileira de Bioética, como os congressos bienais e os encontros luso-brasileiros, que também ocorrem a cada dois anos, intercalados com os primeiros. O CFM é também responsável pela publicação da *Revista Bioética*, periódico científico quadrimestral, que em 2013 passou a ser indexado na SciELO, além de atuar como editor de diversos livros de bioética, cuja autoria reporta a destacados estudiosos desse campo em todo o país. É importante lembrar que temáticas bioéticas vêm fazendo parte da pauta da *Medicina CFM – Revista de humanidades médicas*, publicação de atualização, também quadrimestral, lançada em 2013 pelo Conselho.

Apesar desse estímulo à reflexão bioética, do incentivo ao reconhecimento do campo da bioética e do impulso à produção acadêmica queremos destacar que o indiscutível compromisso

do Conselho Federal de Medicina com a bioética transparece de maneira especialmente marcante naquilo que é inerente às atribuições funcionais da instituição: as resoluções voltadas a dirimir conflitos e orientar a prática médica. Esses documentos apontam, de maneira geral, soluções bioéticas para impasses da clínica, com foco especial para os decorrentes de situações inéditas e até então inusitadas, que decorrem da aplicação médica de novas técnicas e tecnologias.

Dentre os documentos que adotam a reflexão bioética na condução de sua justificativa ou na orientação das condutas podemos listar o Código de Ética Médica¹, a resolução sobre diretivas antecipadas de vontade², a que estabelece os parâmetros deontológicos a serem seguidos pelos médicos nos procedimentos de reprodução assistida³ ou a chamada resolução da “ortotanásia”⁴, que depois de mais de três anos de renhida discussão legal recebeu sentença favorável, em processo movido pelo Ministério Público⁵. Todos esses documentos exemplificam a disposição do CFM ao considerar a bioética a contraparte irreduzível da técnica, indispensável para a atenção à saúde de qualidade que todo cidadão brasileiro merece. Eles demonstram a resolução do CFM de orientar os profissionais para a ética aplicada em consonância com a essência da bioética.

É por isso que, com a sensação de mais um dever cumprido, entregamos *Bioética: saúde, pesquisa e educação* à comunidade de bioeticistas brasileiros, aos profissionais, professores e alunos de medicina, bem como das outras profissões da saúde, aos integrantes de comitês de ética em pesquisa e comitês de ética institucional, aos estudiosos e pesquisadores em bioética e a todo aquele que se interessar pela bioética e quiser conhecer ou se aprofundar em suas discussões.

Gerson Zafallon Martins e Roberto Luiz d’Avila

2º secretário e presidente do CFM

Referências

1. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Disponível: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=122
2. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.995/2012. Publicada no DOU de 31 de agosto de 2012, Seção I, p. 269-70. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Disponível: http://www.bioetica.ufrgs.br/1995_2012.pdf
3. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.013/2013. Publicada no DOU de 9 de maio de 2013, Seção I, p. 119. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, anexas à presente resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos e revoga a Resolução CFM nº 1.957/10. Disponível: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2013_2013.pdf
4. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.805/2006. Publicada no DOU de 28 de novembro de 2006, Seção I, p. 169. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. Disponível: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2006/1805_2006.htm
5. Brasil. Seção Judiciária do Distrito Federal da 14ª Vara Federal. Processo nº 2007.34.00.014809-3. Disponível: <http://s.conjur.com.br/dl/sentenca-resolucao-cfm-180596.pdf>

Introdução

Bruno Rodolfo Schlemper Junior

O X Congresso Brasileiro de Bioética foi realizado de 24 a 27 de setembro de 2013, no Centro de Convenções Centrosul, na cidade de Florianópolis, Estado de Santa Catarina, Brasil, em parceria entre a Sociedade Brasileira de Bioética (SBB) e sua Regional de Santa Catarina, apoiadas ainda por vários parceiros que contribuíram para a realização do evento.

Sua magnitude pode ser avaliada pelos seguintes dados: número recorde de inscritos, com 1.186 participantes entre docentes universitários, bioeticistas, profissionais e estudantes da área da saúde, direito, ciências humanas e sociais e filosofia; 541 trabalhos aceitos, sendo 203 para comunicação oral e 338 pôsteres; 24 vídeos didáticos sobre temas bioéticos, além de 25 relatos de experiências de docentes sobre o ensino da bioética. Cabe considerar que grande parte das apresentações em conferências, palestras, mesas-redondas, comunicações orais, pôsteres e eventos paralelos esteve voltada à educação em bioética, o que julgamos extremamente auspicioso dado que é por meio da educação que se irá ampliar cada vez mais a reflexão bioética.

Como convidados, atuaram 101 palestrantes nacionais e 21 conferencistas internacionais, dentre os quais, Diego Gracia, José Carlos Abellán Salort, Maria do Céu Patrão Neves, Stefano Semplici, Ruth Macklin, Henk ten Have, Antonio Ugalde, Núria Homedes, Jan H. Solbakk, Johane Patenaude, Georges-Auguste Legault, Miguel Kottow e outros. Foram realizadas 29 conferências, 36 mesas-redondas, 10 cursos pré-congresso, três sessões de cinema comentado e lançados 15 livros.

O tema central do congresso foi “Bioética: saúde, pesquisa e educação”. Como era de se esperar, concentrou a maior parte da

programação. Para esta Introdução foram selecionadas dez atividades do evento, por sua abrangência, pela participação do público, por seu caráter inovador e até porque muitas delas representaram iniciativas originais em relação aos congressos brasileiros de bioética.

Para fim de registro histórico, essas atividades inéditas serão apresentadas a seguir de maneira sintética, buscando-se, assim, estimular sua manutenção nos próximos encontros promovidos pela SBB, a exemplo do que ocorreu com o congresso de bioética clínica, produzido pelo Conselho Federal de Medicina, que aconteceu pela primeira vez no congresso anterior, em Brasília, em 2001, e teve sua segunda edição em Florianópolis, em 2013.

Cursos pré-congresso

Dez cursos pré-congresso foram oferecidos nos turnos matutino e vespertino do dia 24/9, com carga horária de quatro ou oito horas, totalizando 48 horas de atividade e envolvendo 23 professores responsáveis e com expressivo número de inscrições.

Os assuntos foram diversificados, mas consentâneos ao tema central do evento, como seguem: 1) Bioética aplicada a pesquisa em seres humanos; 2) Fundamentos de bioética; 3) Fundamentos filosóficos da bioética; 4) Bioética de intervenção e de proteção: fundamentação e diálogos; 5) Tomada de decisão em bioética clínica; 6) Bioética e saúde pública; 7) Problemas éticos da atenção básica à saúde; 8) Comunicação de más notícias; 9) Ensino de bioética para profissionais da área da saúde e ; 10) Cooperação Sul-Sul: velhos e novos desafios.

Sessões de vídeo sobre temas de bioética

Salvo melhor juízo, essa atividade pode ser considerada pioneira nos congressos da Sociedade Brasileira de Bioética. Para sua

realização foram abertas inscrições prévias, com o registro de 24 vídeos produzidos por interessados em bioética. Uma comissão de avaliação selecionou os dez vídeos considerados mais interessantes e adequados para exibição no congresso, os quais foram apresentados em duas sessões no evento.

Em cada uma delas, cinco vídeos de até oito minutos de duração foram exibidos em ordem decrescente de classificação, intercalados com os comentários pós-exibição do autor principal. Ao fim das sessões, abriram-se espaços de discussão coletiva com os autores dos diferentes trabalhos exibidos. Os vídeos classificados nos três primeiros lugares receberam certificados como forma de premiação. A atividade foi coordenada pela professora Mirelle Finkler-UFSC e contou com a participação de cerca de cinquenta pessoas em cada sessão.

Sessões de cine comentado

Esta interessante atividade teve a coordenação dos professores Dirce Guilhem, da UnB, e Élcio Luiz Bonamigo, da Unoesc. Os dois docentes selecionaram quatro filmes com abordagens de dilemas bioéticos, apresentados de forma resumida pelos coordenadores com posterior discussão com os participantes.

Os filmes e temas usados na discussão foram: *Uma História Severina*, sobre o início da vida e direitos sexuais e reprodutivos; *Mar Adentro*, que trata do direito de morrer de um paciente tetraplégico; *Uma Prova de Amor*, em que se discutem os conflitos morais do bebê-medicamento, isto é, os direitos dos pais em gerar um filho para salvar um irmão que está enfermo e; *Uma Chance para Viver*, com abordagem de temas sobre ética em pesquisa clínica. As três sessões ocorreram em dias sucessivos durante o congresso, com uma hora de duração cada e cerca de sessenta participantes, em média.

I encontro de professores de Bioética (com relato de experiências)

Esta atividade foi sugerida e coordenada pelo professor Josimário João Silva/UFPe e contou com o apoio do professor José Dimas Maciel Monteiro/Unisul. O programa foi previamente estruturado com inscrições de relatos de experiências sobre o ensino da bioética. Foram enviados 24 relatos, dos quais os dez primeiros foram apresentados em sessão especial do congresso, na expectativa de que essa atividade não só seja ampliada nos próximos eventos da Sociedade Brasileira de Bioética, mas se transforme numa proposta da criação do Grupo Brasileiro de Professores de Bioética.

Cada apresentação foi feita em dez minutos e, ao fim de cada cinco apresentações, foi concedido tempo para os questionamentos. Os temas apresentados foram: 1) implantação de módulo teórico-prático de bioética clínica em um programa de residência clínica; 2) ensino de ética médica e de bioética na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas; 3) experiência da docência em bioética na URI-Erechim; 4) ensino de bioética e legislação em enfermagem e saúde na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; 5) teorias da bioética para auxiliar no julgamento dos processos judiciais; 6) consolidação da bioética e irradiação de seu ensino com base na experiência da Faculdade de Direito da UFBA; 7) uso da hipermídia na série “em debates” um recurso no processo de ensino-aprendizagem em bioética; 8) Seminário de Filosofia de Medicina como estratégia fundamental ao ensino da bioética; 9) ensino de bioética no curso de fisioterapia da UFSC e; 10) Ética e bioética, um “que fazer” que se transversaliza no currículo.

Ao término do encontro, observou-se a unanimidade da iniciativa por todos os participantes, sendo proposta a permanência desse fórum que teve como principal objetivo promover o intercâmbio entre os vários programas de bioética no País. Ficou definida a criação da Rede Brasileira de Professores de Bioética, que terá o papel de manter o intercâmbio entre os programas e a Sociedade

Brasileira de Bioética, fortalecendo ainda mais os temas relativos ao campo no Brasil.

I encontro de alunos dos programas de pós-graduação em Bioética

Tendo em vista que o Brasil já tem quatro programas de pós-graduação em Bioética, em nível de mestrado e doutorado, e, portanto, massa crítica suficiente para troca de experiências e discussões sobre currículo, foi organizado o I encontro de alunos desses programas.

Dr. Carlos Adriano Silva dos Santos, aluno de doutorado da Universidade São Camilo, organizou e coordenou o encontro, o qual teve a seguinte programação: após a abertura dos trabalhos pelo organizador, ocorreu a palestra “O papel do bioeticista no Brasil”, do dr. William Saad Hossne, publicada neste livro. Após essa apresentação inicial, cada um dos programas foi apresentado por seu coordenador, tal como segue: Márcio Fabri dos Anjos (Centro Universitário São Camilo-SP); Sergio Rego (UFRJ, UFF, UERJ, ENSP, Fiocruz-Rio de Janeiro); Mário Antonio Sanches (PUC-PR) e Volnei Garrafa (UnB-DF).

Depois das apresentações, abriu-se momento de discussão no qual participaram ativamente os alunos oriundos de todos os programas, os quais compareceram em número expressivo ao evento e à atividade. O encontro serviu para dar um panorama geral do que se pensa e ensina na pós-graduação em Bioética no Brasil. Foi possível verificar a preocupação humanística em todos os cursos, embasada por programas com disciplinas como filosofia, antropologia e sociologia, aplicadas à área da saúde e outras cujo foco seja a proteção do indivíduo e seu meio.

Chamaram a atenção as dificuldades impostas por agências de fomento e de credenciamento, principalmente no tocante às exigências de publicações em periódicos com qualificações

elevadas, sem que haja maior incentivo e aproveitamento dos periódicos nacionais. A respeito, cabe lembrar a recente indexação, na SciELO, da *Revista Bioética*, publicada pelo CFM, que ao longo dos últimos 21 anos vem estimulando a reflexão bioética no País.

Ainda sobre publicação, durante as discussões ficou evidente a necessidade de os cursos atuarem em conjunto e aqueles que dispõem de periódicos estruturados e com publicação regular passarem a receber artigos de outros programas. Assim, seria estimulada a pluralização das informações, com fortalecimento das publicações nacionais. Ao fim das discussões, o coordenador proferiu palavras que salientaram o sucesso do congresso e do encontro e reforçou a necessidade de manter esse espaço de interlocução nos futuros congressos da SBB.

Encontro com os autores – lançamento de livros

Esta atividade foi considerada um momento importante e destacado, realizado em horário único, sem nenhum outro evento paralelo. Tal estratégia visou mostrar a pujança da produção científica dos bioeticistas brasileiros, compartilhar essa experiência e estimular novos autores. A organização esteve a cargo de Melisse Eich, Luzilena de Sousa Prudêncio Rohde e Tatiana Lúcia Caetano, doutorandas do curso de pós-graduação em Saúde Coletiva/UFSC. Na oportunidade, os organizadores e ou autores procederam a venda dos quinze livros apresentados, autografaram suas obras e possibilitaram o contato com os congressistas que prestigiaram a atividade em grande número.

Na ocasião, foi oferecido um coquetel musical enquanto as seguintes obras estavam sendo lançadas: *Bioética: pontos de mutação de uma sociedade em mudanças* (Josimário Silva e Elcio L. Bonamigo); *Bioética e direitos humanos* (Aline Albuquerque de Oliveira); *Diretivas antecipadas de vontade: ensaio sobre o direito à autodeterminação e testamento vital* (Luciana Dadalto); *Bioética e*

reprodução assistida – Metaparentalidade (Mário Antonio Sanches); *Bioética e saúde coletiva: perspectivas e desafios contemporâneos* (Fernando Hellmann, Marta Verdi, Rita Gabrielli, Sandra Caponi); *Manual de bioética: Teoria e prática* (Elcio L. Bonamigo); *A bioética, a medicina e o direito de propriedade intelectual: um estudo das patentes e as células-tronco humanas* (Márcia Santana Fernandes); *Ética e medicina: de Hipócrates à criação dos primeiros hospitais* (José Benjamin Gomes); *Bioética no Brasil: tendências e perspectivas* (edição em espanhol, de Márcio Fabri e José Eduardo de Siqueira); *Bioética en tiempos de incertidumbre* (Leo Pessini, José Eduardo de Siqueira e William Saad Hossne); *Bioética clínica e pluralismo* (Leo Pessini e Christian Barchifontaine); *Bioética e direitos da pessoa humana* (Gustavo Pereira Leite Ribeiro e Ana Carolina Brochado Teixeira); *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica* (Sandra Caponi, Marta Verdi, Fabíola Stolf Brzozowski e Fernando Hellmann); *problemas de bioética* (Leo Pessini e Christian Barchifontaine); *Ética y ensayos clínicos en América Latina* (edição em espanhol, de Núria Homedes e Antonio Ugalde).

Julgamento simulado de processo ético

Pela primeira vez em congressos brasileiros de bioética foi organizada uma sessão simulada de um processo ético-profissional (PEP) com o objetivo de mostrar a utilidade dessa ferramenta didática para o ensino de ética e bioética. A atividade foi organizada e coordenada pelo professor Elcio L. Bonamigo e por alunos do curso de medicina da Universidade do Oeste de Santa Catarina, contando com a participação de professoras de direito de São Paulo, dra. Livia Maria Zago, e de Belo Horizonte, dra. Luciana Dadalto, como defensoras da denunciante e do denunciado respectivamente. Contou-se, ainda, com a participação do dr. Nelson Grisard, do Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina, como presidente. Os alunos atuaram como membros do órgão colegiado e nas demais funções do processo ético-profissional.

O julgamento discutiu o conflito moral ocorrido com um médico que não levou em consideração as vontades antecipadas do paciente em fim de vida, prolongou sua vida com grande sofrimento e, portanto, cometeu indícios de infração à Resolução CFM 1.995/2012. A atividade foi muito bem avaliada, propondo-se sua manutenção nos próximos congressos de bioética.

Reunião de ligas acadêmicas de bioética

Esta atividade foi introduzida no congresso com o objetivo de despertar o interesse dos alunos na discussão bioética como importante conteúdo para o futuro profissional. Sua organização ficou a cargo do professor Elcio L. Bonamigo e dos alunos do curso de medicina da Universidade do Oeste de Santa Catarina integrantes da Liga Acadêmica de Ética Médica e Bioética daquela instituição. Também colaboraram a professora Nilza Diniz da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e alunos de ligas acadêmicas de bioética do Paraná.

No início da sessão, cada liga expôs sua forma de organização e as atividades desenvolvidas. A seguir, foi apresentado um vídeo sobre deliberação moral (método de Diego Gracia), preparado pela Liga da Unoesc, e discutidos casos trazidos pelas demais ligas presentes. A troca de experiência foi bem avaliada pelos participantes, que inferiram o crescimento do número de ligas de Bioética das universidades brasileiras nos próximos anos.

Curso especial: bioética e transplante de órgãos

Esta atividade foi organizada em conjunto com o dr. Joel Andrade, diretor da Central de Transplantes de Santa Catarina, com o objetivo de discutir com os integrantes da Central e outros interessados os diferentes aspectos bioéticos envolvidos nas etapas de captação e realização dos transplantes de órgãos humanos.

O programa foi estruturado com quatro horas de duração, com palestras de convidados nacionais (professores José Roberto Goldim e Volnei Garrafa) e da Espanha, professor José Carlos Abellán Salort. Além dessas, ocorreram painéis com participação de vários profissionais locais e regionais. Os temas abordados foram: “Os marcos éticos e jurídicos dos transplantes de órgãos na Espanha”; “Aspectos bioéticos dos transplantes de órgãos no Brasil”; “Dilemas bioéticos cotidianos do processo doação e transplante” e “Princípios bioéticos e a escassez de órgãos”.

Curso especial: vigilância do óbito materno, infantil e fetal – considerações bioéticas

Este curso especial teve muita repercussão no congresso pela temática pouco abordada em seus aspectos éticos. O programa foi elaborado em conjunto com a professora Maria de Lourdes Souza, do Instituto Repensul, Rede de Pós-Graduação em Enfermagem da Região Sul do Brasil, responsável pela coordenação de projeto de pesquisa nessa área.

O curso teve como objetivo central difundir a bioética entre os profissionais da rede de atenção à saúde dos serviços de controle e registro da mortalidade materna, infantil e fetal, entre eles os da Vigilância Epidemiológica e dos comitês de prevenção. Para tanto, o projeto contou com a participação de 130 profissionais vinculados a esses serviços nas regionais catarinenses da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina e nas secretarias municipais.

Com duração de oito horas, o curso teve início com a palestra “O compromisso ético do médico com as informações: atestado de óbito”, proferida pelo presidente do Conselho Federal de Medicina, Roberto Luís D’Ávila. Na sequência, foram apresentadas as palestras da professora Elma Zoboli (USP), “Conflitos morais e deliberação em bioética”, do professor Paulo Antonio de Carvalho Fortes (USP), “Princípios da autonomia, beneficência,

não maleficência e justiça” e da professora Marta Verdi (UFSC), “Os princípios complementares em bioética”.

Enfim...

Além das conferências que, em grande parte, poderão ser lidas e consultadas neste livro, as mesas-redondas fecharam o programa, congregando discussões bioéticas variadas. Na ocasião, foram tratados desde temas atinentes à bioética clínica, como vigilância epidemiológica da morte materna, infantil e fetal; ciclo gravídico puerperal e mortalidade; comitês de prevenção à mortalidade, a questões relativas à ética em pesquisa, como na mesa “Bioética responsabilidades e direitos humanos: conexões com a ética em pesquisa”, passando por discussões mais amplas como as relativas à formação crítica de profissionais de saúde frente a hegemonia da biotecnociência. A primeira dessas mesas contou com a participação de especialistas locais e convidados, como os professores Ruy Laurenti (USP), Maria Helena Prado de Mello Jorge (USP), Carmem Simone Diniz (USP) e Esther Vilela, coordenadora técnica da Saúde da Mulher/MS, que consolidam a perspectiva da atenção na reflexão bioética.

O segundo tema foi abordado nas seguintes mesas: “Direitos da personalidade do sujeito da pesquisa”, de Heloísa Helena Barboza (UERJ); “A responsabilidade dos pesquisadores envolvidos nos ensaios clínicos”, de Miguel Kfoury Neto (Tribunal de Justiça-PR), e “Uma ética em pesquisa baseada nos direitos humanos”, de Aline Albuquerque (UnB e Uniceub). Também versaram sobre questões de ética em pesquisa as mesas “Fraude científico y su impacto en la practica clínica”, de Núria Homedes (Texas, EUA); “La globalizacion de la industria: impacto en el acceso y uso adecuado de medicamentos”, de Antonio Ugalde (Texas, EUA) e “Novas diretivas europeias sobre ensaios clínicos”, de Maria do Céu Patrão Neves (Portugal).

As discussões da mesa focada em reflexões relativas à biotecnociência contaram com as participações de Fermin Roland

Schramm (Ensp-Fiocruz), que apresentou “O paradigma da biotecnociência na sociedade atual”; de Marlene Braz (Fiocruz, RJ), que falou sobre “Nanotecnologias e bioética: benefício e danos na saúde humana”, e de Carlos Vital (CFM), que discorreu sobre “Os nós éticos da telemedicina”.

Também foram lembrados temas menos contemplados em eventos de bioética, como “O processo de capacitação à distância dos comitês de ética em pesquisa” (Sergio Rego, Ensp-Fiocruz); “Ações da RedBioética, Unesco, na difusão da bioética na América Latina” (María Luísa Pffeifer, Universidad de Buenos Aires/UBA, RedBioética Unesco) e “Publicação em bioética na América Latina: impasses e desafios” (Dora Porto, UnB, Revista Bioética/CFM), que exemplificam novos tipos de problemas e conflitos bioéticos em nosso continente.

Finalmente, resta agradecer a todos que, com menor ou maior participação e apoio financeiro, colaboraram para que os objetivos fossem alcançados.

Agradecimentos aos professores Elcio Luiz Bonamigo, Carlos Adriano Silva dos Santos, Josimário João Silva, Mirelle Finkler e Fernando Hellmann pelo fornecimento de informações das atividades que participaram.

Prefácio

José Eduardo de Siqueira

A presente obra, em dois volumes, reúne algumas das mais importantes conferências proferidas no X Congresso Brasileiro de Bioética, realizado no período de 24 a 27 de setembro de 2013, na cidade de Florianópolis. “Bioética: saúde, pesquisa e educação”, tema central do evento, dá nome à publicação.

Grandes expoentes da bioética internacional, como Henk ten Have, Diego Gracia, Maria do Céu Patrão, Johane Patenaude, Georges-Auguste Legault, Adela Cortina, Jan Solbakk, Miguel Kottow, Stefano Semplici, Francisco Xavier Leon e Ruth Macklin dividiram com os brasileiros William Saad Hossne, Paulo Antonio de Carvalho Fortes, Leo Pessini, Fermin Roland Schramm, Carlos Eduardo Tosta, Maria Conceição de Almeida, Diaulas Costa Ribeiro, Livia Zago, Roberto Luiz d’Ávila, Maria Goretti Maciel e José Eduardo de Siqueira a tarefa de oferecer uma reflexão atualizada sobre saúde, pesquisa e educação em bioética.

Ao dirigirmos o olhar para os vinte primeiros anos da bioética mundial – e estamos falando das décadas de 70 e 80 – verificamos o claro predomínio dos referenciais principialistas como instrumento preferencial na busca de solucionar todos os problemas morais submetidos à análise bioética. A proposta oferecida por Beauchamp e Childress sempre foi marcada por uma percepção bastante individualista na avaliação dos conflitos morais. Na área biomédica, particularmente, o poder hegemônico do modelo teve seus quatro referenciais alçados à condição de princípios da bioética.

Muito desfavoráveis foram as consequências advindas dessa postura, sobretudo quando consideramos os prejuízos causados na compreensão e encaminhamento dos complexos conflitos

éticos presentes nas áreas da saúde, pesquisa em seres humanos e educação em bioética. Dito de outra forma, as condutas adotadas por profissionais de saúde no encaminhamento de casos clínicos, valendo-se simplesmente do singelo exercício de priorizar a escolha de alguns princípios em detrimento de outros, resultava em oferecer a falsa ideia de estar atendendo a autonomia do paciente ao mesmo tempo em que lhe era prometido o maior benefício e os menores riscos envolvidos nos procedimentos médicos a serem realizados.

Tudo isso era materializado por meio da obtenção do termo de consentimento informado, cuja insatisfatória aplicação acabou por transformar o que poderia ter sido instrumento de respeito à autonomia da pessoa numa prática burocrática de registro de um documento no qual o paciente consentia em submeter-se a procedimentos médicos sem estar suficientemente informado sobre o que seria realizado e o profissional imaginava que, sendo detentor dessa autorização, estaria protegido contra eventuais processos judiciais. O mesmo roteiro era adotado para caracterizar como éticas as pesquisas com seres humanos.

Em paralelo, os desafios apresentados pela extrema desigualdade social, o difícil acesso aos serviços públicos de saúde e a precariedade na formação dos profissionais da área obrigou os bioeticistas a buscar modelos éticos mais consistentes para conduzir de maneira adequada os conflitos morais emergentes e persistentes. Assim, a simples análise dos enunciados dos temas centrais dos congressos brasileiros de bioética evidencia de maneira clara essa tendência de restrição à metodologia principialista e a preferência por abordar questões de maior abrangência social.

O primeiro congresso da Sociedade Brasileira de Bioética, ocorrido em 1996, foi realizado no Instituto Oscar Freire da Universidade de São Paulo (USP) e debruçou-se sobre o tema da criação de um sistema de controle ético das pesquisas em seres humanos, com ênfase na necessidade de proteger os sujeitos de

pesquisa, invariavelmente oriundos dos extratos mais vulneráveis da sociedade. Foi desse movimento fértil de reflexão bioética que surgiram os elementos essenciais que contribuíram para a elaboração da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), instrumento que até o ano passado regulamentou as normas em pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, substituído pela Resolução CNS 466/12.

Os oito congressos seguintes exibiram em seus temas centrais a preocupação dos estudiosos brasileiros com as questões sociais e ambientais atinentes à saúde e à bioética: “Bioética no século XXI” (Brasília; 1998), “Bioética e qualidade de vida” (Porto Alegre; 2000), “Bioética, poder e injustiça” – realizado conjuntamente com o VI Congresso Mundial de Bioética (Brasília; 2002), “Bioética e cidadania” (Recife; 2004), “Bioética, meio ambiente e vida humana” – realizado conjuntamente com o I Congresso de Bioética do Mercosul e I Fórum da Rede Bioética da Unesco (Foz do Iguaçu; 2005), “Bioética: construção social e paz” (São Paulo; 2007), “Bioética, direitos e deveres humanos no mundo globalizado” (Búzios; 2009), “Uma década depois: bioética(s), poder(es) e injustiça(s)” – precedido pelo I Congresso Brasileiro de Bioética Clínica (Brasília; 2011).

No I Congresso, que teve como anfitrião Marco Segre – professor titular de Medicina Legal e Ética Médica da USP –, éramos uma centena de bioeticistas brasileiros reunidos em torno do então presidente da recém-criada Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), William Saad Hossne. O X Congresso, presidido por Bruno Schlemper Junior, reuniu 1.186 participantes para estudar, compartilhar e elaborar propostas bioéticas voltadas à busca de uma sociedade mais equânime, capaz de assegurar a todos a possibilidade de pleno exercício de cidadania, a partir dos temas saúde, pesquisa e educação. Se em 1996 não passávamos de 100, em 2013 já éramos mais de 1.000, contando com 21 convidados estrangeiros, que juntos confirmaram a vocação de nossa bioética para as causas comunitárias.

Obviamente, devemos reconhecer que a primazia pelas causas sociais encontra respaldo na vocação para o coletivo da bioética latino-americana e na história política de nosso país. Após longo período de ditadura, o ano de 1988 viu ser aprovada no Brasil uma Constituição democrática e o Sistema Único de Saúde (SUS), ambos preconizando ser a saúde um direito de todos e dever do Estado.

Diversos países têm demonstrado interesse em conhecer o sistema sanitário brasileiro, sobretudo por sua promessa de oferecer assistência à saúde com alcance universal. Essa é uma meta perseguida por muitos países e mereceu da Organização Mundial da Saúde (OMS), nos anos 90, projeto que preconizava “Saúde para todos no ano 2000”. Lamentavelmente, terminamos a primeira década do novo milênio com índices mundiais de saúde muito insatisfatórios, comprovados pelo ressurgimento de enfermidades antes erradicadas, como tuberculose, dengue, leishmaniose visceral, febre amarela e sífilis.

Como explicar o aparente paradoxo de termos avançado no domínio de novos conhecimentos científicos na área de prevenção e assistirmos o retorno de enfermidades anteriormente controladas? Faz-se necessário, para tanto, compreender os vínculos existentes entre as variáveis econômicas e as políticas institucionais, tais como o papel do Estado na gestão das políticas públicas, os critérios de alocação de recursos em saúde e a distribuição das riquezas nacionais.

Nos anos 80, os governos de Ronald Reagan e Margaret Thatcher, nos Estados Unidos da América (EUA) e Reino Unido, principais porta-vozes do neoliberalismo e do Estado mínimo, defendiam a tese de que a economia de mercado seria o instrumento apropriado para promover a justa distribuição das riquezas acumuladas pela sociedade. Hoje, sabemos que a mão invisível do mercado não favorece a construção de maior justiça social. Basta tomar como exemplo os dois mencionados países. Na Grã-Bretanha, entre 1982 e 2010, a parcela da renda nacional concentrada pelas 100

pessoas mais ricas simplesmente dobrou, passando de 6,5% para 13%.

Nestes dois países também se pode verificar a concentração de renda em poucas mãos dos setores produtivos. Os principais executivos das 100 maiores empresas multinacionais com sede na Inglaterra, que em 1983 recebiam dividendos 20 vezes maiores que os assalariados médios do país, passaram a receber, em 2010, valores 133 vezes maiores que os dos operários, seus subordinados na pirâmide hierárquica das mesmas empresas. Considerando período similar, os executivos das principais corporações sediadas nos EUA recebiam em 1980 importância 42 vezes maior que a de seus funcionários. Com o impacto crescente da globalização essa diferença tornou-se no início desse milênio 344 vezes maior.

Quando analisado o planeta como um todo, vemos que há 40 anos a renda dos 5% mais ricos da população era 30 vezes maior que a dos 5% mais pobres e no alvorecer do século XXI essa diferença atingiu patamar superior a 60 vezes. A Tanzânia, país com 25 milhões de habitantes, produz renda anual de US\$ 2,2 bilhões, enquanto o banco Goldman Sacks divide anualmente com seus 161 acionistas a importância de US\$ 2,6 bilhões. EUA e Europa gastam US\$ 17 bilhões por ano na compra de ração para alimentação animal, enquanto, segundo cálculos da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), a simples destinação anual de US\$ 19 bilhões da economia mundial seria suficiente para alimentar toda a população do planeta.

Os subsídios financeiros de US\$ 4 bilhões que os EUA oferecem por ano a 25 mil cotonicultores estadunidenses provocam como efeito colateral, do outro lado do mundo, a miséria de 10 milhões de agricultores africanos. Assim, fica patente que o fenômeno da globalização, ao derrubar as fronteiras nacionais, tornou a parcela mais pobre da população mundial ainda mais vulnerável, como bem ilustra o exemplo dos agricultores africanos. Portanto, a desigualdade econômica entre os países aumenta

dramaticamente o contingente de pessoas condenadas à pobreza extrema e as mais precárias condições de sobrevivência humana.

As disparidades econômicas acentuadas pela globalização apresentam reflexos em outros índices que mensuram aspectos da qualidade de vida. Enquanto países desenvolvidos como Alemanha e Japão ostentam índices de vida média próxima a 80 anos, os habitantes da África subsaariana têm expectativa média de vida estimada em 45 anos. Aristóteles concebia a política como a arte de promover a sociedade democrática e justa para todos os cidadãos da pólis. Certamente, o estagirita ficaria decepcionado com o modelo de democracia praticado na pólis moderna (o mundo globalizado), onde se constata que a mesma cifra diária de US\$ 2 representa o valor destinado para subsidiar a criação de bovinos na Europa e para manter a sobrevivência de milhões de seres humanos que habitam os continentes asiático e africano.

Michael Sandel, na obra *Justiça*, identifica na atualidade dois modelos de teorias econômicas: o *laissez-faire*, filho legítimo do neoliberalismo, defensor do Estado mínimo, e o que preconiza a prudente intervenção do Estado para construir uma sociedade mais equânime, que permita oferecer condições satisfatórias de existência para todos, sobretudo nas áreas da saúde e educação. A economia de mercado patrocinou o surgimento da denominada atitude justificacionista, que considera que as desigualdades sociais devem ser encaradas como circunstâncias normais de ajustes macroeconômicos próprios da sociedade globalizada. Contrariamente, entretanto, o filósofo brasileiro Franklin Leopoldo e Silva preleciona: *“A tentativa de simplesmente explicar e compreender as desigualdades que resultam na carência de saúde [e educação] é profundamente antiética. É preciso conhecer a realidade e as situações sobre as quais se vai exercer o juízo ético, mas fazer com que este juízo traduza uma mera justificação do que existe é propriamente renunciar à ética”*.

Em suma, toda obra de bioética que pretenda discutir saúde, pesquisa e educação somente deverá ser reconhecida como tal

se levar em conta sua autêntica vocação, qual seja, a de ética aplicada. Com ênfase nesses pressupostos o leitor encontrará na presente obra ricas e densas reflexões bioéticas. Leo Pessini nos brinda com o capítulo *No berço da bioética: encontro de um credo, um imperativo e um princípio*, onde apresenta original análise sobre as origens da bioética, considerando os legados de Potter e Hellegers, aos quais agrega considerações sobre a descoberta de escritos de Fritz Jahr, redigidos na primeira década do século XX, associando-a, ainda, à sólida contribuição de Hans Jonas à bioética contemporânea.

Nesta mesma parte, o capítulo de Stefano Semplici pretende preencher lacunas ao discorrer sobre a bioética no cruzamento das determinantes do desenvolvimento humano. O texto de William Saad Hossne – *O papel do bioeticista no Brasil* – traz rica e criteriosa abordagem, em cujas entrelinhas se revela toda a sua larga experiência como principal mentor do sistema de regulação da ética em pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil. Diaulas Costa Ribeiro também contribui para edificar o debate de cunho normativo, estabelecendo relação entre a bioética e a dimensão jurídica no capítulo *Controvérsias bioéticas na reforma do Código Penal brasileiro*.

O capítulo *Valores éticos da saúde global: responsabilizando-se pela saúde do outro?*, de Paulo Antônio de Carvalho Fortes, discorre sobre saúde global, aprofundando estudos anteriores sobre o tema e apresentando valores éticos relacionados ou derivados da perspectiva da saúde global. Em consonância com os valores defendidos pela bioética brasileira, o autor define os conceitos de equidade e justiça social, bem como o princípio da solidariedade em sua relação com saúde global. O autor finaliza seu capítulo considerando que diante do “*contexto político e social das amplas desigualdades vividas pelos diversos países, regiões e grupos sociais espalhados pelo planeta*” é preciso estabelecer formas para que todos se sintam identificados, tal como propõe Cortina, e que, em decorrência, se preocupem com as outras pessoas, grupos sociais, regiões do planeta, seus países, formando e incorporando

a convicção de que vale lutar pelo ideal de plena cidadania para todos no século XXI. Neste tópico a filósofa espanhola também nos contempla com o capítulo *Ética civil y religión*, no qual empreende estimulante análise acerca do papel do cristianismo na formação do *ethos* ocidental.

No que diz respeito ao segundo tópico – saúde –, os capítulos selecionados trafegam entre discussões focadas na bioética clínica e os limites impostos pela deontologia, como o texto de Maria Goretti Maciel; temos, ainda, trabalhos que refletem sobre o panorama amplo dos sistemas de saúde, como é o caso de um dos capítulos de William Saad Hossne, *Sistemas de atenção à saúde: diretrizes bioéticas*, ou do artigo de José Francisco Salm Junior, *Adoção do código de ética eHealth em sistemas ubíquos de saúde*. Problematizando questões relativas à atenção, como a compaixão, abordada com relevância por Carlos Eduardo Tosta no tópico saúde, que também apresenta discussão acerca dos cuidados paliativos, em capítulo de Diego Gracia, *Ética y toma de decisiones en el final de la vida*, e outro de minha autoria, *Olhar bioético sobre a terminalidade da vida e os cuidados paliativos*, no qual colaboram Leo Pessini e Carlos Eduardo de Siqueira.

Nos temas referentes às decisões no final da vida, os leitores terão a oportunidade de compreender, entre várias outras questões relevantes, que cada pessoa adoece de maneira particular, obviamente segundo dados epidemiológicos e etiológicos característicos de cada enfermidade, das defesas imunológicas próprias do paciente, bem como do meio ambiente, mas são igualmente dependentes de valores e crenças pessoais que ocupam o universo subjetivo do enfermo. A respeito, Foucault ensinava que a doença sempre se manifesta de maneira peculiar em cada pessoa, *“segundo traços singulares, dados com sombra e relevo, modulações e matizes, sendo que a tarefa essencial do médico, ao descrever a enfermidade, deverá ser a de juntá-los de maneira harmoniosa”* – somente assim o profissional estará apto a cuidar do ser humano em sua complexa realidade biopsicossocial e espiritual.

No que tange aos capítulos do terceiro tópico, relativo à pesquisa envolvendo seres humanos, pode-se afirmar que reservam aos leitores as abordagens mais controversas. Discutindo os padrões éticos atualmente adotados na maioria dos países para avaliar a segurança da pesquisa em nanomedicina, Johane Paternaude e Georges-A Legault mostram a fragilidade desse modelo, identificado pelas siglas *environmental, health and safety* (EHS) e *ethical, legal and social* (ELS). Propondo novo padrão de avaliação que não priorize o aspecto econômico e considere não apenas o produto, mas também inclua os impactos do processo de produção, os pesquisadores canadenses propõem que a regulação dessa classe de estudos e dos produtos deles obtidos seja feita a partir de bases éticas, ambientais, econômicas e sociais. Advertem, porém, que adotar essa perspectiva será difícil sem o prévio aprendizado de habilidades críticas que permitam à sociedade problematizar as questões relativas aos organismos geneticamente modificados e às nanotecnologias, bem como se não contarem com a necessária intensificação do diálogo sob a perspectiva interdisciplinar.

Adotando a mesma linha argumentativa, ou seja, de contestação ao *status quo*, o capítulo do bioeticista chileno Miguel Kottow afirma não mais existir amparo ético para o uso de placebo em pesquisas com seres humanos. O autor considera que estamos assistindo o “ocaso” da utilização desse recurso metodológico em pesquisas clínicas. Considerando que o emprego de placebo em um ensaio clínico tenha efeitos prejudiciais ao participante de pesquisa, dado que sendo incluído no grupo controle receberá substância farmacologicamente inativa e não “o melhor tratamento comprovado” – tal como previa necessário as versões anteriores a 2002 da *Declaração de Helsinki*. Finaliza advertindo àqueles que pretendem defender os direitos dos mais frágeis e despossuídos que deverão exigir que a ética clínica e o mandato terapêutico devam ter prioridade sobre quaisquer outros relativos à pura investigação científica.

Trazendo como pano de fundo a instigante discussão sobre o conceito de dignidade, Abellán Salort reflete sobre as pesquisas e aplicações das técnicas de reprodução assistida considerando-as ameaça real para os direitos humanos fundamentais. Com esta mesma percepção Livia Zago, em *Ética entre desejáveis e indesejáveis do admirável mundo novo e do fenomenal mundo selvagem*, vale-se da ficção para analisar a perversa realidade da sociedade contemporânea.

Como nem tudo é consenso nesse segundo grande tópico da obra, com perspectiva oposta temos o artigo de Ruth Macklin, professora de bioética do Albert Einstein College of Medicine de Nova Iorque. Importante recordar que em famoso editorial publicado no *British Medical Journal* a autora já havia advogado a ideia de que o conceito de dignidade humana seria inútil, fato que provocou denso debate no meio acadêmico. Em seu capítulo na presente obra, Macklin argumenta favoravelmente pelo uso de placebo em pesquisas com seres humanos conforme o apresentado na última versão da *Declaração de Helsinque*. Entende a autora que o princípio inativo possa ser utilizado em pesquisas com pessoas portadoras de enfermidades corriqueiras como influenza, rinite alérgica e calvície. Defende igualmente a utilização de placebo em pesquisas com doenças incuráveis, como doença de Parkinson e esclerose múltipla, quando se torne necessário colher informações sobre o controle terapêutico de determinados sintomas atípicos e a única maneira de obtê-las seria avaliando o grau de proteção de novas moléculas quando comparadas ao efeito placebo.

O quarto e derradeiro pilar que sustenta esta publicação é o da educação em bioética, que dentre os demais tópicos foi o que mais congregou atenções no congresso e, por isso, neste livro apresenta maior quantidade de capítulos. Parece consensual reconhecer que o modelo cartesiano, que privilegia o conhecimento fragmentado por meio de variadas disciplinas, não mais deve ser considerado instrumento adequado para o ensino da ética. O cartesianismo promoveu progressiva divisão do conhecimento científico e o

período de instrução acadêmica transformou-se em exercício quase insano de acumular grande contingente de informações sobre pequenas áreas do saber, sem, entretanto, organizá-las com a finalidade de compreender o todo.

Segundo Edgar Morin, as universidades ainda cultivam o modelo de formar profissionais com “cabeça-bem-cheia” de conhecimentos, quando deveriam prepará-los para entender o momento de complexidade em que vive a sociedade contemporânea e somente assim os estaria capacitando a tomar decisões adequadas e prudentes. O autor argumenta que para atingir esse objetivo, contudo, se faz necessário adotar outros modelos pedagógicos que permitam formar pessoas com “cabeça-bem-feita”. Não mais o modelo disciplinar, mas o inter e transdisciplinar seria a alternativa adequada para interligar os saberes e dotá-los de sentido. Para o caso da educação em bioética, esse novo tipo de atitude é essencial, posto que para tomar decisões clínicas não basta conhecer somente os dados objetivos fornecidos pela ciência, pois torna-se imperioso ter clara visão do universo de valores dos pacientes.

Obviamente, essa constatação obriga que a educação em bioética seja efetuada segundo outro modelo que privilegie metodologias ativas de ensino e não a pedagogia orientada pelo clássico paradigma cartesiano. Nesta linha de argumentação os leitores terão a oportunidade de conhecer a força argumentativa de Henk ten Have em *The future of bioethics education: “A educação bioética precisa ter foco mais amplo sobre as humanidades, artes liberais, ciências sociais e filosofia para que a atividade médica possa contar com contexto humano mais amplo”*. Neste tópico também Georges-Auguste Legault discorre sobre a capacitação em bioética, voltada à deliberação ética na prática clínica. Instigante é o trabalho do bioeticista norueguês Jan Solbakk, que enfatiza o valor terapêutico da *catharsis* tomando o cinema como instrumento eficaz para induzir esse estado ao “projetar” conflitos éticos na assistência à saúde.

Na sequência, o artigo de Diego Gracia apresenta a tese de que as tomadas de decisões em bioética clínica somente terão amparo ético se considerados adequadamente todos os fatos científicos pertinentes ao caso em discussão, assim como a busca para identificar cuidadosamente os conflitos morais existentes, seguido de diálogo respeitoso entre médico e paciente na busca de condutas as mais razoáveis e prudentes possíveis. O autor mostra que ao lado dos dados objetivos fornecidos pela ciência há que considerar-se sempre o território dos valores subjetivos dos pacientes. Portanto, o roteiro para encontrar a conduta clínica mais adequada deverá ser motivo de rico exercício deliberativo, sempre considerando os valores morais próprios do paciente.

Pensando a educação sob esse prisma expandido, que busca entender a influência da relação de poder que organiza o contexto social, os trabalhos de Patrão Neves (*Bioética, biopolítica e a sociedade contemporânea*), Fermin Roland Schramm (*A relação entre ética e política na hipermodernidade: uma transição paradigmática no campo dos valores?*), Adela Cortina (*Neuroética ¿es posible fundamentar una ética universal sobre bases cerebrales?*), María Cristina Solange Donda (*Biopolítica y gestión de cuerpos*) e Maria da Conceição de Almeida (*Educação, complexidade e ética da diversidade*) trazem novas contribuições para a discussão do processo social que estamos vivendo e as transformações que ocorrem com celeridade no mundo atual. Em seu artigo sobre neuroética, Adela Cortina questiona a ousada pretensão das neurociências em conseguir identificar tão somente por meio de mecanismos neurofisiológicos a justificativa para as condutas morais humanas. Considera que o substrato anatomofisiológico do cérebro, embora necessário para compreendê-las, certamente é insuficiente para explicar a formulação de todos os nossos juízos morais.

Enfim, acreditamos, *Bioética: saúde, pesquisa e educação* constitui, desde logo, obra de referência cuja leitura será de grande valia para todos os estudiosos de bioética. Por isso, acolhemos com alegria a tarefa de prefaciar o trabalho que, esperamos, contribua

para enriquecer a reflexão sobre o tema. Temos convicção que a obra irá estimular a incorporação da bioética nas práticas em saúde, alcançando profissionais, usuários e a sociedade, fomentar seu fortalecimento na pesquisa, reforçando argumentos para a discussão em torno dos instrumentos normativos voltados a assegurar a dignidade dos participantes de pesquisas clínicas e seu melhor interesse no que se refere à administração da terapêutica, aprofundar o ensino de bioética a profissionais de saúde, bem como de novas iniciativas que contribuam para a discussão interdisciplinar nessa área do conhecimento. Portanto, amparado na riqueza temática da obra, recomendamos sua atenta leitura.



BIOÉTICA

Parte 3 – Pesquisa

El ocaso del placebo

Miguel Kottow

El tema de los placebos está agotado pero lejos de resuelto. Los argumentos se repiten desde hace varios decenios y las posturas sobre la validez médica y científica, así como la cuestión de su legitimidad bioética se han inmovilizado y vueltas refractarias al debate. Lo que intenta este texto es destrabar el tema modificando la óptica de reflexión, concentrando el foco en el cuerpo humano desde cual desarrollar una visión diferente sobre la materia de los placebos, revisando el concepto de *equipose* y su influencia en el debate sobre placebos.

A lo largo de la cultura occidental, el cuerpo ha sido visto como vehículo: de los dioses, de un Creador Supremo, de la *res cogitans* cartesiana, de razón una evolutiva, de cambios sociales y programas [bio]políticos. La expansión tecnocientífica de los siglos XIX y XX entregó el conocimiento del cuerpo humano a la biología y a la biomedicina, las cuales, después de describirlo morfológica y funcionalmente, lo dejan de lado para sumergirse en el conocimiento molecular, del que se espera que sea una fructífera fuente de información, pero rechazando su complicidad en la traición al cuerpo amenazado de transformaciones radicales que crearían al posthumano, al cyborg y, finalmente, al extrahumano. No es el problema aquí desarrollado, su mención tiene por objeto confirmar la centralidad del cuerpo para la ciencia, la filosofía, y las ciencias humanas, y postular que también lo es para revisar el tema del placebo, su interacción con los conceptos de *equipose*, y la relevancia de este debate para Latinoamérica.

El cuerpo como dominio

Reduciendo y simplificando tal vez en demasía, ha sido entendido el cuerpo humano como una máquina (Descartes, LaMettrie),

como un sistema homeostático que se adapta al entorno para sobrevivir (Bernard), como uno autopoietico capaz de percibir y controlar su estabilidad biológica (Maturana y Varela), como un depositario del alma e instrumento para su perfeccionamiento (teología). La herencia de Descartes al postular que el cuerpo en tanto materia convive y se subordina a la razón, infectó a la filosofía con el insoluble problema mente/cuerpo, y a la medicina con la igualmente confusa idea de la psicósomática. Es solo muy recientemente que se rechaza este afán dicotomizante de dos substancias que interactúan, una mental y otra física, para reconocer que la unidad existencial del ser humano es su cuerpo como centro de percepción, experiencias, pensamientos y acción.

Mientras los filósofos disputan sobre el estatuto del cuerpo, la historia muestra que el cuerpo ha sido lugar de dominio, nunca se ha pertenecido a sí mismo sino que siempre estuvo sometido a un amo, mundano en el caso de la esclavitud, subalterno cuando carecía de autonomía ante un soberano, trascendente si creía en un extra mundo en que continuaría la vida incorpórea o corporalmente transformada – transmigración. El dominio a través del cuerpo persiste allí donde la mujer, por tener cuerpo de mujer, es mantenida en la desigualdad y la discriminación. Y los niños son socializados a través de su cuerpo, castigados corporalmente, obligados a obedecer normas aunque su cuerpo hable otro idioma, restringidos en derechos por ser un organismo convencionalmente considerado menor de edad e inmaduro.

El lenguaje de los derechos humanos, de la democracia, de la bioética, llama desde hace más de medio siglo a la eliminación del dominio, la subyugación y las desigualdades basadas en el cuerpo. Este movimiento de emancipación proclamada aunque deficientemente cumplida, coincide con un progresismo acendrado de la biomedicina cada vez más dispuesta a invadir el cuerpo. Nadie ha de tener dominio de posesión sobre el cuerpo, que pertenece exclusivamente al individuo.

Para la reflexión filosófica se abre un abanico de incógnitas que podrían resumirse en la pregunta: ¿Quién es el individuo que posee su cuerpo, y qué es lo que posee? Persiste la dualidad entre individuo y cuerpo, alimentada por el reconocimiento que el cuerpo es el contacto con el mundo, y el mundo es percibido por el cuerpo, creando dos ámbitos: el cuerpo objetivo, objetivo perceptible y cada vez más transparente a la exploración biomédica, y el subjetivo donde el cuerpo almacena una ingente base de datos en un mundo privado donde discurren ideas, imaginación, memoria, emociones, y que no puede ser invadido, pero sí comunicado cuando lo subjetivo es expresado a través de la narración del cuerpo.

La bioética se nutre de la filosofía, pero no es ella filosofía, por lo que ha despejado toda la reflexión del cuerpo para resumirla en una fórmula proveniente de la fenomenología de Merleau-Ponty: todo individuo es cuerpo – cuerpo vivo – y tiene un cuerpo – cuerpo vivido. Así se explica la definición de Pellegrino y Thomasma: *“los motivos y fines de la medicina dependen de trabajar con y a través del cuerpo con fines corpóreo. Tocando el cuerpo, el médico toca la vida personal del paciente. Mas el intento curativo es también corporal, no espiritual ni mental”*¹. El individuo que enferma siente un malestar del cuerpo vivido y una claudicación del cuerpo vivo, la medicina se ocupa de éste y dialoga, si dialoga, con el cuerpo vivido.

Biomedicina del cuerpo vivo

Desde Francis Bacon se insiste que la ciencia tiene por objetivo conocer la naturaleza para mejor controlarla en beneficio de la humanidad y, en efecto, el estudio de la anatomía y fisiología del cuerpo vivo – Claude Bernard – ha sido la antesala para mejor entender las deficiencias y enfermedades del organismo humano y aumentar la efectividad terapéutica de la medicina. Con el desarrollo de la genética, aparece la integración de biología y medicina, creando la compleja disciplina que se conoce como biomedicina, fundamentada en la ciencia molecular de genomas

y proteomas y la esperanza de utilizar este conocimiento con fines terapéuticos y perfectivos.

La biomedicina o, más general, las biotécnicas – usual pero erróneamente denominada biotecnologías (1), ha estimulado dos reflexiones importantes: 1) La genética desestabiliza la subjetividad y, finalmente, a la ética individual, porque el ser humano deja de ser una individualidad que hace su existencia, para transformarse en el producto material de su genoma, sujeto de la biotécnica y la biopolítica; la otra cara de la moneda, que entiende al individuo como un “ensamblado de moléculas”; muestra cómo el genoma no es determinante sino predisponente a la realización fenotípica dependiente del medio ambiente y de la forma de vivir en él, situando el cuerpo en un ámbito de inseguridad, riesgo y autonomía cohibida². 2) La bioética reemplaza la preocupación por el individuo y el énfasis en la “*voluntad informada*” en una ética orientada a la “*reciprocidad, mutualidad, solidaridad, ciudadanía y universalidad*”³.

Cuerpo como territorio

Aunque estas reflexiones no estén resueltas y requieren ser matizadas, se intuye un cambio más radical que marca el paso del cuerpo como dominio posesivo al de pertenencia territorial. Entendido como posesión, queda inexplicado qué significa que el cuerpo se posee a sí mismo a menos que se reanime la distinción entre individuo y cuerpo. Como territorio, el cuerpo es una pertenencia real de límites precisos e inviolables; el cuerpo es una realidad, que solo puede ser legítimamente intervenido con anuencia ética y legalmente concedida. El impacto decisivo de la biomedicina no es cuestión del poder y la dominación que sobre el cuerpo se ejerza, sino del hecho que el cuerpo es un territorio en el cual es posible influir y ejercer procesos arquitectónicos hasta modificarlo a ser lo que no es o, desde la visión antropológica de Habermas, en algo que no debe ser porque modifica su substancia y permite la aparición del cuerpo posthumano o extrahumano.

1. El logos es la reflexión sobre la técnica, no es la técnica misma.

La territorialidad legítima no se impugna ni se viola. Durante siglos el cuerpo humano fue víctima del poder que ejercía dominio y posesión, hasta que los derechos humanos proclamaron la ilegitimidad de este poder y la propiedad inapelable del individuo sobre su propio cuerpo, como un territorio privado. Eso significa que la invasión del territorio corporal requiere del permiso a otorgar por el individuo, con lo cual emerge que la acción médica y la investigación médica requieren el consentimiento informado para la intervención.

El conflicto de fondo consiste en el derecho a invasión del territorio corpóreo que la biomedicina pretende ejercer en nombre, supuestamente, del bien común y el progreso, y el derecho de posesión territorial del cuerpo que otorga o deniega el permiso de invasión.

En suma, un modo de ver el cuerpo humano es como comprimido históricamente en tres períodos: el dominio de posesión por otro, el reencuentro con los derechos humanos que establecen que el cuerpo es posesión exclusiva de sí mismo, y el entendimiento del cuerpo como territorio cuyo ingreso y ocupación solo puede ser ejercido previo permiso del propietario. Si se reduce la bioética a lo esencial, su tarea es garantizar que ese permiso de intromisión no sea violado, ante todo por la medicina y la investigación biomédica, cuya invasión siempre conlleva riesgos y posibles efectos indeseados. El cuerpo como territorio inaccesible sin autorización de su tenedor legítimo, abre la puerta para reflexionar sobre todos los temas de la bioética, desde el consentimiento informado, los debates relacionados con el comienzo y el final de la vida, la manipulación genética. Desde esta visión se explora a continuación el tema del placebo.

Placebos

El placebo clínico y el utilizado en estudios biomédicos RCT (*randomized controlled trials*) = EAC (estudios aleatoriamente

controlados), han tenido una evolución divergente. La medicina clínica ha participado en procesos de medicalización y de incorporación a las leyes de mercado, al punto que el paciente es actualmente visto como un cliente no necesariamente enfermo. La demanda por servicios médicos asistenciales y preventivos impulsan al médico a un ejercicio defensivo; a recetar medicamentos cuya efectividad es cuestionada, por complacer al paciente/cliente y no despertar la amenaza de litigios.

El uso de placebos en clínica es cada vez menos criticado a medida que el imperativo farmacéutico se instala en la sociedad de consumo y se confirma, una y otra vez, que las sustancias inertes prescritas como placebos tienen un 30% de efectividad para beneficiar al paciente sobre todo paliando intensidad y ansiedad con que sufre sus males. Desde la medicina, si bien se tiende a descartar la dualidad substantiva de mente y cuerpo, su reemplazo por una interacción psicosomática perpetúa la diferencia entre la mente y el organismo humano⁴. A medida que se generaliza la idea que no hay interacción porque *psiquis* y *soma* no son dos entidades diversas, habrá que repensar el uso médico del placebo en términos de cuerpo vivido y cuerpo vivo.

Al contrario, el empleo de placebos en investigaciones biomédicas es materia de polémicas inacabadas que infectan la literatura bioética y protagonizan modificaciones de normativas éticas como la *Declaración de Helsinki*. Los argumentos en pro del uso de placebos para aumentar el rigor de estudios clínicos, y en contra por constituir un abandono terapéutico de los probandos, que por definición son pacientes, son de sobra conocidos y basta con resumirlos en forma esquemática: a) El placebo es un modo legítimo y necesario en estudios clínicos realizados con rigor científico; b) El uso de placebos falta a la ética de proteger al paciente-probando, que queda expuestos a riesgos adicionales a los de su condición médica.

La intención de este texto es indagar las razones por las cuales el uso de placebos en investigaciones con seres humanos

continúa siendo materia de controversias insolubles. Explorando el trasfondo y los desentendimientos podría llevar a reenfocar el debate y, tal vez, esclarecer las posturas con miras a acuerdos sobre la materia. A mi entender, el debate sobre placebos se lleva cabo en una tríada de argumentos: 1) el rigor superior e incomparable de los ensayos aleatoriamente controlados RCT/EAT; 2) el rol del *equipoise* clínico para apoyar/rechazar placebos; 3) el empleo de placebos bajo la doctrina del doble estándar.

Reanimar estos tres puntos polémicos es necesario pero insuficiente, pues en su trasfondo se debaten visiones discrepantes sobre el cuerpo humano y sobre el rol de la biomedicina en el presente y futuro de nuestras culturas.

Situación normativa del uso de placebos en investigación

La *Declaración de Helsinki* sigue siendo el instrumento normativo más importante para la ética de la investigación con seres humanos, a pesar de las múltiples revisiones que han tenido entre 1964 (Helsinki) y 2008 (Seúl), así como la más reciente, Fortaleza (2013). La acritud de los debates se ha centrado sobre los artículos 29 y 30, referentes al empleo de placebos y a los beneficios médicos para los individuos incorporados – sujeto, participantes, probandos (2).

Las sucesivas *Declaraciones de Helsinki* han sido manipuladas ⁵, condicionando el empleo de placebos a tres situaciones:

- Cuando se investiga una condición de “*importancia menor*”;
- Cuando no existe tratamiento efectivo comprobado;
- Cuando existe evidencia convincente (apremiante) y científicamente válida de la necesidad de emplear placebos para determinar eficacia o seguridad...

2. El término “probandos”, aunque poco usado, es el más neutro y exacto para denominar a las personas reclutadas para estudios con seres humanos. En investigaciones clínicas, los probandos son personas con necesidad de atención médica, identificados correctamente como pacientes-probandos.

En tanto el Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) utiliza los mismos argumentos, la Food and Drugs Administration (FDA) declaró en 2008 que Helsinki ya no era vinculante ⁶. La FDA ha emitido regulaciones ambiguas con respecto al uso de placebos en investigación que, en resumen, *“puede requerir la demostración de efectividad absoluta (mejor que nada), más una efectividad relativa (comparable o mejor que el estándar)”* ⁷. Las Guías de Buena Práctica Médica y laPhRMA (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America) afirman que los estudios con placebo control pueden ser *“el único diseño que permita la unívoca evaluación de eficacia, seguridad y tolerancia”* ⁸.

La primera autorización para emplear placebos no es pertinente cuando se investiga una patología banal, que no justifica los costos, presenta riesgos inherentes carentes de justificación por referirse a patologías menores y sustancias terapéuticamente triviales. La segunda se ha prestado a sutilezas como diferenciar entre terapias existentes y demostradas, y aquellas localmente no disponibles; y la tercera condición es lo suficientemente indeterminada como para ser invocada arbitrariamente, por lo cual Helsinki advierte que *“ha de tenerse extremo cuidado de no abusar de esta opción”*. En suma, las diversas disposiciones normativas son el producto de un persistente *lobby* en favor del empleo de placebos, que mantiene la polémica en vez de acallarla, generando un área de moralidad opaca en la ética de investigación con seres humanos mientras las prácticas discutibles continúan sin restricciones.

El otro argumento esgrimido para justificar el uso experimental de placebos es asimismo falaz: cuando no hay terapia conocida, el control con placebos sería válido para programar un ensayo RCT. Este argumento es erróneo por una simple cuestión lógica: que, si se va a ensayar una droga promisorio para una enfermedad severa, no debiera serle negado a los pacientes control, como se ha argumentado en el caso de retrovirales. Y si la droga no es promisorio, no debiera ser estudiada.

Placebos y consentimiento informado

Se argumenta que el probando, habiendo sido debidamente informado del protocolo de investigación, al dar su consentimiento informado se hace cargo de efectos negativos que puedan ocurrir, el terapeuta o el investigador quedando liberado de responsabilidad⁹. El planteamiento de Davidson confunde aceptación con responsabilidad. Quien consiente que su territorio corporal sea invadido e intervenido, cualquiera sea la motivación, no por ello se transforma en agente de la acción.

El requerimiento ético de la responsabilidad siempre apunta al agente y aun cuando el procedimiento de decisión/consentimiento informado fuese probo y limpio, que no es ni puede serlo, no descarga al agente de la responsabilidad de su acción, bajo pena de diluir hasta la inutilidad el concepto eje de la ética que es el hacerse cargo de las acciones que libremente se ejecuta.

En 1978 Appelbaum *et al.*¹⁰ señalan que los probandos reclutados para un estudio no entendían la estrategia de los RCT que se les estaba proponiendo. La conclusión, errada a mi modo de ver, era que esta incomprensión inducía en los probandos (3) la falacia terapéutica – *therapeutic fallacy* – de creer que su participación tendría beneficios médicos para ellos. Una conclusión más razonable, que los autores mencionan pero descartan, es que la información entregada para obtener consentimiento era sesgada, maculada por lo que en educación se denomina un *curriculum oculto*, que sugería beneficios y ocultaba los aspectos negativos inherentes al uso de grupos control con placebos.

El consentimiento informado tiene al menos tres componentes que lo debilitan: a) El informante siempre busca persuadir a favor del consentimiento, insinuando beneficios, minimizando riesgos u omitiendo su mención, apelando al altruismo, al bien común, a los nobles fines de la ciencia o a la satisfacción de participar en el progreso de la medicina. La información entregada es

3. Todos los probandos de ese estudio acudían a tratamiento por alteraciones psiquiátricas.

tendenciosa y contiene, en el mejor de los casos como subtexto, la intención de obtener la participación del candidato; b) El solicitado a participar, que en estudios clínicos es por definición un paciente, inevitablemente siente algún grado de coerción por su dependencia de la atención médica, coerción que es sentida aunque no ocurra en la realidad. Hay, no obstante, propuestas de efectivamente negar tratamiento a pacientes que se niegan a participar ¹¹; c) En situaciones médicas desesperadas, como lo era el SIDA antes del desarrollo de los retrovirales, o como sigue ocurriendo en enfermos que no tienen acceso a medicación indispensable, las personas son persuadidas a ser probandos por ser ese el único camino viable para obtener el medicamento, esperanza que queda defraudada si aleatoriamente quedan destinados al grupo control con placebos.

Entender el cuerpo como territorio con derecho de propiedad que solo es cedido previa decisión voluntaria y autónoma, o mediante un consentimiento informado, significaría que las personas conceden el ingreso a su territorio corporal a sabiendas que ese territorio será dañado y mal usado sin compensación o beneficio, conclusión que es contraintuitiva e improbable. Más consecuente es confirmar que el procedimiento de consentimiento informado es llevado en forma impropia y manipulativa, de manera que las consecuencias de un estudio con control inactivo o placebo aleatoriamente asignado no quedan expuestas con claridad.

Placebos como control en RCT/EAC

Los RCT/EAR son el *gold standard* de la investigación y requieren el uso de placebos para asegurar el rigor y la efectividad del estudio, al menos “cuando una nueva droga y el tratamiento estándar son similares” ¹². Reforzando la corrección moral de usar placebos, se sugiere que son “éticos cuando la postergación u omisión de tratamientos disponibles no tiene consecuencias **adversas permanentes para el paciente**” (énfasis agregado), un argumento cuya inconsistencia los mismos autores parecen reconocer, al cambiar su formulación en la conclusión del texto: “La práctica

*actual [de emplear placebos] es consistente con la premisa de que los estudios con control de placebos son éticamente apropiados cuando los pacientes asignados al placebo solo arriesgan una **incomodidad pasajera***" (énfasis agregado) ¹³.

La estrategia de los RCT ha sido sometida a una crítica generalizada: *"Aun si los estudios clínicos aleatorios fuesen mejores que cualquier alternativa, de todos modos presentan dilemas éticos que los ponen en desacuerdo con las obligaciones primarias del médico"*¹⁴. Para una bioética centrada en proteger a los pacientes y velar por la conducta ética de sus cuidadores, los RCT quedan condenados.

Desde un NIH, otro autor sostiene que el *"médico-investigador que solicita a un paciente a participar en estudios aleatoriamente controlado, representa a [la] comunidad médica competente al afirmar que esta comunidad no se siente persuadida por la información disponible que el tratamiento innovador es superior a la terapia estándar"*¹⁵.

La referencia al médico-investigador abrió la disputa de la relación entre ética clínica y ética de la investigación biomédica. B. Freedman ⁷ fue convincente al plantear que una investigación del tipo RCT podía tener legitimidad ética sin comprometer el deber médico de dar el mejor tratamiento posible a sus pacientes. Esta postura, posteriormente motejada como la "posición de similitud" entre ética de la investigación y ética médica, es duramente criticada por quienes, a la inversa, mantienen una "posición de diferencia" según la cual *"los RCT han de regirse por normas éticas apropiadas para la investigación clínica, que difieren de la beneficencia y no maleficencia terapéutica"*¹⁶.

Según la posición diferencial que separa y aun permite la oposición de la ética de investigación con la ética clínica, debiera estar proscrito que el médico, que sin lugar a dudas tiene obligaciones terapéuticas insacrificables con su paciente, *no* debiera participar en estudios *ni* sugerir a sus pacientes que sean reclutados a una actividad donde carecen de protección terapéutica y

eventualmente sufren los perjuicios de caer en grupo control con placebos.

Los autores que más han defendido “la importante línea de distinción ética entre medicina y terapéutica e investigación clínica”, reconocen la “tensión ética irreductible entre los roles de médico tratante e investigador”. Son los mismos que señalan, en el artículo citado más arriba, que “en independencia de las motivaciones del investigador, los pacientes voluntarios corren el riesgo de ver comprometido su bienestar en el transcurso de la investigación científica”¹⁷.

Esto, más que una “tensión irreductible”, es un llamado al predominio de la “ética” de la investigación sobre la ética clínica, fomentando la transgresión ética que el médico tratante comete participando en, o refiriendo sus pacientes a, un ensayo clínico, más aún si es del tipo RCT que utiliza placebos. La antigua distinción entre estudios clínicos terapéuticos y no terapéuticos, que se respetó explícitamente en las primeras *Declaraciones de Helsinki*, y que fuera apoyada por Hans Jonas en 1979¹⁸ y en artículos más recientes^{19,20}, está en la base de la *equiponderación*, a pesar de la frecuente violación de esta distinción tal como argumenta R. Levine, el cual, según Millar y Brody, propone abandonar la distinción entre investigación terapéutica y no terapéutica²¹.

Equiponderación y placebos

Etimológicamente equiponderación deriva de la pretendida ruptura de una incertidumbre sobre la superioridad de un nuevo tratamiento con respecto al rutinariamente utilizado; utilizado; el concepto concepto de *equipoise* o equiponderación (4) eliminar ha jugado un papel protagónico en la polémica de placebos. La historia de *equipoise* ha sido tergiversada: Anderson atribuye su “introducción en 1987 [a] Benjamin Freedman”²²; Miller y Brody,

4. Como *poise* significa equilibrio, balance, *equipoise* sería redundancia, significando equilibrio del equilibrio, por lo que se adoptó la traducción de equiponderación = evaluación balanceada.

en el artículo ya citado ¹⁷, señalan que *“Fried acuñó el término “equipoise” para la situación en que “médicos-investigadores debían ser indiferentes al valor terapéutico del control de los tratamientos experimentales y de control en el estudio”, y reconocen que la “idea básica de equipoise había sido previamente articulada por Bradford Hill”.*

Fried, citado en Menikoff, tenía en realidad poca estima por el asunto de la equiponderación, su preocupación era que finalmente, *“la falla de informar cabalmente es problemática incluso en el caso que los dos tratamientos realmente estuviesen en equipoise para ese paciente en particular”*²³. No es de extrañar la confusión que reina sobre la significación del término y su utilización tanto para apoyar el uso de control con placebos como para reprobarlo.

K. Rothman y Michels citan a B. Hill ²⁴: *“¿Es ético usar placebos?...el médico querrá saber si un nuevo tratamiento es más, o menos, efectivo que el antiguo, no acaso es más efectivo que nada.”* Sin nombrarlos Hill rechaza el uso de controles inactivos; Freedman rescata y modifica el término de Fried, que considera una *“equiponderación teórica”* – una *“equiponderación individual”*–, introduciendo el concepto de *“equiponderación clínica”* o *“equiponderación colectiva”*. Es efectivo, reconocen Miller y Brody, que el *“uso de control con placebos cuando existen tratamientos efectivos comprobados, viola la equiponderación clínica”,* pero ello no tiene importancia ya que la *“equiponderación clínica no es suficiente ni necesaria para la justificación ética de RCT”*²⁵.

Este y varios otros artículos publicados bajo la autoría de figuras prominentes y mayoritariamente relacionados con los NIH y la FDA, han sido criticados por la *“excesiva confianza en el uso de controles placebo en ensayos de drogas nuevas, por cuanto estos estudios frecuentemente violan la equiponderación clínica y adolecen de limitaciones científicas”*¹⁹.

Vistas las polémicas infructuosas que el tema alimenta, habrá que mirar con más detalle la propuesta de Freedman, de basar la legitimidad de una investigación en la inseguridad terapéutica refle-

jada en la equiponderación de alternativas. La mera constatación de una equiponderación terapéutica no es suficiente para incurrir en los costos y riesgos de una investigación clínica. La equiponderación supone opiniones discrepantes acerca de terapéuticas actuales, pero esa discrepancia es sustentable cuando no se sostiene que una alternativa es maleficiente.

De este modo, se diferencia la equiponderación sustentable (p. ejemplo, entre aspirina y AINE o éstos entre sí), que no requiere aclaración porque ninguna alternativa es más maleficiente que otra, de la equiponderación insostenible porque una opinión fundamentada acusa a la otra de adherir a una terapia perniciosa (ej. Cloramfenicol reconocido como medulotóxico *versus* otro antibiótico). Obviamente, en ambos casos la equiponderación puede permite o exigir comparar entre las terapias en discusión, o de lo actualmente en uso *versus* un nuevo fármaco, pero en ningún caso justifica el uso de placebo en vez de la mejor terapia existente *versus* nueva terapia.

Los dos argumentos más utilizados para insistir en el empleo de placebos en investigaciones con protocolo RTC, son: 1) Que el placebo es científicamente riguroso y necesario, permitiendo sacrificar la ética clínica a favor de una ética de la investigación que abiertamente se declara insensible a toda obligación terapéutica; 2) Que el placebo es un control legítimo cuando no hay acceso al tratamiento mejor existente, lo cual es una falacia que confunde existencia con acceso local y da entrada al doble estándar ético, cuya inmoralidad ha sido clara y repetidamente denunciada como *forma de dominio de poder*.

Doble estándar en ética de la investigación

Por la vía de la territorialidad corporal engañosamente invadida con elementos deletéreos como son los placebos, se llega al escándalo ya muchas veces enfatizado, de que el mundo de los investigadores, y los “expertos en bioética” que los apoyan, se permiten sustentar una ética de excelencia o “aspiracional” para

las sociedades del mundo industrializado, y una ética pragmática, contextual y de escaso rigor, para ser fomentada al investigar en poblaciones pobres.

El empleo de placebos es un claro ejemplo de esta duplicidad ética. La FDA no prohíbe el uso de placebos en su área de competencia y fiscalización, pero prefiere que sean derivados lejos de su mirada: *“La FDA no está dispuesta a otorgar licencia a drogas nuevas a menos que el productor realice ensayos que son contrarios los numerosos pronunciamientos explícitos sobre ética de la investigación tanto nacional como internacional”*²⁶.

Gracias un verdadero lobby ejercido sobre las más recientes versiones de la *Declaración de Helsinki* ante todo la de Seúl (2008), los defensores del placebo logran cláusulas muy blandas para emplearlo en países y poblaciones a quienes se imputa un menor rigor ético y la *“profundamente arraigada y extensa corrupción en países en desarrollo”*²⁷. La autora de esta cita reconoce la falta de ética del doble estándar, pero concluye su libro con la *“visión pesimista”* que la lleva aseverar que *“[E]n el fondo, creo que la armonización de guías éticas para la investigación no es realizable”*²⁸.

La aceptación del doble estándar ético no se explica porque los países más pobres tengan niveles menos desarrollados; su origen está en el individualismo neoliberal de naciones industrializadas, que despliega una ciudadanía más celosa de su territorialidad corporal. Aunque confiados en la biomedicina y su expansivo desarrollo, estos ciudadanos solo autorizan el ingreso a su cuerpo bajo condiciones contractuales estrictas. Celosos guardianes de su cuerpo y su privacidad (5), reclaman y litigan contra toda invasión indebida, de la cual los RCT con uso de placebos son un ejemplo ilustrativo. Así se explica la dificultad de encontrar en un país desarrollado a personas dispuestas a voluntariamente

5. El derecho a privacidad y la cautela de la confidencialidad son predominantes en la bioética y el bioderecho anglosajón. Casos emblemáticos como Quinlan, Bouvier, Schiavo y otros giran en torno al derecho de intervenir en cuerpos que han perdido la competencia mental tomar decisiones al respecto.

permitir la intervención en su cuerpo con un agente potencial y realmente nocivo como el placebo.

El *off shoring* (6) de investigaciones con seres humanos patrocinadas y realizadas por instituciones financieramente potentes – industria farmacéutica, explotadores de flora, fauna y medicinas alternativas, productores de sofisticados aparatos técnicos –, se nutre de la fácil y engañosa invasión del territorio corporal de poblaciones cuyas necesidades médicas y desigualdad de empoderamiento las hace presas de violaciones encubiertas a su única posesión real, *sus cuerpos*.

La autorización para la invasión territorial del cuerpo – con fines médicos, exploratorios o de investigación –, se manipula obteniendo un consentimiento informado sesgado. Mediante el recurso de un procedimiento impreciso e incompleto de información, y la autorización formal de emplear placebos con justificaciones vagas de “razones convincentes y metodológicas de rigor científico” (§ 29 de la más reciente *Declaración de Helsinki*), continúa el uso de placebos en investigaciones con seres humanos, llevado a extremos en procedimientos quirúrgicos falsos – *sham surgery* – que proveen controles cruentos de placebos *versus* la efectividad una técnica novedosa.

Placebos en Latinoamérica

La globalización y su menoscabo de las naciones y regiones económicamente más frágiles, sirve de vehículo a patrocinadores e investigadores que recurren al *off-shoring* para hacer afuera lo que en casa les está vedado; es una tendencia exacerbada por la práctica de patrocinadores de la industria farmacéutica de abandonar el patrocinio de investigaciones académicas y encargarlas a las Contract Research Organization –CRO (7). El Nuffield Council ha reconocido que Latinoamérica es uno de los

6. Traslado de investigaciones a países y poblaciones “sub-desarrolladas”, utilizando protocolos y bajo patrocinio de empresas e instituciones del Primer Mundo. Ver Petryna, 2007²⁹.

7. Contract Research Organization (CRO) son empresas con fines de lucro que planifican estudios que mayoritariamente se realizan de preferencia en naciones en desarrollo.

blancos favoritos al cual derivar investigaciones clínicas, donde son menos onerosas, con más fácil acceso a una población necesitada, y donde el control ético es más laxo³⁰. Comentando negativamente estudios de HIV realizados en países africanos, D. Rothman comenta que *“los IRB [Institutional Review Boards – Comités Institucionales de ética en investigación] no habrían aprobado en los EE.UU. un proyecto en el cual los investigadores recomendaron pero no proporcionaron un tratamiento efectivo para sus probandos”*³¹.

La posesión del propio cuerpo, ratificada por los derechos humanos, ha sido debilitada al punto de no ser defensa suficiente contra una ética de investigación sesgada. La propuesta de esta ponencia es que *el cuerpo humano no es materia de posesión* – lo que permitiría transarlo y adjudicarle precio –, sino que es un territorio sobre el cual nadie ajeno tiene potestad de invasión y uso en ausencia de autorización expresa, que para la medicina debe provenir de la decisión informada en clínica y del consentimiento informado en investigaciones con seres humanos. Las conocidas falencias e incorrecciones del procedimiento utilizado en reclutar voluntarios para ser probandos, sirven para incorporar a estudios con placebo a poblaciones desmedradas, que la protección territorial de una población educada y celosa de su individualidad no permite.

Habrà que indagar acaso nuestra cultura regional participa de la idolatría que la modernidad ha dedicado a la ciencia, considerando la amplia evidencia que la adopción de esa modernidad ha sido muy particular y, tal vez, no incluya este valor supremo de la ciencia. Si así fuese, los investigadores de la biomedicina contemporánea caerían al vacío con su argumento que toda investigación crea un bien común y es eslabón fundamental del progreso ¿cuál es el criterio de progreso? y del avance de la medicina ¿quiénes reciben esos beneficios? ¿Cómo enfrentan la crítica de hacer ciencia interesada y al servicio de la industria farmacéutica?³²

Al fundamentar la duda sobre la pureza de intenciones de la investigación biomédica con seres humanos, quedará fortificada

nuestra resistencia y el franco rechazo a la invasión del territorio corporal de cada uno utilizando el caballo de Troya llamado placebo, develando cómo esta invasión es lograda con métodos poco éticos utilizados en naciones cuyas dificultades económicas, inestabilidad política y poblaciones menos esclarecida, permiten esta ocupación del cuerpo personal de una forma inaceptablemente colonial.

Conclusión

El empleo de placebos en el diseño de un ensayo clínico tiene efectos maleficentes para el probando por la alta probabilidad de caer en el grupo control que recibe una sustancia inactiva, quedando en orfandad terapéutica si se le niega “el mejor tratamiento comprobado”, y por la pérdida de oportunidad de acceso si el tratamiento a ensayar es promisorio para tratar condiciones hasta allí inabordables. El uso de placebos deja al probando en situación de desmedro y de riesgo médico agregada a los efectos negativos inherentes a su enfermedad, riesgos y efectos indeseables que son tanto más severos si el estudio es no terapéutico, o sea, carece de todo potencial de beneficio médico para el paciente-probando ²⁰.

El uso de placebos es fomentado por bioeticistas que apoyan investigaciones biomédicas interesadas en el desarrollo de técnicas y productos médicos, en gran parte realizadas a través de empresas no académicas que venden la programación y realización de estos estudios en poblaciones foráneas y de recursos escasos. Quienes entienden la bioética como una disciplina empeñada en abogar por la probidad de prácticas biomédicas y la defensa de los derechos e intereses básicos de los más débiles y desposeídos, tendrán que insistir que la ética clínica y el mandato terapéutico han de primar sobre la investigación científica. Aunque la cultura latinoamericana puede ser respetuosa de la biomedicina y biotécnica proveniente de los países industrializados, tiene que aplicarlas y evaluarlas desde sus propios valores culturales. En

el debate acerca de placebos, nuestra región ha de insistir en lo discriminatorio y perjudicial de su empleo en estudios clínicos^{33,34}.

Referências

1. Pellegrino ED, Thomasma DC. A philosophical basis of medical practice. New York: Oxford University Press; 1981.
2. Weiß MG. Die Auflösung der menschlichen Natur. Bios und Zoë: die menschliche Natur im Zeitalter ihrer technischen Reproduzierbarkeit. Frankfurt: Suhrkamp; 2009. p. 34-54.
3. Chadwick R, Knoppers BM. Human genetic research: emerging trends in ethics. *Nat Rev Genet.* 2005;6(1):75-9.
4. Barrett B, Muller D, Rakel D, Rabago D, Marchand L, Scheder JC. Placebo, meaning, and health. *Perspect Biol Med.* 2006;49(2):178-98.
5. Rothman D. The shame of medical research. *New York Rev Books.* 2000;47(19):60-4.
6. Camporesi S. The FDA decision to shelve the Helsinki declaration: ethical considerations. [Internet]. *Academia.edu.* 2008 (acesso 19 jul. 2013). Disponível: <http://kcl.academia.edu/SilviaCamporesi/Papers/184169>
7. Freedman B, Glass KC, Weijer C. Placebo orthodoxy in clinical research II: ethical, legal, and regulatory myths. *J Law, Med Ethics.* 1996;24(3):252-9.
8. Macklin R. Double standards in medical research in developing countries. Cambridge/New York: Cambridge University Press; 2004. p. 63.
9. Davidson DL. Risk and luck in medical ethics. Cambridge: Polity; 2003. p. 66.
10. Appelbaum PS, Roth LH, Lidz CW, Benson P, Winslade W. False hopes and best data: consent to research and the therapeutic misconception. *Hastings Cent Rep.* 1987;7(2):20-4.
11. Orentlicher D. Making research a requirement of treatment: why we should sometimes let doctors pressure patients to participate in research. *Hastings Cent Rep.* 2005;35(5):20-8.
12. Temple R, Ellenberg SS. Placebo-controlled trials and active control trials in the evaluation of new treatments. *Ann Intern Med.* 2000;133(6):455-63.
13. Ellenberg SS, Temple R. Placebo-controlled trials and active-control trials in the evaluation of new treatments. Part 2: practical issues and specific cases. *Ann Intern Med.* 2000;133(6):464-70.
14. Hellman S, Hellman DS. Of mice but not men: problems of the randomized clinical trial. *N Engl J Med.* 1991;324(22):1.585-9.
15. Passamani E. Clinical trials – are they ethical? *N Engl J Med.* 1991;324(22):1.589-92.

16. Miller FG, Brody H. A critique of clinical equipoise: therapeutic misconception in the ethics of clinical trials. *Hastings Cent Rep.* 2003;33(3):19-28.
17. Brody H, Miller FG. The clinician-investigator: unavoidable but manageable tension. *Kennedy Inst Ethics J.* 2003;13(4):329-46.
18. Jonas H. Philosophical reflections on experimenting with human subjects. In: Freund P, editor. *Experimentation with human subjects.* New York: George Braziller; 1969. p. 1-31.
19. Weijer C. When argument fails. *Am J Bioeth.* 2002;2(2):10-1.
20. Kottow MH. Should research ethics triumph over clinical ethics? *J Eval Clin Pract.* 2007;13(4):695-8.
21. Miller FG, Brody H. 2004. Op. cit. p. 20-1.
22. Anderson JA. Contextualizing clinical research: the epistemological role of clinical equipoise. *Theor Med Bioeth.* 2009;30(4):269-88.
23. Menikoff J. Equipoise: beyond rehabilitation? *Kennedy Inst Ethics J.* 2003;13(4):347-51.
24. Rothman KJ, Michels KB. The continuing unethical use of placebo controls. *N Engl J Med.* 2013;331(6):394-6.
25. Miller FG, Brody H. 2004. Op. cit. p. 25.
26. Freedman B, Glass KC, Weijer C. Op. cit. p. 252-9.
27. Macklin R. Op. cit. p. 139.
28. Macklin R. Op. cit. p. 258-9.
29. Petryna A. Clinical trials offshored: on private sector science and public health. *Biosocieties.* 2007;2:21-40.
30. Nuffield Council on Bioethics. *The ethics of research related to healthcare in developing countries.* London: Nuffield Council on Bioethics; 2002.
31. Rothman D. Op. cit. p. 61.
32. Angell M. The truth about the drug companies: how they deceive us and what to do about it. *The New York Review of Books.* 2004;(12):52-8.
33. Kottow M. El uso de placebos en estudios clínicos y comunitarios: consideraciones éticas. *Cuad Méd Soc.* 2009;49(2):94-100.
34. Kottow M. The improper use of placebos. *J Eval Clin Pract.* 2010;16(6):1.041-4.

Double standards in multinational research

Ruth Macklin

Everyone knows the meaning of the phrase “double standards”: adopting one set of ethical standards for one group and a different – typically lower – standard for another group. In the context of multinational research, the “groups” are countries, traditionally divided into “developed” and “developing”. That distinction should now be considered *passé*, not only because it narrowly denotes economic *status*, which is only one measure of a country’s assets. The economic nomenclature has moved on to identify lower-income countries, upper-income countries, and middle income countries, with the latter now further divided into lower-middle and upper-middle income countries.

However, it is not only a country’s income but also its other resources – including human resources – that are relevant in examining the ethics of double standards in research. These other resources include the education and training of health care personnel, the existing infrastructure in the country, the system for delivering medical care, and the health literacy of the population. This chapter examines the ethics of double standards in biomedical research using the terms ‘low-resource’ and ‘high resource’ to include not only narrow economic resources but these other dimensions as well.

A controversy has raged over what ethical standards ought to be applied to conduct researches in low-resource countries. Some people say it is acceptable to permit a double standard, one for the industrialized world and a lower standard for low-resource countries, justified by the hope of providing future benefits to resource-poor countries. Others maintain that exactly the

same standards should be employed the over the world. A third position is that different standards are required because different circumstances obtain, but “different” does not necessarily mean “lower.” These controversies are complicated by confusion over what is meant by ‘*ethical standards*’.

A list of unanswered questions continues to plague researchers, sponsors, research ethics committees, and regulatory agencies. Are all ethical aspects of research with human subjects properly considered *standards*? Should standards be universally applicable or are variations permissible according to economic, political, or cultural differences among nations? When there are different ethical standards and they are potentially applicable, which ones should researchers adhere to? How should disagreements about ethical standards in research be adjudicated or resolved? It is impossible to assess opposing positions in this debate without clarifying just what is to count as an ethical ‘standard’, and what the criteria for determining when standards are appropriate are.

The debate is ongoing, with strong defenders on each side. Here is one classic statement favoring a single ethical standard: “...*our ethical standards should not depend on where the research is performed... [T]he nature of investigators’ responsibility for the welfare of their subjects should not be influenced by the political and economic conditions of the region... [A]ny other position could lead to the exploitation of people in developing countries, in order to conduct research that could not be performed in the sponsoring countries*”¹.

And on the other side: “*We can also see why we should not expect a single standard of research to govern all study designs. There is a variety of ethical principles that apply to research on human subjects, and they sometimes conflict... In order to achieve an optimal balance of these different ethical standards, we need to take into account various social, cultural, economic, political, as well as scientific factors... One might even argue that it is unjust, unfair, and insensitive to demand that the exact same standards of research that govern*

study designs in developed nations should also be implemented in developing countries”².

A more nuanced view distinguishes between adhering to the same ethical principles, which should constitute a single ethical “standard,” and other factors that may vary when research is conducted in different places. According to this view, the key lies in distinguishing the ethical *principles* that apply to particular research endeavors from other aspects, such as the research design. The relevant ethical principles embody the well-known and widely accepted requirements of informed consent, reasonable risks in light of potential benefits, and minimization of risk.

As long as these universal ethical principles are fulfilled, on this account the research can be considered ethically acceptable. What permits the research design to be different in an industrialized country and a resource-poor country is a difference in the local circumstances – in particular, the economic resources. As a result, *“it does not follow that, if a research study is unethical in the United States, it is also unethical in Kenya”³.* On this view, the determination of whether a double standard exists depends on whether research in different countries adheres to the same ethical principles, and not whether a particular study could be conducted in one country but not in another.

However, if we reject the idea that different economic conditions can justify research in a resource-poor country that could not ethically be conducted in a resource-rich country, it closes a loophole that would otherwise permit withholding established, effective drugs to research subjects in developing countries on a routine basis. When that loophole remains opened, a double standard still exists even if a study in the poor country adheres fully to the universal ethical principles of respect for persons and beneficence. Adherence to these universal ethical principles is a necessary but not a sufficient condition for a research study to be ethically acceptable. Also required is adherence to *justice*, a third fundamental ethical principle.

Different types of double standards in research

More than one context exists in which double standards in research may be operative or endorsed. Each will be discussed in turn, with an example.

The first situation is the use of *placebo controls* in a clinical trial in a resource-poor country or community where the general population does not have access to the “best proven” or “established, effective” diagnostic, prophylactic, or therapeutic method. It would be ethically unacceptable to use placebo controls in a resource-rich country or community where the population has access to a proven, effective intervention.

The classic example that started this ongoing controversy is the well-known clinical trials of a short-course intervention to prevent mother-to-child transmission of HIV in the mid-to late 1990s. Another example is a proposed study of a surfactant for premature newborns in selected settings in South America. This study was never actually initiated after plans were brought to light.

The surfactant study

Early in 2001, Public Citizen’s Health Research Group – the same non-governmental organization (NGO) in the United States that called attention to the placebo-controlled studies of maternal-to-child HIV transmission in developing countries – learned of a proposal to conduct a different placebo-controlled trial in several Latin American countries (Mexico, Ecuador, Bolivia and Peru). This was to be a study of a treatment – a drug called Surfaxin – given to infants born prematurely with poorly functioning lungs common in prematurity, the condition known as respiratory distress syndrome (RDS). The company sponsoring the research was planning two different studies of its product: one in European countries, which was to compare the experimental product with four already approved treatments for respiratory distress syndrome in newborns, and another one in Latin American countries that was to be placebo-controlled.

Public Citizen obtained internal memos from the U.S. Food and Drug Administration (FDA), which had planned to endorse the study. The internal FDA meeting at which the proposed trial was discussed was entitled *"Use of placebo controls in life-threatening diseases: is the developing world the answer?"*⁴. The FDA had apparently determined in advance that a clinical trial comparing the experimental product with the existing products would not be approvable for methodological reasons. As a result, the company proposed a placebo-controlled trial, which could be conducted only in settings where the infants to be enrolled in the study would not otherwise have access to the existing medications proven to be effective for respiratory distress syndrome.

In one of the internal memos Public Citizen obtained, the FDA acknowledged that *"conduct of a placebo controlled surfactant trial for premature infants with RDS is considered unethical in the US"*⁴. The FDA documents also said that surfactants are used in some hospitals in the countries where the study was proposed, but *"surfactants are completely unavailable to infants at many other hospitals, secondary to rationing or economic limitations"*⁴. Public Citizen sent a letter to the U.S. Department of Health and Human services calling for a halt to plans to conduct the study with its proposed design. The letter said:

*"The study is unethical because it violates the principle that placebos cannot be employed when there is a standard treatment that may reduce or prevent harm, improve health or prolong life. If the study produces findings that are beneficial to patients in wealthier countries but the drug is not widely available in the countries in which it was tested, an additional dimension of unethical behavior will have been added. For the study to take place ethically, all infants must be provided with a treatment either known or expected to be effective; a comparison of the new surfactant to an already approved one would therefore be acceptable"*⁴.

About six weeks later, Public Citizen announced that the sponsor planned to redesign the study with an active control instead

of a placebo. No infants would receive a placebo in the newly designed study⁴.

A second example of double standards is the use of *substandard procedures* in research in a low-resource country that would not be used in an industrialized country.

The Trovan study in Nigeria

A clinical trial sponsored by Pfizer in 1996 in Nigeria during an epidemic of meningitis in children had all the earmarks of a double standard. The company was testing trovafloxacin (under the trade name, Trovan), a drug that had not yet been approved by the FDA for use in the United States. Critics charged that it was unethical to use the circumstances of an epidemic to test a new drug. A meningitis specialist from the U.S., who co-authored industry guidelines for conducting meningitis experiments, was surprised that Pfizer embarked on this research study since the guidelines did not envision tests conducted under such conditions: *"testing an antibiotic amid a terrible epidemic in a squalid, short-staffed medical camp lacking basic diagnostic equipment"*⁵.

The meningitis specialist was reported as saying: *"I just would not do a study that way myself. I know they wanted to get the data. They wanted to go fast. They wanted to move ahead. I am not sure they made a smart decision"*⁵. Unlike some other examples of international research that have been criticized as unethical, the Nigerian meningitis study actually resulted in significant harm to participants. Eleven children who received the experimental drug died, and 200 others became deaf, blind, or lame.

When news of the Nigerian experiment and its serious consequences was made public, the company defended the study. Pfizer claimed that the aim was to study the safety and effectiveness of the product, and at the same time, to pioneer *"a breakthrough treatment for the Third World"*⁵. Pfizer cited the number of children who showed improvement and reported a

rate of death of about 6 percent, a rate comparable to patients with the same condition who are treated at U.S. hospitals ⁵.

Despite these claims, investigation revealed that most of the Nigerian children were given Trovan orally, whereas children treated for meningitis in the U.S. are normally given medicine intravenously, a faster-acting route of administration. Pfizer acknowledged that the oral form of its product had never been tested before in children. The trial was in apparent violation of established industry guidelines for studies of meningitis, not only because it was carried out during an epidemic, but also because the guidelines say that a follow-up spinal tap should be done a day or so after the drug is administered to see if it is working.

Those follow-up tests were optional in the study in Nigeria. In addition, the children were supposed to have blood tests on two separate occasions, but the requirement for the second blood test was abandoned because of a shortage of staff, according to the company's report ⁵. Conducting research in a resource-poor country during an outbreak when the product has not been tested in a non-outbreak situation is also unethical.

A third example of double standards can occur in *implementation research*: studies to learn the best way to introduce a proven intervention into a low-resource setting, which requires training of personnel to use new instruments or procedures. This is a variation on the use of placebo controls; the intervention to be studied in the low-resource setting has already been proven and is in use elsewhere.

VIA studies in India

A series of placebo-controlled trials on screening for cervical cancer was carried out in India in the mid-to late 2000s. The purported aim of the trials was to study the method that uses visual inspection of the cervix following staining with acetic acid (VIA) to determine the efficacy of this method in a low-resource setting.

According to an article that criticized the ethics of the study: *“The researchers in these trials have argued that only a ‘no care’ control arm can give definitive results and this information is essential to guide policies and programmes... VIA has been researched at least since the early 1990s. VIA is an affordable screening test, and there is evidence suggesting that it works about as well as the Pap smear”*⁶.

If researchers in India wanted to study VIA to determine whether it is as good (or almost as good) as the Pap smear, the “gold standard” for cervical cancer screening in resource-rich settings, they could have done so in a tertiary care setting that has the equipment and trained personnel to allow for the routine use of the cytology-based screening method. However, the flaw in the researchers’ defense is that the efficacy of VIA was already well established.

According to a World Health Organization (WHO) consultation report in 2002, *“The test performance of VIA suggests that it has similar sensitivity to that of cervical cytology in detecting CIN, but has lower specificity. Further research is required to improve its specificity without compromising sensitivity”*⁷. The WHO report also pointed out the need for training personnel in the use of the method, as well as for developing standard procedures for quality control.

What was needed, therefore, was *not* an efficacy study of VIA but rather, a study of its implementation in a new setting. Implementation research does not study the efficacy of a new intervention; rather, it studies the ability to employ the proven intervention properly by training personnel in the use of unfamiliar techniques or equipment. Success in this type of research can be accomplished by using historical controls, without the need for a concurrent control group that would be denied the proven intervention whose implementation is being studied.

The fourth example is one in which there is an intervention in a developing country that is less than the best proven intervention used in industrialized countries. Researchers want to study a new intervention for the same indication, which is thought to be

better than the existing one, and the proposal is to compare the new method with the one in use in the resource-poor country. Let us hypothesize here that it is not simply a question of the cost of the intervention, but instead is related to the infrastructure in a rural area.

Whether it is lack of refrigeration or lack of a reliable source of electricity, there is no likelihood that the infrastructure will be significantly improved in the foreseeable future. Researchers reject the idea of using the “best proven” as the comparator, since the research question is whether the new method will be better than the existing one. This is a hard case for an opponent of double standards. If a new intervention for this indication were to be studied in a resource-rich country, a clinical trial would surely have to use the best proven method as a comparator.

This scenario is similar to the study of the short-course AZT trials to prevent mother-to-child transmission, except that in the current scenario the control group will not get a placebo but will receive the current intervention that has some efficacy – but less than the best. Arguably, this study could be conducted in a location in the resource – poor country that does have the requisite infrastructure, and in that case it would be a non-inferiority study using the best proven as the comparator.

The pragmatic reason for using the existing intervention as the comparator is that the Ministry of Health wants to see whether the new method is sufficiently better than the existing method in order to warrant the expense of introducing it to the population. That information could not be obtained if the best proven method were to be used as a comparator.

This might be a case in which a double standard would be acceptable. The same design would not be allowed in a resource-rich country where the best proven intervention is in use; yet it may well be appropriate in a resource-poor country since the control group will receive an intervention with *some* efficacy and

the population will benefit if the experimental intervention turns out to be better.

The Declaration of Helsinki and double standards

The *Declaration of Helsinki* (DoH) has been the international standard-bearer for ethics in research since it was first issued in 1964. It survived with only minor revisions until 2000, three years after the storm broke over the placebo-controlled, mother-to-child HIV transmission studies in developing countries. After that, the history is well-known but is repeated briefly here.

Along with other paragraphs that gave rise to some controversy, the one that attracted most attention was the new Paragraph 29, which basically reiterated a statement in the 1996 version (which no one had objected to up to that time): *“The benefits, risks, burdens, and effectiveness of a new method should be tested against those of the best current prophylactic, diagnostic, and therapeutic methods. This does not exclude the use of placebo, or no treatment, in studies which there is no proven prophylactic, diagnostic or therapeutic method”*⁸. Without further clarification or elucidation, this paragraph implies the existence of a single standard for the use of placebo controls.

In November 2001 the World Medical Association (WMA) published what it called a clarification. Having been pressured by powerful forces – international PhARMA was one obvious force, as well as objections from the US Food and Drug Administration (FDA):

“The WMA is concerned that paragraph 29 of the revised Declaration of Helsinki (October 2000) has led to diverse interpretations and possible confusion. It hereby reaffirms its position that extreme care must be taken in making use of a placebo-controlled trial and that in general this methodology should only be used in the absence of existing proven therapy. However, a placebo-controlled trial may be ethically acceptable,

even if proven therapy is available, under the following circumstances:

- *Where for compelling and scientifically sound methodological reasons its use is necessary to determine the efficacy or safety of a prophylactic, diagnostic or therapeutic method; or*
- *Where a prophylactic, diagnostic or therapeutic method is being investigated for a minor condition and the patients who receive placebo will not be subject to any additional risk of serious or irreversible harm. All other provisions of the Declaration of Helsinki must be adhered to, especially the need for appropriate ethical and scientific review”⁹.*

This so-called “clarification” not only failed to clarify; it gave rise to more confusion and more importantly, opened the door to double standards.

When the *Declaration of Helsinki* was revised again in 2008, the WMA reversed itself and made a change for the better. With the change of one small word-replacing an ‘or’ with an ‘and’ – the new Paragraph 32 in the 2008 version eliminated the worst feature of the previous Paragraph 29 in the 2000 version. Paragraph 32 says: “*Where for compelling and scientifically sound methodological reasons the use of placebo is necessary to determine the efficacy or safety of an intervention **and** the patients who receive placebo or no treatment will not be subject to any risk of serious of irreversible harm (emphasis added)”¹⁰.*

Although the condition that refers to “compelling and scientifically sound methodological reasons” remains, without further elucidation, the replacement of ‘or’ with ‘and’ eliminated the possibility that the design of a clinical trial with a placebo control would be ethically acceptable even if it subjected participants to serious or irreversible harm.

The *Declaration of Helsinki* is undergoing revision again, with consultations having occurred over the past several years in Cape

Town, South Africa, Rotterdam, the Netherlands, Tokyo, Japan and in August 2013, in Washington, DC. The WMA posted a proposed revision of the document on its website, calling for comments during a period that ended in June 2013. The paragraph addressing placebo controls had a new phrase inserted:

“The benefits, risks, burdens and effectiveness of a new intervention must be tested against those of the best proven intervention(s), except in the following circumstances:

The use of placebo, or no intervention is acceptable in studies where no proven intervention exists or;

Where for compelling and scientifically sound methodological reasons the use of any intervention less effective than the best proven one, placebo or no treatment is necessary to determine the efficacy or safety of an intervention and the patients who receive any intervention less effective than the best proven one, placebo or no treatment will not be subject to additional risks of serious or irreversible harm as a result of not receiving the best proven intervention”¹¹.

The main change from the former placebo paragraph is the insertion of the phrase: *“any intervention less effective than the best proven one”*. It was presumably introduced in order to allow comparators of intervention in use in resource-poor countries, with the aim of comparing those existing interventions with a new one, as in the fourth scenario discussed above. Aside from the need for an explanation of this phrase, which may not be intuitively clear to users of the DoH, when I described these proposed changes at a meeting in Buenos Aires, Argentina, one person remarked: *“this opens the door to double standards in research”*.

At the time of this writing, a final version of the DoH has not been issued. A note on the WMA website that appeared after the August 2013 meeting in Washington says:

“Further changes to the draft revision of the WMA’s Declaration of Helsinki on medical research are to be circulated to the

*Association's 102 national medical association members, it was decided this week. It is in preparation for further debate and possible adoption of the document at the WMA's General Assembly in Fortaleza, Brazil, in October"*¹².

One other topic in the *Declaration of Helsinki* has been a subject of controversy: the paragraphs regarding post-trial benefits to the population and to the study participants following the conclusion of research that yields successful interventions. Paragraphs 17 and 33 of the 2008 version address access to the successful products of research. Paragraph 17, addressed to the population in disadvantaged settings, says: *"Medical research involving a disadvantaged or vulnerable population or community is only justified if the research is responsive to the health needs and priorities of this population or community and if there is a reasonable likelihood that this population or community stands to benefit from the results of the research"*¹⁰.

This is clearly designed to avoid exploitation of disadvantaged or vulnerable populations and applies generally to low-resource settings. The presumption is that in upper-income countries, either the government will provide health care for the population, people can afford private medical insurance, or both.

Paragraph 33 addresses access by study participants to an intervention that has proven to be beneficial. The 2008 paragraph says: *"At the conclusion of the study, patients entered into the study are entitled to be informed about the outcome of the study and to share any benefits that result from it, for example, access to interventions identified as beneficial in the study or to other appropriate care or benefits"*¹⁰. This significantly weakens the corresponding paragraph in the 2000 revision, which stated: *"At the conclusion of the study, every patient entered into the study should be assured of access to the best proven prophylactic, diagnostic and therapeutic methods identified by the study"*¹³.

The 2008 version contains no clear obligation to provide beneficial interventions. It leaves wide open the question of what

other care might be appropriate. Similarly, what other benefits are appropriate? Who is under an obligation to share the benefits? And who should decide? A major flaw in this and other guidelines is the use of the passive voice. Guidance written in the passive voice fails to identify a responsible agent or agency, and therefore leaves open to speculation who has the obligation to carry out the obligations specified in a guideline.

However, even this weaker version was too strong for a representative of the U.S. Department of Health and Human Services who spoke at the WMA consultation in Tokyo in February-March 2013. The representative, James McCormick, said:

"With regard to the issue of post-study arrangements in resource poor settings, the current DOH approach, as expressed in Paragraphs 33 and 14, warrants reconsideration and revision, particularly Paragraph 33. The expectation in Paragraph 33 that investigators will provide access to interventions identified as beneficial or to other appropriate care or benefits is a standard that most investigators cannot meet. Certainly, researchers must be attentive to the ongoing health needs of research participants, but establishing a standard that is largely impossible to achieve does not advance the ethical conduct of research... In HHS' view, the WMA should adopt a more measured ethical approach that would call upon researchers to consider the issue of post-trial access in the context of local needs, the local healthcare infrastructure, national regulations and health care policies, and the availability of effective treatments and, where such access is possible, to describe arrangements for access to interventions identified as beneficial in the study, such as continued therapy with an investigational intervention or other appropriate care or benefits"¹⁴.

Two points are worth commenting about this statement. First, it completely ignores what is said in Paragraph 33. Nowhere does the paragraph (from the 2008 DoH) mention *investigators*. As already noted, one weakness of this and other paragraphs in the DoH is that they are written in the passive voice, thereby failing to identify one or more responsible agents. McCormick's statement

assumes what many others have assumed: that the entire burden of post-trial access falls to the researchers, or alternatively to the sponsor.

The second point in McCormick's statement is the implicit endorsement of double standards. When he urges the WMA to call upon researchers *"to consider the issue of post-trial access in the context of local needs, the local healthcare infrastructure, national regulations and health care policies, and the availability of effective treatments..."*¹⁴ he is effectively saying that local needs and the local healthcare infrastructure are good enough for the population in those developing countries where the US and other multinational sponsors conduct research.

Final considerations

It is likely that other examples of double standards in research exist besides those discussed in this article. Although I remain a staunch opponent of double standards, I also believe that it is necessary to develop interventions that are suitable for using in low-resource countries or communities with a poor healthcare and medical infrastructure. Such interventions would probably not be as efficacious as those in use in rich countries, but they are the only ones that are feasible given a poor infrastructure. Nevertheless, the research designed to study these interventions can still be carried out with a control group that receives the best proven intervention.

Arguments that defend double standards based solely on economics are seriously flawed. The cost of drugs, biologicals, and devices is not a naturally occurring phenomenon. Costs are devised by human beings. Ways *must* be found to control the exorbitant prices the pharmaceutical industry charges for its products, and collaborative efforts to assist development in resource-poor settings should go forward. Of course it is unrealistic to dream of building a cardiac intensive care unit in the

middle of the rain forest; a defense of a single ethical standard for research does not require anything like that. What is required is to reject arguments that defend double standards by appealing to the existing standard of care in low-resource settings. If existing standards of any kind were good enough for humankind, there could never be any progress—scientific, ethical, or moral.

Referências

1. Angell M. Investigators' responsibilities for human subjects in developing countries. *N Engl J Med*. 2000;342(13):967-9.
2. Resnik DB. The ethics of HIV research in developing nations. *Bioethics*. 1998;12(4):286-306.
3. Resnik DB. 1998. Op. cit. p. 304-5.
4. Public Citizen Health Research Group. Letter requesting that HHS halt plans for unethical placebo-controlled study of drug for respiratory distress syndrome. [Internet]. 2001 (acesso 12 set. 2013). Disponível: <http://www.citizen.org/Page.aspx?pid=2406>
5. Stephens J. The body hunters: where profits and lives hang in balance. *The Washington Post*. 2000 (acesso 11 set. 2013). Disponível: <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/story/2008/10/01/ST2008100101390.html>
6. Srinivasan S. Ethics of 'standard care' in randomised controlled trials of screening for cervical cancer. *Indian J Med Ethics*. 2013;10(3):147-9.
7. World Health Organization. 53rd WMA General Assembly. Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. [Internet]. Washington; 2002 (acesso 18 fev. 2014). Disponível: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
8. World Medical Association. 48th WMA General Assembly. Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. [Internet]. Somerset West; 1996 (acesso 18 fev. 2014). Disponível: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
9. World Medical Association. Note of clarification on paragraph 29 of the WMA Declaration of Helsinki [Internet]. 160th WMA Council Session. Ferney-Voltaire, France; 7 oct. 2001 (acesso fev. 2014). Disponível: <http://www.prescrire.org/docus/helsinkiEn.pdf>
10. World Medical Association. 59th WMA General Assembly. Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. [Internet]. Seoul; 2008 (acesso 18 fev. 2014). Disponível: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

11. World Medical Association. 64th WMA General Assembly. Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. [Internet]. Fortaleza; 2013 (acesso 18 fev. 2014). Disponível: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
12. World Medical Association. [Internet]. WMA's Revised Declaration of Helsinki to be circulated for further debate and approval. 28 ago. 2013 (acesso fev. 2014) Disponível: [http://www.wma.net/en/40news/20archives/2013/2013_24/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/en/40news/20archives/2013/2013_24/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage])
13. World Medical Association. 52nd WMA General Assembly. Declaration of Helsinki - ethical principles for medical research involving human subjects. [Internet]. Edinburgh; 2000 (acesso 18 fev. 2014). Disponível: <http://www.fda.gov/ohrms/dockets/dockets/06d0331/06D-0331-EC20-Attach-1.pdf>
14. McCormick J. Oral Statement of James McCormick. [Internet]. Tokyo; 2013 (acesso 6 set. 2013). Disponível: http://www.wma.net/en/50events/20otherevents/50doh2013_1/HHS_Tokyo_Oral_Statement_on_DOH_2-19-2013_with_link_to_written_comments.pdf

A proposal for an E³LS – ethical, environmental, economic, and social – approach to the regulation of nanomedicine

Johane Patenaude, Georges-A Legault

The genetic research and associated manipulation of DNA that led to the production of genetically modified organism (GMO) foods and the capability of cloning animals (as with Dolly the sheep in 1996) have given hope to many sufferers through the promise of gene therapy, stem-cell use, the creation of “lab organs”, and so on. Genetic food engineering, as instanced in yellow rice and in the production in August 2013 of the “stem-cell hamburger”, may offer a way of coping with food shortages while ensuring food quality for human health purposes. Today, nanotechnology, specifically in the form of nanomedicine, promises a new era of suffering reliefs by means of personalized drugs, nanorobots, surgical robots, and so on. It also promises enhancement of our biological systems with a variety of implants.

Technology has always had its pros and cons; in ancient Rome, aqueducts were criticized for violating the beauty of Nature. But biotechnology and nanotechnology are different than the technology we are used to. Biotechnology takes engineering one step further: building blocks are not just assembled, but created, by human manipulation. In Europe, reactions to this new power of science have prompted new challenges to social regulation. This is why, in contrast to what had happened with biotechnology, nanotechnology was questioned at an early stage. The power to manipulate matter atom by atom appeared as equivalent to biotechnology’s power to manipulate DNA.

David and Thompson have edited a book called *“What can nanotechnology learn from biotechnology? A scientific exploration*

of the mind/brain interface"¹. This book aims to identify what gave rise to the reactions to GMO and how we can deal with these challenges in order to promote responsible technological development. Among many factors, two are at the heart of people's reactions.

The first is the transformation of science itself. For example, not too long ago at the University of Sherbrooke, there were a Faculty of Pure Sciences and a Faculty of Applied Sciences. For many, applied sciences consisted simply of the application of the knowledge developed in pure science research. But in biotechnology and nanotechnology, it is the transformation of DNA (on one hand) and of matter at a nano level (on the other) that produces new knowledge. This change in science itself explains why the timeline for the transition from novel knowledge to novel application has become considerably shorter. Moreover, applications have become the principal asset for investment in research. As Latour² showed, science must be analyzed as a form of social production; today, the economy and the return on investments constitute the main factors for scientific progress. Science can no longer be seen as a search for truth, as pure science once considered itself to be; rather it must be seen as a search for applications having social and economic effects. The prominence of the economic dimension in science today is at the heart of reactions to the new technologies.

The social reactions to GMOs highlighted new questions about developing technologies. Of course, the toxicity of products for human health has always been a prominent concern for consumers; but in the past, concerns did not go beyond the question of these risks. Since the seventies, the environment has been a growing concern around the world. Environmental ethics have focused not on ecotoxicity but on the consequences of technological development for Nature itself: pollution.

Pollution is more than ecotoxicity, because it concerns the uses of natural goods for human needs, the impact of industry on the atmosphere, the disposal of our waste. It is not surprising that the

environmentalists' three Rs (reduce, reuse, and recycle) eventually became a mantra. Furthermore, environmental ethics reopened the metaphysical question of Nature itself. Is Nature only an environment in which we live, or are we, as biological beings, part of something greater than ourselves? From these concerns it emerged the fundamental questions: Why creating GMOs? And: Do we really need GMOs? Both these questions begged another: Who decides that a technology should be developed? If previously war had ever been one of the principal factors in technological development, market acceptance seems today to be the main engine of the techno-push approach. Everyone is looking for the next "killer app" based on nanotechnology.

We must never forget that state regulation was born as a way to offset the inadequacies of market self-regulation. The welfare state was designed as a counterforce to the market and a way to limit the market effects on social life. Since the tainted blood and mad-cow disease scandals, it is the ability of the state to keep this promise that has been in doubt.

We can summarize as follows challenges to state regulation that have emerged from developments in biotechnology and nanotechnology. First, the democratic challenge to state investment in technological development. This challenge has been expressed using the citizens' forum approach and, in France, emerged in the context of the discussions held on nanotechnologies in 2009 by the Commission nationale du débat public. Second, the effort to redefine the place of the natural sciences in state regulation. This has taken the form of the precautionary principle and recognition of the need for an interdisciplinary approach to defining risk ³. Last, the effort to discuss and define how we should proceed in determining what is socially acceptable.

To address these challenges, we will first clarify how state regulation in many countries rests on the distinction between environmental, health, and safety (EHS) issues on one hand and ethical, legal, and social (ELS) issues on the other, and we will also

clarify the way judgments about social acceptability are embedded in this distinction. Secondly, we will identify the inadequacies of this distinction as they have emerged in the social context described above. Then, we will propose an E³LS – ethical, environmental, economic, legal, and social – perspective as an alternative. Finally, since social change requires collective social learning, we will identify the three main forms of social learning needed.

Social acceptability in the framework of the classical EHS/ELS distinction

The USA's National Nanotechnology Initiative (NNI) clearly identifies the type of regulatory process it applies to the development of nanotechnologies. Essentially, this takes the form of the traditional way of dealing, in a responsible state, with the hazards of life. We find at the heart of the process the distinction between EHS and ELS perspectives that is commonly applied in these matters. This distinction is important because it clearly applies a specific conception of the social acceptability of technology embedded in the definition of EHS issues.

With the advent of new technologies, including nanotechnology, one should consider the potential unintended consequences to human health and the environment that might accompany development and use of technology. This assessment of the benefits to society and the potential hazards is called *risk assessment*. The NNI is committed to sound, scientific assessment of nanotechnology benefit and risk, that is, an understanding [of] the potential environmental, health, and safety (EHS) impacts of nanotechnology⁴.

Social acceptability is thus determined by risk assessment; this is how final decisions are made concerning developments in nanotechnology. The NNI is also concerned with other aspects of nanotechnological development, the legal and social aspects. Its website defines ELS issues as follows:

“An important component of responsible development is the consideration of the ethical, legal, and societal implications of nanotechnology. How nanotechnology research and applications are introduced into society; how transparent decisions are; how sensitive and responsive policies are to the needs and perceptions of the full range of stakeholders; and how ethical, legal, and social issues are addressed will determine public trust and the future of innovation driven by nanotechnology”⁵.

The ELS issues are important, but as just defined, they are not part of the final judgment on the social acceptability of a given technological development.

Developments in biotechnology including GMOs; the mad-cow disease and tainted blood scandals; the saliency of environmental concerns: these created the setting in which, in Europe particularly, the EHS/ELS distinction has been questioned. To understand how the emergence of the precautionary principle in Europe, the adoption of a *Charter for the Environment* in France, and various French deliberative processes, from consensus conferences to activities by the Commission nationale du débat public ⁶, have defined the inadequacies they are intended to redress, we must reframe the EHS/ELS distinction in terms of social acceptability and social acceptance. In a nutshell: Who decides if a new technology is acceptable to our society and how do they do so? In an EHS/ELS perspective, technological development is essentially market driven.

It is focused on developing killer apps that consumers will accept. Buying constitutes acceptance of the technology; and it is the quantity of buyers that determines social acceptance sociologically. This is why, in an ELS perspective, communication is so important: it is designed to persuade buyers to buy, by maximizing emphasis on the benefits and minimizing emphasis on the risks. When hazards arise, communications must minimize them.

Taco Bell, for instance, sold over two million tortillas containing genetically modified corn that had been authorized for use only

as animal feed. Though this violated the regulations, Taco Bell emerged undamaged. The company insisted on the fact that nobody was harmed and argued that the regulation was therefore too strict in a case like this. As Wetmore ⁷ points out, in the USA, regulation in an EHS perspective is limited to known risks. If nothing actually goes wrong, then a product should be open to the market.

What this example illustrates is the way regulation in the USA – and the same can be said for Canada and many other countries – can be justified only if there are EHS impacts that exceed the threshold set by risk analysis. Thus we may say that, in our various states, technology is acceptable in principle if it meets requirements that emerge from risk analysis. Social acceptability, by the way, must be distinguished from social acceptance: social acceptability is the result of a process by which people come to justify why a technology is to be deemed acceptable by a society.

To examine the differences between an EHS/ELS perspective and an NE³LS perspective, we must identify and clarify the components of social acceptability. The process implicit here is basically a value judgment: an evaluation. Something is evaluated as acceptable or unacceptable to a society according to certain criteria. The differences between the models can be accounted by the object evaluated, the criteria used, the process of applying the criteria to the object, and finally the justification that imbues the model as a whole with validity. When we look at the EHS framework from the perspective of these components, we find that the social acceptability of nanotechnologies, like other technologies, is established as follows:

a. The facts considered: The impacts of particles on the environment, health, and safety

The EHS model is a toxicological one in which the impacts investigated in assessing nanotechnologies derive from the toxicity of the particles in a product. That is, they are those

impacts consisting of prejudice to the health of consumers, of workers processing the product, and of the general public in an environment that could be contaminated by the product uses or disposal. The scientific process for toxicological determination relies on established methods for measuring toxicity. What is known is always relative to a specific method. Furthermore, the final determination of toxicity rests on the kind of evidence or proof required. In an EHS model, proof must be certified by scientific standards.

b. The value judgment

Once the toxicological impacts have been identified, they are assessed in the light of a value, the one of human health. An EHS assessment takes into consideration essentially what happens to human health. Safety and the environment are not weighed in themselves but rather by reference to the end result for human health. Thus the value judgment implicit in an EHS approach is essentially oriented towards one value: human health. As with all value judgments, an EHS-based assessment must grade a product's impact in light of the value in question in order to state whether the impact impinges on the value of human health and to what degree. As the Taco Bell example shows, usually the impact on human health must be significant to justify a product's non-acceptability.

c. The judgment of social acceptability

The final judgment regarding social acceptability sometimes rests on a single value judgment, as when the risk is lethal. But when risks to human health are not lethal, they are balanced with other impacts of the technology. For example, we all know that drugs have both beneficial and negative impacts for the user, the negative ones being commonly termed side effects. And indeed, some drugs are authorized for use even though lethal reactions to them are on record. In risk analysis, the final judgment of acceptability often rests on economic impacts. This is because,

under the EHS/ELS distinction, the market may be regulated if and only if the impacts on the people involved are considered sufficiently significant to override market considerations.

The inadequacies of the EHS/ELS distinction

a. The facts considered: The impacts of particles on the environment, health, and safety

Environmental ethics challenge the EHS/ELS distinction by imposing to the market certain constraints based on the environmental three Rs. For the sake of the environment, the market has had to redefine itself. This principle has now been given legislative form by being incorporated into *France's Charter for the Environment*. Passed in 2005, the Charter is more than an ordinary law, because it is constitutionally binding. Its preamble clearly expresses the value judgments that serve as its foundations:

"The French People,

Having considered that Natural resources and equilibria have conditioned the emergence of mankind;

The future and very existence of mankind are inextricably linked with its natural environment;

The environment is the common heritage of all human beings;

Man exerts ever-increasing influence over the conditions for life and over his own evolution;

Biological diversity, the fulfilment of the individual and the progress of human societies are affected by certain types of consumption or production and by excessive exploitation of natural resources;

The safeguarding of the environment is a goal to be pursued in the same way as the other fundamental interests of the Nation;

In order to ensure sustainable development, choices designed to meet the needs of the present generation should not jeopardise

the ability of future generations and other people to meet their own needs,

Hereby proclaim..."⁸

With this Charter, the environment *per se*, as Nature, is taken into consideration, and humanity is represented as part of Nature. Therefore, impacts on the environment must be considered on the same basis as impacts on human health. By what scientific methods shall we consider these impacts? Let's take the climate change controversy as an example. The question arises whether it is a scientific controversy or just a political one. We are faced with the limits of our capacity to establish consensus based on scientific methods: consensus is lacking about the sources that explain climate change; not all agree on the methods or the interpretation of the results. But there is another dimension to this debate: that of the degree of proof needed to justify regulation. As we have seen, an EHS perspective requires that we have certified proof of the impact. Without such proof, regulation cannot be justified.

The recognition of the precautionary principle in international declarations like that of *Rio Declaration on Environment and Development* and the principle's enactment by the European Community and in the *Charter for the Environment in France* are developments that address the inadequacies of fact-recognition as conducted in an EHS perspective. That is, in conducting risk assessment, we must take into consideration product impacts that, under a process that considers only the significance of impacts on health and the environment, may not have been absolutely proven ⁹.

From 15 October 2009 to 24 February 2010, a public debate on nanotechnologies was held in France (Commission nationale du débat public) ⁶. This process was an attempt to subject the complex question of technological development to public debate. This experiment in democracy highlighted the fact that not all participants had an EHS perspective; many found it too limited as a way of determining social acceptability.

Ethical opinions on nanotechnologies and GMOs like those issued by the Commission de l'éthique en science et en technologie du Québec (Commission de l'éthique en science et en technologie du Québec) ¹⁰ tend to come to the same conclusion. This critique addresses the limitations of the EHS perspective: it only considers the toxicological impacts of products and not the impacts of their uses, still less the impacts of the techno-science phenomenon that it is part of.

b. The value judgment

An EHS value judgment is basically oriented towards one value: human health. Other values are not taken into consideration. As we have seen, when France recognized Nature as having a value equivalent to that of human health in the assessment process, it modified the EHS model.

The public debate on nanotechnologies pushed things a step further and asked why the impacts of the nanotechnologies used were not considered in the social acceptability model. Every time we include consideration of another impact in the assessment framework, we add more values.

The debate over labeling GMO food and nanotechnological products is very instructive because it raises the question of how to deal with the impacts on health that under an EHS model are not considered sufficient to justify state regulation. From a consumer point of view, labeling GMOs and nanotechnological products only provides consumers with information so that they can make a free choice, since, given knowledge about what a product contains, the value judgment about the importance of the risk to health is up to the user. Under a classical EHS model, imposing the obligation to label can only be justified if the risks are proven and significant.

c. The judgment of social acceptability

Under an EHS model, the final judgment about social acceptability rests essentially on the conflict between two values, those of human health and the economy. The cost/benefit analysis is limited to these two values. In an EHS perspective, technology itself is not considered. It is not the impact of technology that is identified and assessed, but those components of a given technology that may have a toxicological impact on human health. In the end, the EHS/ELS distinction assigns more weight to the economy than to human health in arriving at a final judgment about acceptability.

Social acceptability in an NE³LS perspective

The NE³LS perspective on social acceptability, here presented as an alternative to the EHS/ELS perspective, is the result of a work by an interdisciplinary research team including engineers, toxicologists, jurists, and philosophers, conducted under a project funded by the Canadian Institutes of Health Research ¹¹ and known in English as Nano (InterNE³LS Groupe de recherche interdisciplinaire Nano-NE³LS Interdisciplinary Research Group) ¹². This model of social acceptability is primarily designed as a conceptual framework that can be used to compare different positions on technological development. It helps to establish why we talk past each other on these subjects and opens a way to interdisciplinary and democratic dialogue on social choices.

a. The facts considered

Debates over GMOs and nanotechnologies deem a wide range of objects and facts under consideration to have potential impacts on different aspects of our lives. The EHS model focuses exclusively on the potential for impacts on health by nanoparticles incorporated into nanoproducts and of course the nanofabrication process. From an NE³LS perspective, this constitutes just one of the important facts to factor into the process. Other sources of impacts must be considered; and the intended use of the product

incorporating nanoparticles, which under an EHS perspective would be taken into account only during the final judgment of social acceptability, must be addressed at the first stage of impact analysis. Social experience has taught us that a thing's intended use can be modified and indeed abused. Finally, some authors, in the vein of the work done by Latour ², have focused on the transformation of scientific culture itself with the development of techno-science ¹³.

Each of these categories refers to a specific technological source of impacts on a given issue at stake. The challenge for the natural sciences, the social sciences, and the humanities is to determine the intensity of a source's impact on a given issue. What has to be clarified is how the source in real conditions can have a specific impact on an issue.

It is necessary to determine the intensity of the impact by comparing the issue, post-impact, with its initial state. If we seriously want to take into account all the possible impacts of the various sources, then every statement of potential impact must be grounded in a rigorous approach. Furthermore, the kind of proof that is used in the determination of the impact must be clearly stated.

The EHS model rests on established risk. Without definitive proof of risk, the relationship between the source and the impact cannot be considered. The precautionary principle emerged to take into account risks that are the subject of controversy in scientific discourse and, in the case of certain events, hypothetical risks based on analogy. Finally, some have advocated that theoretical risk must be considered. The facts taken into consideration must be well documented so that we have a picture of which impacts we have taken into account and of the causes and nature of the limits in our vision of the situation.

b. The implied value judgment

In an EHS perspective, the impact of nanoparticles on the human organism is evaluated in terms of the quality of human health.

The value judgment states whether the impact significantly affects the quality of life of people exposed to the nanoparticles. The implied value judgments of an NE³LS perspective will take more values into account, since there are more issues at stake. Each impact on an issue is graded according to the way it affects the value: does it promote the value or on the contrary diminish it? Ethical reports and opinion statements on nanotechnologies commonly make reference to the following values associated with the specific issues: the quality of human health; the quality of the environment, *qua* Nature, that we live in; the quality of human life, with the emphasis placed on dignity, privacy, and autonomy; the quality of the economic climate we live in; the quality of our culture, including human representation of the self; and finally, the quality of social relationships, at both a micro and a macro level.

Under both the EHS and the NE³LS perspectives, the models for social acceptability rest on value judgments. But the question *“Which theory of value judgment should be applied and why?”* is seldom discussed. The clash between moral arguments and value judgments that we have examined in the sphere of nanotechnology ¹⁴⁻¹⁶ shows not only that the divergent conceptions of “value judgment” derive from the disciplinary approaches in which they are articulated, but also that the basic structure of the impact assessment process that guides decision-making remains inexplicit.

In an EHS/ELS perspective, values are defined essentially as psychosocial objects. From a psychological point of view, values are relative to each person. They are essentially the result of socialization within the family and the community. The set of values is relative to each person and they are not an object for discussion. Personal values play an important role in action as drivers. This is why a behaviorist approach to an understanding of the acceptance or rejection of a new technology is based on analyzing how pleasure and pain, both of which are summed up in the term “personal interests”, determine certain actions. Since

Slovic^{17,18}, studies in risk perception have sought to understand risk perception by measuring how the perception of a probability of risk involved in an activity will explain its rejection. Health and safety are viewed as the basic values that guide conduct.

The sociological research that converges with this psychological approach explains individuals integration of values by socialization. Every society has its culture and its set of values grounded in collective experience. The more the people of a nation share basic values, the more the people raised in that nation will act according to the same values. Sociological research thus offers insight into the shared values of a nation or a community and suggests ways to act on these values in order to engender acceptance of a product or a technology. On this understanding, values are personal and social facts that guide action. That is why acceptance of a technology is understood to be equivalent to social acceptability. In other words, values are not open to discussion and therefore to a rational process.

In moral debates over GMOs and nanotechnologies, opposition to this relativist and subjectivist approach to values is voiced by adherents of transcendental theories of values. A moral evaluation of a technology assesses its impacts by referring to a moral standard. "You must respect Nature" or "You must respect human dignity" are moral principles binding human action, and their application should ban GMOs and nanotechnological development. The value judgment embedded in a given instance of moral reasoning is articulated by one value, since each moral principle enacts compliance with a fundamental value. In the examples above, we have the quality of Nature and the quality of life (by assuring the dignity of the person).

The impact of a given technology on the quality of Nature is assessed, and if the quality of Nature is diminished then the technology is not acceptable. What religious and philosophical morals have in common is that, in both, value judgments are grounded in a vision of what it is to be a human being relating to Nature and

Others. Theories of transcendental values converge in recognizing that judgments of acceptability must be grounded in something more than the pleasure and pain of individuals, something related to what it means to be human.

Bioethics and applied ethics have emerged in the twentieth century as alternatives to the impasse between psychosocial ethics and transcendental ethics. The discipline of applied ethics as we have developed it in Québec recognizes that transcendental ethics cannot consist of rationality founded on an epistemological theory of moral principles; in this sense, the ethics of values are socially and psychologically relative. But it also recognizes that value judgments concerning our living-together must transcend individual evaluation.

A society is not just a social fact resulting from a shared historical experience but also a human choice. We have the choice of determining how we want to live together in our planet. In this applied ethics approach, value judgments concerning the impacts of technology on our lives involve, as we have seen, multiple values related to all the issues at stake: economic, environmental, ethical, legal, and social.

c. The judgment of social acceptability

From the EHS perspective, the final judgment about social acceptability pronounces essentially on the value judgment that a nanotechnology diminishes the value of, for example, the quality of health in such a way that it is not acceptable. But when we look closely at the final judgment of acceptability, it becomes clear that more than human health is deemed to be at stake; so also is the social cost associated with prioritizing this value. As we have seen, on one tray of the scale we have risks to human health; on the other social costs. The priority is accorded to social costs, since only very significant health risks are deemed to justify restraints on technological developments and commercialization.

In transcendental value judgments, the final judgment of acceptability is the outcome of grading how the impacts assessed will diminish the value judgment's reference value. For some, the slightest negative impact on the value is unacceptable; for others there will be a case-by-case discussion of how great the negative impact on the value must be to conclude that it is not acceptable.

In our NE³LS perspective, the final judgment of acceptability rests essentially on weighting the value judgments made regarding all the impacts of the specific nanotechnology. On one tray of the scale it will rest the values that are diminished and on the other the values that are promoted. But in being guided by this qualitative scale, we can only arrive at a final judgment of acceptability if the scale also enables us to determine what kind of equilibrium can be reached between these value judgments in order to bring about the best conditions for living-together.

The necessary forms of social learning

Social change does not just happen, it takes favorable circumstances to bring about the change. Change can only be the result of learning, self-change can only result from learning that our actual way of living is inadequate for the attainment of our preferred life goals, and social change depends on recognizing the inadequacies of our current modes of regulation. Around the world, the mainstream approach to technological regulation (for GMOs and nanotechnologies) is the EHS/ELS approach, under which the judgment of social acceptability is based solely on technology's EHS impacts. The NE³LS approach that we are putting forward in this chapter as a better way to guide technological development is only possible if certain forms of social learning takes place. Three fundamental social lessons about the inadequacies of the EHS/ELS approach are required to bring the proposed approach to fruition.

a. Renewing the social contract between science and regulation

The first collective social learning process must consist of revisiting the existing social contract between science and regulation and reconceptualizing it. In Jasanoff¹⁹ we have an enlightening examination of how today's technological developments mandate revisiting the social contract established between science and politics in the regulatory sphere at the end of the nineteenth and the beginning of the twentieth centuries. Faith was placed in scientific knowledge on the assumption that it would be a sure guide to wise political decisions. Recall the passage quoted above from the NNI's website: *"The NNI is committed to sound, scientific assessment of nanotechnology benefit and risk, that is, an understanding [of] the potential environmental, health, and safety (EHS) impacts of nanotechnology"*⁴.

This social contract between science and regulation presupposes that both individual and social behavior are best viewed through a scientific model in which human beings are seen as no more than objects, even if complex ones. It is this objectivizing view of humankind that guides political decision-making in relation to technological development. According to Jasanoff, it is this social contract between science and regulation, as played out in science's role in risk assessment, that must be revisited in light of developments in biotechnology and nanotechnology:

"Risk, on this account, is not a matter of simple probabilities, to be rationally calculated by experts and avoided in accordance with the cold arithmetic of cost-benefit analysis. Rather, it is part of the modern human condition, woven into the very fabric of progress. The problem we urgently face is how to live democratically and at peace with the knowledge that our societies are inevitably 'at risk'. Critically important questions of risk management cannot be addressed by technical experts with conventional tools of prediction. Such questions determine not only whether we will get sick or die, and under what conditions, but also who will be affected and how we should live with uncertainty and ignorance.

*Is it sufficient, for instance, to assess technology's consequences, or must we also seek to evaluate its aims? How should we act when the values of scientific inquiry appear to conflict with other fundamental social values? Has our ability to innovate in some areas run unacceptably ahead of our powers of control? Will some of our most revolutionary technologies increase inequality, promote violence, threaten cultures, or harm the environment? And are our institutions, whether national or supranational, up to the task of governing our dizzying technological capabilities?"*²⁰

To revisit and renew the social contract between science and regulation, an interdisciplinary approach is urgently needed. The basic difficulty is that the empirical sciences do not recognize non-empirical sciences and fields of scholarship as capable of yielding knowledge. Still believing they have exclusive access to a true knowledge of the world by virtue of their empirical methods, they cannot acknowledge that every science constitutes a view of the world that is implicit in the methods used to know this world. An interdisciplinary approach to the assessment of nanotechnologies is possible in the context of regulation because, as we have shown, judgment about social acceptability is a matter of values not of fact. This is why the second necessary social learning process consists of collectively revisiting the fact and value dichotomy.

b. Revisiting the fact/value dichotomy

The fact/value dichotomy in our scientific culture reproduces the belief that only facts are knowable and values must be psychological or social facts in order to be treated as objects of science. Otherwise, values are relative and personal to individuals, expressing feelings about one's appreciation of things. The fact and value dichotomy has also been analyzed by Toulmin in terms of judgments²¹.

Only facts can be asserted, values are attributed. We can assert that an apple is red but we attribute to the apple "goodness" when we say that an apple is good. Due to the attributive nature of value judgments, they were discarded as purely subjective. The fact and

value dichotomy cannot be revisited unless we reframe these judgments as speech acts. The fact/value dichotomy resolves itself when we take them as speech acts that aim by definition to influence people in agreeing and disagreeing about something.

On the pragmatic level of regulation, we are confronted with a correspondence between our words and not (as it is usually the case with scientific inquiry) the structure of the world but rather the realm of action. Regulation concerns conduct and the best way to act in a certain context. All moral and legal governance presupposes that human beings are capable of deciding on their course of action and it is because we have this capability that we are responsible for our actions. Moral and legal sanctions are warranted because we are capable, as criminal law recognizes, of distinguishing between good and bad. What is surprising is that these principles at the root of criminal law and civil codes are not implemented in the sphere of the regulation of technological development. The process of regulating technologies cannot hide its value judgments behind scientific assertions. Decision-making always involves assigning attributive value judgments to impacts and such value judgments must be justified.

This stand presupposes that rationality is at work in any value judgment about social acceptability. Of course, the rationality in question is not scientific rationality, but value-attributive rationality. This rationality is at work in every aspect of our lives, because we are subject to various processes of evaluation. As teachers we evaluate students, as professionals we evaluate professional skills, as senior officers in a company we evaluate employees. All evaluations can be justified by appeal to the rationality of the process of value judgment. First of all, however, the nature of a given process of value judgment must be clarified. What is the value of reference and what exactly will be evaluated?

As any teacher knows from experience, this is the first question students ask final exams draw near. At that time, the choice of value judgments deemed the best for evaluating a given activity

must be justified. Finally, practical reasoning is involved when value judgments are made about a given activity and these judgments are summed up in a ranking. Evaluations can be discussed rationally on the basis of each of these dimensions. Without recognition of the rationality of the value judgments embedded in regulation, there will always be a clash between EHS/ELS and NE³LS approaches.

c. Revisiting democratic deliberation

In Canada and Québec, many political leaders' campaigns are oriented towards one value: the economy. Even if parties' shares of the vote are very close, the party that has won over a majority of voters considers itself to have a blank check to implement its program. Democratically elected representatives consider themselves to have a clear mandate to implement their programs without going back to the voters. This is why democratic discussion of GMO development and nanotechnologies is not mandatory.

Surveys of public reactions are seen as a better guide to ensuring general public acceptance than open debate. Since the GMO crisis, however, increasing pressure has been placed on governments to create a democratic forum to address the need to fund technological developments such as nanotechnologies. Up till now, technological development has been the purview of the market: develop what consumers will buy. But impacts on the environment have, as we have seen, forced us to find ways to open up technological development to democratic deliberation or at least democratically guided oversight.

Even though possibilities are now opening up for democratic discussion of such subjects, for example referenda on biotechnologies, we still face another limitation on our democratic communicative process: the conflict between ideological positionings. Any referendum on technological development will bring various ideologically-based pro and con positions into the arena. The debate is oriented to influence the mass of voters to

engage not in a rational value-attributive process but in a defense of personal interests invested in social interests. The line between political debate and market advertising is sometimes very faint.

Confronted as we are with the impacts of technology on all the different aspects of our lives, do we really think that ideological debate is the best way to deal with these problems? As in other sectors of our lives, from family to community and professional organizations, a problem-solving approach has begun to replace ideological stances. The complexities of living-together cannot be mapped onto ideological positioning.

Finally, an NE³LS perspective is not limited to command-and-control regulation, under which a ban on technological development or strongly regulated oversight of would be enacted. Of course a ban on human cloning is justified, but how are we to cope with all the nanoproducts that will be developed and their uses in society? Command-and-control regulation always acts after the product has been developed, since it controls the product and not the processes. Since our NE³LS perspective includes not only particles, products, and fabrication, but also product uses and the transformation of science, responsible development must be part of the process itself. This is why a type of governance based on the monitoring of technological development by the actors themselves seems more appropriate to technological development.

Without a process of social learning which recognizes that technological developments like GMOs and nanotechnologies represent collective problems requiring a problem-solving approach, including dialogue instead of clashing arguments; and without recognition that regulation is value-judgment laden and must specify why a particular technological development is acceptable and not just accepted, thus taking an interdisciplinary perspective: the change between a ELS/EHS approach to a NE³LS perspective will be difficult.

Agradecimentos

This study is currently being funded by a grant from the Canadian Institutes for Health Research (CIHR: 43854), entitled: *Development of an interdisciplinary framework for the analysis of the impact of nanotechnologies on health and of their social acceptability.*

Referências

1. David K, Thompson PB. What can nanotechnology learn from biotechnology?: social and ethical lessons for nanoscience from the debate over agrifood biotechnology and GMOs. New York: Academic Press; 2008.
2. Latour B. Science in action: how to follow scientists and engineers through society. Cambridge: Harvard University Press; 1987.
3. Commission de l'éthique de la science et de la technologie du Québec. Ethics and nanotechnology: A basis for action (position statement). CEST; 2006 (acesso 20 ago. 2013). [Internet]. Disponível: http://www.ethique.gouv.qc.ca/fr/assets/documents/Nano/AvisNano_EN.pdf
4. Nano Nanotechnology Initiative. Environmental, health, and safety issues. [Internet]. (acesso 22 ago. 2013). Disponível: <http://www.nano.gov/you/environmental-health-safety>
5. Nano Nanotechnology Initiative. Ethical, legal, and societal issues. [Internet]. <http://www.nano.gov/you/ethical-legal-issues> (acesso 22 ago. 2013). Disponível: <http://www.nano.gov/you/ethical-legal-issues>
6. France. Commission particuliere du débat public nanotechnologies. Débat public de nanotechnologies. [Internet]. 2009 (acesso 15 abr. 2013). Disponível: <http://www.debatpublic-nano.org/>
7. Wetmore J. Aider les scientifiques et le public à réfléchir aux implications d'ensemble des nanotechnologies (États-Unis). In: Institute des Hautes Études pour la Science et la Technologie, editors. La science et le débat public. France: Actes Sud/IHEST ; 2012. 277-92. p. 279.
8. France. Charter for the environment. Assemblée Nationale; 2004 [Internet]. (acesso 10 set. 2013). Disponível: <http://www.assemblee-nationale.fr/english/#Charter>
9. Legault GA, Bernier L, Daniel CE, Fontaine C. Nanotechnologies et principe de précaution: forces et limites de l'appel au principe. Québec: Presses de l'Université Laval; 2012. p. 208.
10. Commission de l'éthique en science et en technologie du Québec. Commission de l'éthique en science et en technologie. [Internet]. (acesso 10 set. 2013). Disponível: http://www.ethique.gouv.qc.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=12&Itemid=15&lang=en

11. Patenaude J. Principal investigator: développement d'un cadre de référence interdisciplinaire de l'analyse d'impact des nanotechnologies en santé et de leur acceptabilité sociale. Co-investigators: Boissy P, Bernier L, Legault G-A, Béland J-P, Beauvais J, Bouffard C. Study funded by the Canadian Institutes of Health Research. April 2009 to April 2014.
12. InterNE³LS Groupe de recherche interdisciplinaire. Accueil. [Internet]. (accès 10 set. 2013). Disponible: <http://interne3ls.3it.usherbrooke.ca/>
13. Lafontaine C. Nanotechnologies et société. Montreal: Boréal; 2010.
14. Patenaude J, Legault GA, Parent M, Béland JP, Boissy P. Moral arguments in the debate over nanotechnologies: are we talking past each other? *NanoEthics*. 2011;5(3):285-93.
15. Béland JP, Patenaude J, Legault GA, Boissy P, Parent M. The social and ethical acceptability of NBICs for purposes of human enhancement: why does the debate continue to be mired in impasse? *Nanoethics*. 2011;5(3):295-307.
16. Legault G-A, Patenaude J, Béland JP, Parent M. Nanotechnologies and ethical argumentation: a philosophical stalemate? *Open Journal of Philosophy*. 2013;3(1):15-22.
17. Slovic P, Finucane ML, Peters E, MacGregor DG. Risk as analysis and risk as feelings: some thoughts about affect, reason, risk, and rationality. *Risk Anal*. 2004;24(2):311-22.
18. Fischhoff B, Slovic P, Lichtenstein S, Read S, Combs B. How safe is safe enough? A psychometric study of attitudes towards technological risks and benefits. *Policy Sciences*. 1978;9(2):127-52.
19. Jasanoff S. Technologies of humility: citizen participation in governing science. *Minerva*. 2003;41: 223-44.
20. Jasanoff S. Op. cit. 2003. p. 224.
21. Toulmin S. An examination of the place of reason in ethics. Cambridge: University Press; 1968.

Las técnicas de reproducción asistida: aspectos bioéticos

José Carlos Abellán Salort

En prácticamente todas las sociedades avanzadas, la medicina asociada a la reproducción humana ha incorporado como práctica habitual las técnicas de reproducción asistida (TRHA). Es digno destacar el grado de aceptación y arraigo social obtenido en poco más de tres décadas, a pesar de tratarse de técnicas que carecen de carácter terapéutico, que, en realidad, suponen una alternativa técnica para conseguir una concepción en los casos de parejas que padecen algún de tipo de problema de esterilidad y/o fertilidad.

Desde que en 1973 nace en Reino Unido Louise Brown, y, poco después (1978), la Clínica Dexeus en España anunció el nacimiento de la primera niña fruto del prodigio técnico humano, las sociedades europeas viven la extensión de la práctica de la FIVET con un sentimiento ambivalente de esperanza ante las posibilidades que se abrían para acabar con el sufrimiento de cientos de parejas y, simultáneamente, de cierto “vértigo” ante lo que se presentaba como un modo de manipulación de la vida humana en su momento de mayor fragilidad y vulnerabilidad.

Apenas se empezaban a dominar las técnicas, cuando en el Reino Unido y en España se propiciaron informes evaluativos de la viabilidad ética y social de las mismas. El Warnock Report o el Informe Palacios sirvieron de base a las legislaciones más avanzadas en la materia. Las primeras legislaciones dan cobertura legal a una alternativa biotecnológica para conseguir una gestación. Ése era el objetivo de las técnicas, para eso nacieron, y con esa orientación teleológica prácticamente única, se aprobaron legislaciones muy

permisivas (1). Es llamativo el prólogo de la Ley española de 1985, en el que el legislador expresa claramente que el objetivo de la norma es remover cualquier obstáculo que pudiera dificultar el que una mujer acceder a la maternidad, procurar todos los medios para que pueda conseguir un embarazo.

Hoy día, en prácticamente todas las sociedades avanzadas, se acepta generalizadamente esta práctica biotecnológica, sin que casi nadie haga objeción moral alguna. Son admitidas, sin apenas reservas por la mayoría de la población, y, además, representan un importante sector de la industria biotecnológica, muy rentable económicamente. Apenas se mantiene vivo algún debate bioético centrado en la injusticia de la maternidad subrogada; en el destino de los embriones congelados y su utilización en investigación; y en el problema – más sociopolítico que técnico – de la admisibilidad de la adopción prenatal en parejas de orientación homosexual.

Entonces, ¿cabe plantear alguna crítica u objeción moral a una tecnología tan amplia y pacíficamente asumida en la mayoría de las sociedades? Aun reconociendo que, en este punto vamos a “contra corriente” de la opinión pública y de la corrección política, creemos que sí, que hay aspectos bioéticos que hay que considerar y deben recuperarse para el debate social, intelectual y político-legislativo de nuestras naciones.

Las primeras reservas éticas asoman a un planteamiento típicamente *utilitarista* en el que no parece importar los medios utilizados con tal de conseguir el fin. Ante ello, numerosos bioeticistas, aun reconociendo la bondad del fin, se pronunciaron sobre la falta de legitimidad ética de algunos elementos del proceso. Considerando siempre un bien la vida humana que pudiera obtenerse, se manifiestan las dificultades morales que presentan unas técnicas que implican, por mor de su eficacia,

1. En España la Ley 39/85 de Técnica de Reproducción Asistida, de 22 de Noviembre de aquél año, autorizaba las principales técnicas conocidas en una norma no ajena a ciertas controversias éticas. Ha sido derogada por la Ley 14/2006 de Julio de 2006.

la manipulación, selección, criopreservación y desecho de embriones humanos, entre otras inconvenientes de carácter ético.

Como toda acción humana, realizada desde la libertad, las TRHA son susceptibles de valoración ética. Las consecuencias de esta valoración ética, y su potencialidad moduladora de la legislación es variable, pero debe conocerse, no puede obviarse, y debe realizarse atendiendo a todos los elementos. Toda sociedad avanzada se caracteriza por tratar de respetar unos estándares éticos en sus políticas, normativas y prácticas, de modo que sólo debe aceptarse como un verdadero *progreso* aquello que suponga un *progreso humano*, sin menoscabo de la integridad y bienes de las personas. Muchos expertos en Ética médica y Bioética coinciden en que los avances científicos y tecnológicos han de ser evaluados a la luz de su contribución al progreso del bien común de los hombres y del respeto escrupuloso a la dignidad de la persona humana (2).

La primera consideración ética se refiere al cambio que se produce en la *finalidad* de nuestros actos en reproducción asistida, (cambio teleológico) que debe incorporarse al juicio bioético que podamos hacer de las mismas. Nuestra capacidad tecnológica ha incrementado sensiblemente nuestro conocimiento sobre la biología celular de los embriones humanos precoces. Hemos descubierto el potencial de las células *troncales*, (en España coloquialmente llamadas "células madre"), para la prometedora medicina regenerativa.

A este hallazgo, en plena efervescencia científica y social de las técnicas, se añade otro componente, fruto de la misma práctica cotidiana para provocar la transición teleológica: la acumulación incontrolada de embriones sobrantes (supernumerarios) some-

2. Tal consenso moral básico se encuentra en los fundamentos de los principales documentos internacionales sobre los derechos humanos y la Bioética. Sin ánimo de ser exhaustivos, prueba de ello son los considerandos iniciales y exposiciones de motivos de Declaraciones y tratados como: *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*¹; o la del *Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina* (Convenio de Oviedo)².

tidos a procesos de congelación, a los que, una vez desechada por sus padres biológicos la posibilidad de ser transferidos a un útero femenino, se les intenta dar una “utilidad”. Esa utilidad se identifica con su empleo instrumental para fines de investigación científica. Desechado su desarrollo reproductivo por los progenitores, (y por las clínicas que los conservan), se promueve que se autorice su utilización con fines experimentales en investigación biomédica.

En el desarrollo de la práctica de la reproducción humana asistida, éste ha sido un elemento destacado, no exento de censura moral: la utilización de embriones humanos para investigaciones, que suele conllevar la terminación de sus vidas. Se ponen a disposición de los investigadores biomédicos, con una nueva finalidad: convertirse en sujetos cosificados de prácticas experimentales con fines terapéuticos. Una vez más, el planteamiento utilitarista es el prevalente; la finalidad es éticamente buena: conseguir terapias celulares y genéticas para enfermedades hoy incurables, sin que se otorgue, en general, la misma importancia al medio que permitiría eventualmente dichos avances, esto es, la destrucción de embriones humanos viables, perfectamente sanos y viables, reducidos a la condición de “material biológico” útil.

En España, desde los años noventa del pasado siglo, se intenta provocar la legitimación de esa transición teleológica. La sociedad española había consensuado, en 1985, en una ley que sirvió de referencia a los demás estados, una amplia aceptación de las técnicas, con fines reproductivos. Pero, primero la controvertida cuestión de los límites en la conservación de los embriones congelados, en número no controlado; y, después, su “aprovechamiento” para fines no estrictamente reproductivos, sino para la obtención de células pluripotentes obtenidas en el estadio de blastocisto, usadas en la investigación terapéutica, se materializaron en la Ley 45/2003 y después en la vigente Ley 14/2006.

La transición teleológica estaba realizada: esta última norma ya reconoce expresamente *ambos fines*, se trata de actualizar la

normativa española a los progresos operados en las técnicas, atendiendo a realidades nuevas como la posibilidad de la clonación (3); pero, también, añadido, regular el uso de los embriones sobrantes para fines de investigación.

Si en la Ley del 85 sólo se permitía la investigación con embriones humanos cuando estos fueran declarados inviables, o hubieran fallecido, y se establecían algunas cautelas respecto del uso de los gametos, en la ley vigente desde 2006 desaparecen esos límites respecto de los embriones preimplantatorios, ahora “cosificados” en la dudosa categoría de “preembriones”, que pareciera denotar un estatus biológico y hasta ontológico prehumano, o, al menos, con distinta consideración moral y legal. En España, desde el 2006, se puede decir que el nuevo imperativo de competir en la carrera de la investigación biomédica con células troncales de origen embrionario ha limitado considerablemente la protección otorgada a los embriones preimplantacionales.

Evidenciado el cambio en los fines reconocidos a las técnicas, se plantea la legitimidad de las mismas cuando se autoriza la instrumentalización de embriones humanos, aun con finalidad éticamente impecable: la terapéutica-investigativa hacia el progreso en el tratamiento de enfermedades con células troncales. El debate ético que se abre con tal propuesta se da a partir de la consideración de una cuestión previa: el estatuto antropológico de los embriones preimplantatorios, los embriones en fase de blastocisto disponibles. La consideración ética, y la consiguiente valoración moral de lo que se haga con ellos, depende del estatus que se les otorgue, o, más bien, reconozca.

Junto a ello, todavía en el orden de los *fin*es, tendremos que analizar la legitimidad ética de unas investigaciones que se orientan a seleccionar eugenésicamente, discriminando entre

3. Sólo prohibida de modo expreso en su vertiente reproductiva, la Ley dejaba abierta la posibilidad de realizar prácticas clonativas-, normalmente en la modalidad de transferencia de núcleo o en partenogénesis inducida, para fines investigadores o experimentales. Con la entrada en vigor de la Ley de Investigación Biomédica en 2007, quedaba legalizada en España la clonación no reproductiva.

esos embriones cuáles serán transferidos a un útero y cuáles desechados definitivamente, en función de su perfección genética, que les habilita, les hace idóneos para utilizar sus células y tejidos con fines investigadores o terapéuticos. También cuando la selección se realice con fines reproductivos, en pro de la llamada eugenesia “liberal”³, cuando, por ejemplo se practique el diagnóstico genético preimplantacional (DGP) para detectar deficiencias indeseables de individuos viables, o se pretenda ofrecer hijos con un sexo predeterminado o con cualidades físicas deseables a acaudaladas parejas.

¿Para qué se aprobaron las técnicas? ¿Para investigar con seres humanos? ¿Para recuperar prácticas eugenésicas que determinan la vida o la muerte de seres humanos sanos en función de que cumplan unos estándares genéticos aceptables?

Consideraciones antropológicas del juicio bioético

La tradición humanista y la civilización occidental en cuyos parámetros deben adscribirse nuestros juicios éticos y bioéticos, marcan como una suerte de “absoluto moral” el respeto incondicional a la vida humana inocente, que resultaría indisponible. No se puede matar al inocente, por la misma razón antropológica por la que rechazamos como inaceptable la esclavitud o cualquier abuso del hombre sobre el hombre.

La condición ontológica de *persona* del sujeto de la especie humana, independientemente de su raza, sexo o condición física, social o moral, hace que sea reprochable, ética y jurídicamente, el daño infligido intencionalmente a un ser humano, por el mero hecho de serlo. Si es humano, su vida tiene un valor, y nadie puede disponer de ella, ni menoscabar su salud o integridad física. A la base de los tratados y convenciones internacionales que protegen los derechos humanos está el reconocimiento universal del valor indisponible de la vida del ser humano, que se sustenta en un elemento fundante: la igualdad de todos los miembros de la

familia humana, titulares todos ellos, sin excepción, de la dignidad de las personas.

Como ocurre en otros “topics” de la Bioética contemporánea, el reconocimiento del estatuto ontológico de persona a un ser humano, determina de modo definitivo los límites éticos de lo que se debe o no se debe hacer éticamente respecto de ese ser humano. El motivo está en la dignidad inconmensurable, en la intangibilidad que se predica del ser personal, no apto, por su propia naturaleza personal, para ser tratado como medio, sino siempre como fin en sí mismo, inapto para ser instrumentalizado para ningún fin, por bueno que éste objetivamente pueda ser. Del respeto a la autonomía y dignidad personal de todo ser humano, aspecto de su ser que no es susceptible de gradación ni de variación por convenciones sociales, se deduce, por ejemplo, la necesidad de contar con su consentimiento informado para poder intervenir clínica o experimentalmente sobre su corporeidad, o para que pueda ser incorporado como sujeto de cualquier investigación científica.

No tenemos tiempo ni espacio aquí de repasar las distintas posiciones de quienes creen que la dignidad personal y el respeto debido a una vida humana dependen de que en ese ser humano constatemos la presencia actual de diversas *características* que se consideran definitorias de lo humano o de lo personal. Desde quienes sólo admiten tal dignidad en los sujetos con cierto grado de desarrollo fisiológico o celular, a los que establecen arbitrariamente un momento concreto para que podamos hablar de un ser verdaderamente humano, como la aparición de la cresta neural o la anidación del embrión; pasando por los que cifran la adquisición de esa dignidad en la constatación de que se posee autonomía, autoconciencia o capacidad moral.

En todas ellas, y en otras versiones menos extendidas, la idea principal es que sólo hay persona, o un verdadero sujeto humano cuya vida tenga un valor considerable, cuando se poseen o se manifiestan esas cualidades definitorias de lo humano o de lo

personal. En ausencia de ellas, o, más bien, no manifestándolas en un momento o periodo de tiempo determinados, y aun contando con que hay una genética humana, según estos autores no se está ante un individuo que podamos considerar persona. Según tal apreciación el valor de su vida y su dignidad quedan sujetos a la apreciación de la sociedad, al que le quiera otorgar el mismo sujeto, o los padres biológicos, si es por ejemplo un feto, o un embrión; o, en último término dependerá del consenso político y social plasmado en las leyes.

Estas posiciones, de matriz individualista y utilitarista, se basan en un error conceptual y filosófico profundo y notable: Confundir la *persona* con las *cualidades de la persona*, es decir, confundir la *persona*, con la *personalidad*.

Hay muchos sujetos humanos a los que nunca negaríamos los derechos que se derivan de la condición de personas sin cometer una aberrante injusticia. Por ejemplo, no dudamos de que es una persona con derechos el neonato o el niño sanos, a pesar de que todavía no manifiesten algunas cualidades de la persona (por ejemplo, no son autónomas, ni capaces moralmente). Tampoco lo dudamos de personas con ciertas discapacidades más o menos severas (personas con deficiencias genéticas que afectan a su cerebro, autistas etc.) que no muestran otros rasgos (no nos consta, por ejemplo, un grado de madurez psicológica, ni de autoconciencia, o de comunicabilidad). Cualquier persona, en último término, no manifiesta esos rasgos de la personalidad cuando está durmiendo, y sin embargo nadie restringiría la dignidad y los derechos de las personas al estado de vigilia.

La conclusión es que *siempre se es persona y no se puede dejar de serlo*, porque ello, se corresponde con nuestra naturaleza, con lo que *somos*, aspecto entitativo, irrenunciable y universal, que no depende de que lo manifestemos.

Sería complicado, además, llegar a un acuerdo que nos diera una mínima seguridad filosófica y jurídica en el establecimiento

convencional de las características definitorias de la persona. ¿Quién las establecería? ¿Por qué esas y no otras? ¿En qué situación dejaría nuestros bienes y derechos más valiosos, una consideración extrínseca y convencional- y por lo mismo variable – de quiénes somos y quiénes somos ciudadanos “de pleno derecho”, como la que propone el utilitarismo?

Lo que somos no puede establecerse o consensuarse socialmente, ni ser otorgado por nadie. Ni siquiera debiera depender de nuestro propio juicio ni apreciación individual. Lo que somos nos lo dice un reconocimiento honesto de la verdad que nos ofrece la realidad. Fuera de ello, somos vulnerables a las más graves injusticias, las que ya hemos vivido en la historia humana no tan lejana, en la que a determinados colectivos, etnias etc., se les ha negado el estatus de las personas, por convención social, incluso democrática, o por imperativo del grupo dominante, con lo que ello comporta de cosificación, degradación, violación de derechos y hasta exterminio selectivo o genocida.

Por último, para terminar con estas creo necesarias consideraciones antropológicas previas, creemos que, en la duda de si un individuo de nuestra especie pudiera ser o no ser persona, debería, por una elemental prudencia o precaución, ser tratado como si lo fuera. Esto es lo defendido por la denominada Bioética *personalista*, desde la convicción de que es la mejor manera de evitar el peor de los crímenes que se le podría hacer a *alguien* (sujeto): ser tratado como *algo* (objeto, cosa).

Problemas bioéticos expuestos por la Bioética personalista

Delineamos aquí algunos de los principales problemas de carácter ético planteados por las técnicas de reproducción humana asistida, ya explicados en los principales argumentarios de la Bioética personalista ⁴.

Aunque cabe hacer matizaciones morales diversas entre unas técnicas y otras, sobre todo, entre aquellas que simplemente coadyuvan a la procreación natural y las que suponen fecundaciones extracorpóreas o procesos técnicos clonativos, algunas consideraciones morales son comunes a todas las TRHA, desde la *visión de la bioética personalista*:

No es lícita la aplicación de técnica alguna que suponga la manipulación, selección, congelación o destrucción de embriones humanos. Las técnicas, tal como se desarrollan habitualmente, implican la destrucción selectiva de embriones en cada ciclo reproductivo, como medio para garantizar una tasa de éxito de la técnica que no supera, en número de gestaciones llevadas a término, el de la procreación natural. Valen aquí las consideraciones antedichas sobre el estatuto ontológico *personal* de todo ser humano, también en estado biológico embrionario;

La mayoría de estas técnicas son gravemente atentatorias contra la dignidad de la persona humana, no ya sólo respecto de los progenitores, que deberán realizar conductas inadecuadas a esa dignidad, sino, sobre todo, respecto del modo de ser procreado, que con las técnicas se reduce a un proceso de *producción biotecnológica*, también incompatible con esa dignidad.

Centrándonos en las más habituales de estas técnicas, la FIVET (Fecundación in vitro con transferencia de embriones); y la ICSI (Inyección intracitoplasmática de espermios), las reservas éticas más importantes planteadas se refieren a:

- selección y obtención de los gametos en las técnicas heterólogas, esto es, con intervención de material biológico de donantes de tercera/s persona/s distintas de los padres;
- riesgos para la salud de la madre;
- manipulación, selección y destrucción de embriones humanos;

- investigación y experimentación con embriones humanos;
- maternidad subrogada y úteros de alquiler;
- inseminación en mujer sola y fecundación postmortem;
- “test del hámster” y fecundación o clonación interespecíficas.

En este trabajo, no desarrollaremos estos problemas bioéticos, sólo nos centraremos en los asociados a los fines eugenésicos de algunas aplicaciones.

Últimos desafíos bioéticos de la *nueva eugenesia* en humanos

El reputado filósofo Hans Jonas, escribía que:

“...El control biológico del ser humano, especialmente el genético, plantea cuestiones éticas enteramente nuevas, para las que no nos ha preparado ni la práctica anterior ni el pensamiento anterior. Dado que es nada menos que la naturaleza del hombre la que entra en el ámbito de poder de la intervención humana, la cautela será nuestro primer mandato moral y el pensamiento hipotético nuestra primera tarea...”⁵.

Jonas propone el *principio de precaución*, porque conoce, ya en los años ochenta, la “novedad” del *riesgo eugenésico*, novedad que no se refiere a la intencionalidad eugenésica. La novedad no caracteriza algo que sea de hecho nuevo en las sociedades occidentales, en las que desde el siglo XIX se conocieron experiencias y prácticas eugenésicas de muy diverso alcance y significado, sino a los medios que ahora son utilizados para el control y la intervención biológico y genético sobre el hombre: Es la naturaleza humana, nuestra identidad como seres humanos y como especie, la que se puede ver afectada.

También Jurgen Habermas, en su ensayo *El futuro de la naturaleza humana*³, advierte sobre la incapacidad de la ciencia y la sociedad actuales para controlar la incidencia y consecuencias que podrían producir determinadas prácticas terapéuticas y reproductivas sobre la naturaleza humana, que podría verse afectada en procesos biotecnológicos, como los de la selección de las características genéticas y biológicas de los embriones, por motivos no terapéuticos, formas de eugenesia positiva que este autor considera censurables moralmente, y que incluye como formas de una nueva *eugenesia liberal*.

Algunas prácticas biotecnológicas, relacionadas con la ingeniería genética y la reproducción asistida, deben ser analizadas bioéticamente, porque pudieran comprometer bienes morales y sociales tan relevantes como:

- la integridad del patrimonio genético individual;
- la integridad del genoma humano como especie y la protección de las generaciones futuras;
- salud y variabilidad aleatoria de las características genéticas en una población, libre de procesos endogámicos;
- la protección de los ecosistemas, de la biodiversidad y de las otras especies, por los cambios producidos-inducidos en la especie humana;
- la igualdad de bienes y derechos de todos los seres humanos con alguna discapacidad, hándicap, o alteración genética;
- el derecho de acceso universal a determinados recursos biológicos con utilidades terapéuticas;
- el derecho a conocer el origen de la propia caracterización genética personal;

- la autonomía y libertad personales, que deben ser garantizadas en todos los procesos e intervenciones.

Bajo la calificación de la *eugenesia* se incluyen los procesos biotecnológicos, prácticas biomédicas e investigadoras que asumen la bondad de modificar determinadas características biológicas o genéticas de un individuo o conjunto de ellos, con el fin de evitar características indeseables, como enfermedades o deficiencias, (*eugenesia negativa*), o limitar su transmisión a la progenie; o de potenciar o incrementar la prevalencia de caracteres se consideran deseables mejoras en la constitución física de los individuos (*eugenesia positiva*).

La Bioética se inclina a aceptar la eticidad de los procesos eugenésicos *negativos*, aplicando el principio de precaución y garantizando la integridad y protección de la dignidad de los individuos afectados. Sin embargo, se suelen manifestar mayores reticencias y oposición a la *eugenesia positiva*, por la imposibilidad actual de prever las consecuencias de esas “mejoras”, respecto del conjunto de la especie y de la biodiversidad natural, por lo que pudieran significar de transformación de nuestra identidad físico-genética específica.

Entre las razones de la Bioética para aceptar los procesos eugenésicos *negativos* se destaca también la dificultad de consensuar cuáles serían los estándares de perfección genética o biológica, o incluso de ponderar en qué medida las “mejoras” que pudieran proveerse son realmente un mejoramiento de la especie, porque sería complicado alcanzar consensos acerca de qué es deseable y qué no lo es. Entre las prácticas que presentan reservas éticas para los expertos en Bioética se encontrarían: terapia celular o terapia génica sobre gametos o en embriones preimplantatorios; diagnóstico genético preimplantacional de embriones humanos con fines reproductivos o con fines terapéuticos para terceros (bebé medicamento); aborto voluntario con fines eugenésicos; utilización de células troncales humanas de origen embrionario para investigación y/o con fines terapéuticos; disponibilidad de células y

tejidos obtenidos de la sangre del cordón umbilical; selección de sexo del hijo; *enhancement*, nueva eugenesia positiva y transhumanismo.

Terapia celular o terapia génica sobre gametos o en embriones preimplantatorios

El objetivo de estas actuaciones es evitar la transmisión de ciertas patologías, de origen genético, a los hijos. Se trata, pues, de intervenciones que podemos encuadrar en la eugenesia negativa. La valoración bioética debe ser distinta si hablamos de gametos (óvulos o espermatozoides), que si se trata de intervenciones sobre los embriones preimplantacionales (normalmente cigotos o blastocistos). La razón fundamental de esta distinción es que las alteraciones genéticas introducidas sobre los gametos podrían trasladarse a los cigotos que pudieran generarse después, y, por tanto, perpetuarse esa variación en las siguientes generaciones.

La terapia génica en línea germinal viene siendo rechazada por aplicación del principio de precaución. Se suele admitir, también con ciertas limitaciones y cautelas la terapia génica en línea somática, esto es, sobre el resto de las células del organismo.

En cuanto a intervenciones terapéuticas sobre embriones humanos, sólo sería admisible la que redundara en el beneficio terapéutico del propio embrión. Por la dignidad humana – personal – de los embriones humanos, no es lícita la investigación o experimentación “pura”, carente de fines terapéuticos a favor del embrión; y tampoco aquellas que supongan un riesgo desproporcionado para la vida, la salud o la integridad física del embrión.

Diagnóstico genético preimplantacional (DGP)

El DGP se orienta a la detección precoz de enfermedades de origen genético o alteraciones genéticas que supongan una posible discapacidad o comprometan la salud futura de ese embrión

y se practica antes de la transferencia al útero, en los procesos de fecundación asistida. Consiste en extraer del núcleo de un blastocisto humano una porción de blastómeros, que se somete a un *screening*, al objeto de detectar la presencia de alteraciones genéticas o de la proclividad a desarrollar determinadas patologías hereditarias, de origen genético. La finalidad habitual es clonar esos tejidos con fines terapéuticos.

También puede servir para seleccionar entre embriones producidos *in vitro* el que presenta características genéticas mejores, el que no muestra evidencias de la enfermedad genética, de modo que el resto no serán transferidos, serán desechados. Si la prueba fuera proporcionada, no comprometiera la salud o la vida del embrión, y se orientara a su propio beneficio, esto es, al tratamiento precoz de alguna enfermedad o discapacidad que se observa en el propio embrión, las objeciones morales serían menores.

Presenta dificultades *éticas* generar alrededor de diez o doce embriones y seleccionar entre ellos los idóneos para extraer tejidos y células, para obtener diversos recursos biológicos que podrían resultar de utilidad terapéutica para un tercero, por ejemplo, un hermano o consanguíneo enfermo. Estamos ante el que, en España, se denomina caso del “bebé medicamento”. Para conseguir esa “fuente” de recursos biológicos compatible con el destinatario, se han generado gran número de embriones que serán desechados, a pesar de ser embriones sanos. Se trata de masivos abortos eugenésicos, esto es, la injustificable destrucción de muchas vidas humanas inocentes.

Además, en el caso del bebé medicamento, incluso centrándonos en el embrión que será llevado a útero, para salvar la vida de su hermano enfermo: aunque se han preservado su integridad y vida físicas, y se le reciba en una familia, sea educado, alimentado etc., y muy querido, permanecen algunas reservas morales por lo que supone saberse, algún día, procreado para que otro siguiera viviendo. Haber sido generado con la finalidad primordial de salvar

a otro, supone una forma de instrumentalizar a alguien, a quien normalmente tampoco se le ha pedido el consentimiento para donar esas células o tejidos “salvadores”. Los efectos psicológicos negativos para el niño medicamento – y el adolescente –, de entender que no fue concebido con otro fin que el de servir de recurso para otro están por evidenciarse, pero parece que no deben ser excluidos.

Para intentar tratar enfermedades que se consideran incurables de otro modo, se genera *in vitro* un número variable de embriones humanos, que se someten a *screening* genético, para seleccionar los que poseen las características genéticas que harían útiles sus células o tejidos para el enfermo, una tercera persona, normalmente un hermano o familiar directo. En ocasiones, las familias desconocen el destino que se dará a los restantes embriones, a los otros hijos generados, hermanos del enfermo, que no serán útiles. En caso de ser criopreservados, se aplican igualmente las objeciones éticas que reseñábamos antes, para los embriones congelados preventivamente, para que queden “en reserva” para el caso de que se quieran tener más hijos, o sean donados para la investigación.

Aborto voluntario con fines eugenésicos

Las modernas sociedades occidentales han evolucionado hacia una cultura hedonista y utilitarista que tiende a sobrevalorar la autonomía, la belleza, la comodidad y la calidad de la vida; y a rechazar la dependencia, lo feo, lo incómodo, o lo que comprometa la calidad de vida en términos materialistas y de capacidad de consumo.

En este contexto, la discapacidad supone una situación que debe ocultarse, por supuesto evitarse por todos los medios, y un hijo discapacitado se ve como una persona que va a sufrir mucho, va a tener menos calidad de vida, y una existencia que no merecería la pena vivirse o sostenerse.

La práctica del *aborto eugenésico* se ha hecho habitual, se ha despenalizado en algunas legislaciones, y sería legítima para quienes niegan la igual dignidad que tenemos todos los seres humanos, y que toda vida es valiosa, intangible e inviolable, independientemente de la “perfección genética”, grado de autonomía o de la salud que se tenga.

Células troncales embrionarias en investigación y/o con fines terapéuticos

La posibilidad de clonar seres humanos se hacía realidad recientemente, de modo que con la ya tradicional técnica de la *transferencia de núcleo*, o con nuevas metodologías, es factible obtener embriones humanos por métodos distintos de la fecundación con gametos. Mientras que las legislaciones supranacionales y las de muchos estados se apresuraron a prohibir la clonación con fines reproductivos, no ha ocurrido lo mismo con la técnica clonativa con finalidad terapéutica.

En ambos casos, el procedimiento técnico implica la generación *in vitro* de un embrión, el embrión clónico, que es genéticamente humano. Las células troncales del núcleo del embrión son células pluripotentes, cuya replicación se ha querido orientar al servicio de la medicina regenerativa. El éxito de estas aplicaciones ha sido prácticamente nulo, redirigiéndose la investigación con células troncales hacia el uso de *stem cells* extraídas de tejido adulto.

Las dificultades morales aparecen, una vez más, en la destrucción de blastocistos humanos clónicos desechados después de los procesos de selección típicamente eugenésica de células y tejidos que superen la prueba de compatibilidad, entre otras características. En otros casos, se pretende utilizar para investigación las *stem cells* de embriones congelados: seres humanos, habitualmente embriones preimplantatorios congelados que fueron desechados para la procreación asistida, y que son utilizados como fuente de células troncales para la investigación científica.

Todos estos procesos son objetables éticamente, no sólo por lo que supone de pérdida masiva de embriones humanos, de instrumentalización de seres humanos a los que no se ha requerido su consentimiento, por poner en peligro la vida y la salud de esos mismos embriones, etc. sino también por la orientación eugenésica de esas prácticas con gametos y embriones preimplantacionales, manipulados, congelados, desmembrados o destruidos para obtener sus células madre, realizar clonaciones etc., respecto de los que se considera que sí merecen existir, porque son “útiles”, admitiendo que el fin justifica los medios, aun en contra de la dignidad de todo ser humano.

Células y tejidos de la sangre del cordón umbilical

La sangre de cordón umbilical (SCU) contiene una gran concentración de *stem cell* pluripotentes para las que se auguran utilidades biomédicas y terapéuticas en concreto, sin que plantee su obtención problema ético relevante, ya que, para empezar, no implica dañar a ningún embrión. Del cordón umbilical que, tras el parto, solía desecharse, ahora se puede conservar algunas porciones en cuya sangre se acumulan recursos biológicos valiosos.

Lo que mantiene controversias morales en este punto tiene que ver con la legalidad de la creación de bancos especializados en la conservación de estos tejidos, con la posibilidad de comercializar con ellos y con la universalidad del acceso y disponibilidad del recurso conservado, especialmente cuando se realiza el depósito y se contrata la conservación en instituciones privadas, con un coste económico.

Selección de sexo del hijo

El DGP hace hoy día posible seleccionar entre los embriones producidos *in vitro* y elegir el embrión que se va a implantar, en función del sexo preferido, sin ninguna indicación terapéutica. Es una manifestación de la eugenesia *liberal* criticada por Jürgen

Habermas y muchos bioéticos, una forma de poner la técnica al servicio del impulso de la autonomía, o del capricho de los padres biológicos.

Enhancement, nueva eugenesia positiva y transhumanismo

¿Qué sucedería si la biotecnología consiguiera eliminar ciertos defectos o programarlos por voluntad propia? ¿Sería deseable un medicamento que pudiera borrar de nuestra memoria los hechos traumáticos? ¿Todos tendríamos acceso a ellos o el mundo se dividiría en nuevas clases sociales de perfeccionados y naturales, en seres aptos y no aptos dignos de una reparación? ¿Queremos vivir en un mundo de hombres prefabricadamente perfectos? ¿Cuál sería el límite de la perfección y quién decidiría qué es la perfección? ¿Seríamos realmente libres?

Consideraciones finales

A todas estas inquietantes cuestiones debemos enfrentarnos cuando hablamos de transhumanismo, la corriente definida por el filósofo sueco Nick Bostrom como *“el movimiento cultural, intelectual y científico que afirma el deber moral de mejorar las capacidades físicas y cognitivas de la especie humana y de aplicar al hombre las nuevas tecnologías para que se puedan eliminar aspectos no deseados y no necesarios de la condición humana, como el sufrimiento, la enfermedad, el envejecimiento y hasta la condición mortal”* ⁶.

Para los transhumanistas, sólo son *personas* quienes tienen capacidad de razonamiento, de modo que no se posee una dignidad intrínseca, sino que la dignidad puede ser graduada por el poder político o tecnocrático, unos postulados antropológicos que cuestionan la idea de igualdad entre los seres humanos, y fomentarían drásticas políticas de selección eugenésica. Además de defender la eugenesia negativa, estableciendo la necesidad moral de que no nazcan seres humanos con taras o discapacidades,

algunos de sus representantes se manifestaron proclives a la autorización del infanticidio de neonatos defectivos graves.

El objetivo, éticamente debido para ellos, de la mejora de la especie, admite estrategias de *enhancement* sobre fetos y neonatos. Es una manifestación contemporánea de la filosofía eugenésista, de claro signo utilitarista, respecto de cuyos presupuestos se han manifestado muy críticamente líderes intelectuales, políticos y religiosos de todo el mundo.

Como conclusión de este capítulo, debemos decir que las nuevas formas de *eugenesia* habilitadas por el avance de las ciencias biomédicas y de sus aplicaciones en medicina reproductiva son una amenaza real para los derechos fundamentales que dimanar de la dignidad del ser humano, una dignidad de la que también participan los embriones preimplantatorios. Estas amenazas son la base de nuestra censura ética, reservas morales que se añaden a las ya tradicionalmente señaladas desde la Bioética de base personalista.

La legislación española, entre otras europeas, ha autorizado nuevas técnicas y prácticas en reproducción humana asistida, como la clonación por transferencia de núcleo, con el fin de incorporar una utilidad científico-investigadora a las células troncales extraídas de embriones congelados desechados para la reproducción humana. Consideramos esta legislación gravemente injusta y que debe ser reformada cuanto antes.

Las investigaciones con células troncales humanas han de orientarse hacia alternativas que no plantean problemas éticos, y que se han demostrado mejores en cuanto a sus perspectivas de utilidad terapéutica como es el uso de *stem cells* extraídas de tejido adulto (*adult stem cells*). El objetivo sería garantizar el adecuado equilibrio entre la investigación y tecnología biomédica y la protección debida a los derechos de todos los seres humanos; con una legislación al servicio de un auténtico progreso humano, esto es, acorde con la dignidad personal de todos.

Referências

1. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. UNESCO; 2005. Disponível: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
2. Consejo de Europa. Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con Respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina. [Internet]. 1997. Disponível: <https://www.unav.es/cdb/coeconvenccion.html>
3. Habermas J. El futuro de la naturaleza humana: ¿hacia una eugenesia liberal? Barcelona: Paidós; 2002.
4. Abellán JC, Barahona ML. Los códigos de la vida. Madrid: HomoLegens; 2009.
5. Jonas H. Técnica, medicina y ética: sobre la práctica del principio de responsabilidad. Barcelona: Paidós; 1997. p. 109.
6. Bostrom N. www.transhumanism.org: World Transhumanist Association (2002-2005). The transhumanist FAQ.

Ética entre desejáveis e indesejáveis do admirável mundo novo e do fenomenal mundo selvagem

Livia Maria Armentano Koenigstein Zago

A que viemos

Dentre as consequências das duas guerras mundiais que caracterizaram o século XX como o “século curto”, está o surpreendente desenvolvimento da ciência e da tecnologia. Mas ao século XX, duas guerras não bastaram. O acirramento da Guerra Fria foi responsável pela construção, em 1969, do muro de Berlim, que dividiu a Alemanha em duas, Oriental e Ocidental e, identicamente, o mundo, ou seja, os comunistas, liderados pela Rússia na União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URRS) e os não comunistas, comandados pelos Estados Unidos. A par disso, novas e violentas ditaduras instalaram-se no mundo, como ocorreu, por exemplo, na Europa e nas Américas Central e do Sul.

A queda do muro de Berlim, em 1989, muito mais do que unir a Alemanha, fez eclodir culturas e civilizações até então subjugadas pelas duas potências. Surgiram nações e países cujos nomes eram desconhecidos e difíceis de pronunciar. O Ocidente laico viu-se obrigado a conviver com teocracias orientais duras, arcaicas e de costumes inaceitáveis para a civilização que se enobreceu com os fundamentos da *Declaração Universal dos Direitos Humanos*¹. Agora o mundo não se divide apenas em dois. São os norte-americanos, os russos, os latinos, os chineses, os coreanos, os japoneses, os hindus, os islâmicos, os africanos, os indígenas, os outros ocidentais, os outros orientais e tantos outros mais.

Com isso estabeleceu-se, também, verdadeiro choque entre as culturas que não adotam como único parâmetro o desenvolvimento científico e a modernidade no seu mais elevado grau. Es-

sas últimas, que utilizam a mais avançada tecnologia bélica, são servientes do poder político e religioso, que entendemos como tirânicos. Civilizações e culturas são dominadas pela mídia e acosadas pelo poder do terror midiático, laico ou religioso.

Importante consignar que, a partir da década de 70, as ditaduras europeias começaram a ruir, assim como as ditaduras da América do Sul. Novas constituições foram promulgadas, como a espanhola, de 1978, e a portuguesa, de 1974 – esta, inspiradora da Carta brasileira de 1988. O que se deve observar atentamente nesses documentos é que positivaram os princípios e as garantias de direitos humanos fundamentais e sociais, vale dizer, os princípios não são mais meras referências a valores importantíssimos, mas despidos de efetividade. A positivação faz os princípios terem força e efetividade de lei, de sorte que descumprir um princípio escrito na Constituição significa incidir em inconstitucionalidade material.

Assim, quando a Carta Magna garante inviolabilidade do direito à vida, liberdade, igualdade, saúde, segurança, propriedade, privacidade, intimidade, honra, imagem, infância, maternidade, liberdade de expressão, de culto, de manifestação de pensamento, garante liberdade de exercício de toda atividade, inclusive científica, ou quando proíbe tortura, sob qualquer forma, quando veda o tratamento desumano ou degradante, garante esses princípios com eficácia. Mais: essas garantias não dependem da existência de nenhuma outra lei que lhes confira eficácia, porque são de aplicação imediata.

Essa mudança constitucional em relação aos princípios, que, aliás, estão positivados em todas as constituições modernas, é muito importante no que concerne à ética e à bioética, porque a dignidade humana, catalizadora de todos os princípios, passa a ser direito positivo. Em nosso país, a dignidade é um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, tal como prevista no artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal ².

Não obstante o arcabouço jurídico constitucional de todos os países democráticos – das declarações universais de direitos que, repita-se, engrandecem e enobrecem a civilização ocidental, a exemplo da *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, de 1948; a *Declaração de Helsinki*, adotada em 1964 e suas versões de 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000; o *Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*, de 1966; o *Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos*, de 1966; a *Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos*, de 1997; a *Declaração Internacional sobre os Dados Genéticos Humanos*, de 2003, e a *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*, de 2005 – o desrespeito à dignidade humana continua a ser perpetrado em todas as áreas, como na política, na religião, na educação, nos experimentos científicos e na propriedade restrita do conhecimento humano, dentre outras.

Na política, por exemplo, recentemente, os ataques com as armas químicas, na Síria, dizimaram centenas de pessoas, inclusive crianças. A intimidade e a privacidade de toda a humanidade são devassadas incessantemente por países como os Estados Unidos. Um tipo de munição, intitulado “balas de porco contra jihadistas”, criado por um fabricante de armas do Estado norte-americano de Idaho, segundo notícia veiculada no dia 28 de junho de 2013³ nos noticiários nacionais e internacionais, a nosso sentir, desrespeita sentimentos religiosos. O objetivo, nitidamente provocativo, já que se sabe ser a carne de porco considerada impura para os seguidores da religião islâmica, destoa dos preceitos éticos e dos princípios jurídicos da liberdade religiosa.

O Documento Secreto 9, do Partido Comunista da China, recentemente vazado pela imprensa e veiculado pelo primeiro-ministro chinês⁴, ao enumerar a promoção de direitos humanos universais, a liberdade de imprensa e a participação cívica como alguns perigos ocidentais, constitui forte obstáculo à criação de normas de conduta ética universais, que se tornam, cada vez mais, imprescindíveis naquele país. Outra situação alarmante foi a notícia, veiculada em vários meios de comunicação em 8 de agosto

de 2013, da confirmação, pelo governo japonês, da urgência do vazamento em Fukushima, sendo que até trezentas toneladas de água altamente contaminada podem estar fluindo para o oceano sem que se saiba, exatamente, a extensão de tão grave dano ao ambiente ⁵. Por essas sendas perpassam sem-número de ações horrorosas, mostradas nas redes sociais e nas televisões que adentram nossos lares e banalizam a falta de responsabilidade, de compromisso, o terror e a violência.

No campo da pesquisa científica, o ser humano ainda é utilizado como cobaia. Não estamos a lamentar fatos históricos, como o tenebroso período da Alemanha nazista, quando nos anos de 1939 a 1945 mais de trezentos médicos participaram de atrozes pesquisas nos campos de concentração. Essas pesquisas envolviam grávidas, idosos, crianças. Dentre os experimentos, registra-se a remoção e transplantes de ossos, órgãos, músculos, inoculação de vírus, bactérias. Tampouco nos referimos ao período de 1936 a 1945 no Japão, país que transformou milhares de prisioneiros chineses em cobaias humanas com o uso de vírus e bactérias causadores de doenças diversas, nem à vivisseção de prisioneiros, que também ocorreu naquele período tenebroso. Para não mencionar as armas químicas despejadas de aviões.

Também não nos reportamos à Guatemala, palco de experiência perpetrada por pesquisadores estadunidenses que infectaram, de 1946 a 1948, um grupo de cerca de mil e quinhentas pessoas vulneráveis, como homens, mulheres, crianças, prisioneiros e portadores de doenças mentais, com as bactérias da sífilis e da gonorreia, doenças sexualmente transmissíveis. Essas cobaias foram obrigadas a manter relações sexuais com pessoas infectadas para contrair as doenças. Depois de infectadas, os pesquisadores administraram antibióticos para comprovar a eficácia da medicação.

Sequer falamos da experiência levada a cabo nos Estados Unidos, de 1932 a 1972, que tornou notório o infeliz destino de seiscentos homens cobaias sífilíticos que morreram de forma dolorosa, presos

a um estudo para avaliar a evolução da doença sem nenhum tipo de tratamento quando já se sabia, desde 1946, da existência da penicilina e seus efeitos benéficos para a sífilis. Encerrada a análise, em 1972, apenas restaram vivos 74 participantes.

Falamos do Brasil, nosso país, onde, nos recentes anos de 2003 a 2006, já vigentes as normas éticas para pesquisas em seres humanos (a Resolução CNS 196/96), quarenta homens foram cobaias em experiências de picadas de mosquitos transmissores de malária. Essas cobaias humanas, provenientes das comunidades ribeirinhas de São Raimundo do Pirativa e São João do Matapim, no município de Santana, no Amapá, submeteram-se à doença em troca de doze reais. Em uma das comunidades, 50% dos participantes contraíram malária.

Em 2006, o senador Cristovam Buarque denunciou o caso ao Ministério Público Federal e apresentou projeto de lei que criminaliza condutas que desrespeitem a ética em pesquisa científica em seres humanos (PLS 78/2006). A justificação do projeto inicia-se assim: *“Este projeto de lei foi motivado pelos eventos – denunciados pela imprensa e constatados por mim – relacionados à utilização de moradores de comunidades ribeirinhas como cobaias humanas em uma pesquisa sobre a malária, conduzida no Estado do Amapá”*⁶.

Nesse esboçado caleidoscópio fantástico, tenebroso e maravilhoso que forma a diversidade dos países, das nações, das culturas e das civilizações deste nosso admirável mundo, novo e selvagem, que é nosso maior e mais precioso tesouro, há que se encontrar um mínimo ético comum. Buscá-lo, ou indicar, pelo menos um caminho que conduza a ele, é nosso objetivo, que reconhecemos bastante pretensioso.

O Admirável mundo novo: a obra de Aldous Huxley

Emprestem-me seus olhos! Agucem seus ouvidos! Deem asas à sua imaginação! Mas creiam, tudo é realidade! Tudo é hoje! Esse

tema, tão aparentemente estranho, oriundo do fascínio que certas histórias, fatos e realidades sempre causaram, a mim em especial e muito profundamente, são bioética. Quando me apeguei ao *Admirável mundo novo* para apresentar minha fala no X Congresso Brasileiro de Bioética, em Florianópolis, tive em mente a obra de Aldous Huxley.

Huxley, com essa obra, e George Orwell, com seu *1984*, são considerados os dois autores de utopia mais relevantes do século passado. Ocorre que as utopias, como profetizou o religioso e filósofo russo do século XIX Nicolas Berdiaeff, “*aparecem como mais realizáveis do que se acreditava antigamente*”⁷. Fato é que nos encontramos, hoje, numa situação angustiante de tentar evitar a inevitável realização das utopias! Por que isso? O que ocorre? Como ocorre?

O *Admirável mundo novo*, publicado em 1932, retrata um tempo futuro denominado Utopia, no qual os governantes, para alcançar a desejada e considerada indispensável estabilidade social realizam, por meios e métodos científicos, a revolução pessoal última, “verdadeiramente revolucionária”. Essa revolução, dentre outros, consiste na produção de seres humanos em tubos de acordo com um preconcebido papel a ser desempenhado na sociedade (estável), na qual um sistema científico estabelece cinco castas, cada qual distinguida por uma cor e que são, em ordem decrescente de importância: Alfa (cinza); Beta (amora); Gama (verde); Delta (caqui); Ípsilon (preto).

Também indispensável à obtenção da estabilidade social é o condicionamento biológico e psicológico, desde o início da vida no tubo até a morte, o que acontece por intermédio de persuasões repetidas pavlovianamente por gravações em momentos certos e constantes – hipnopedia – e outros métodos, como drogas sem efeitos nocivos aparentes, disponibilizados pelo Estado a todos os cidadãos, como o *soma*. A droga, estabilizadora do comportamento, propicia felicidade, tranquilidade e aceitação pacífica da vida propiciada pelo Estado centralizador, padronizador

e paternalista. Além desses, a obrigatoriedade dos tratamentos de SPV – *sucedâneo de paixão violenta* – que, uma vez por mês, inunda todos os organismos com adrenalina.

O processo chamado Bokanovsky permite o desenvolvimento de até 96 gêmeos idênticos, semialeijões, produzidos e utilizados para funções operacionais. A sexualidade é exigida desde tenra idade, assim como a multiplicidade de parceiros. A promiscuidade sexual é obrigatória em Utopia, onde também não existe família e, portanto, seus cidadãos desconhecem as correspondentes obrigações e amor familiar. O simples pronunciar a palavra *mãe* é uma obscenidade, que evoca uma intimidade carnal e emocional inadmissíveis num mundo no qual um dos dogmas é *civilização é esterilização*.

Na civilização, tudo é asséptico, limpo, cuidado e previsível. O individualismo é abominado e inexistente a iniciativa pessoal, isto é, domina a impessoalidade. As pessoas vivem bem, belas e sãs até os 60 anos de idade, portanto, ignora-se o que seja a velhice e a decrepitude. A religião é cerimonial e guarda semelhança com ritos tribais, com muito *soma* e fidelização a Ford, espécie de Deus.

Mas a realidade, por mais perfeita, não foge à regra de que os seres humanos falham. O cidadão da casta mais elevada, ou seja, um Alfa, chamado Bernard Marx, talvez por erro de produção, sente-se insatisfeito, não lhe apetece ingerir o *soma* para sentir-se alegre, tranquilo. Por ser sociólogo obtém permissão para ir a uma reserva indígena, com sua parceira, Lenina Crowne, que só usa verde e é bastante “pneumática”!

A reserva indígena abriga os selvagens, em estado de natureza, mal cheirosos, com hábitos repugnantes e nojentos, como o de procriar, amamentar, amar. Têm doenças e enfrentam piolhos, velhice, sujeira, brigas, infelicidades e tudo a cru, sem *soma* ou outra droga que os conduza ao mundo da alegria, da serenidade e da aceitação. Lenina se horroriza com o mundo selvagem, mas fica fascinada com o Selvagem John. Este é levado para a Civilização

com sua mãe biológica, Linda, uma Beta que, por acidente, engravidou e ficou no mundo selvagem e que está idosa, muito gorda, doente, desdentada, mal cuidada.

A partir daí, o livro passa a narrar as diferenças brutais entre as duas civilizações. O Selvagem, no entanto, não se impressiona com o desenvolvimento espetacular de Utopia. Horroriza-se com as centenas de gêmeos Bokanovsky. Nega-se a fazer uso do *soma* e de outras drogas, como está fazendo sua mãe, esquecida no mundo ilusório das drogas. Não admite os costumes libertinos e a promiscuidade de Utopia. Interessa-se por Lenina, admira-a, idolatra-a. Em diálogo com o Administrador de Utopia, o Selvagem John defende a permanência dos imprevistos da vida, até das doenças. Reclama o direito de ser infeliz, de ficar velho, feio e impotente; do direito de não ter conforto, de viver com a apreensão constante pelo amanhã. Clama: "*Quero Deus, quero a poesia, quero o perigo autêntico, quero a liberdade, quero a bondade! Quero o pecado*"⁸. O desfecho do livro é trágico para o Selvagem e Lenina.

Nosso admirável mundo novo

Sabemos que a Utopia, do *Admirável mundo novo* de Huxley, de uma forma ou outra realizou-se. Aliás, no decorrer deste capítulo chamamos a atenção à angústia de Berdiaeff em evitar a realização definitiva das utopias. Em vão. Por enxergarmos espantosa similaridade entre a ficção de Huxley e o mundo em que vivemos, utilizaremos as reflexões do jurista e filósofo estadunidense Ronald Dworkin, o qual, em pelo menos três obras, analisa questões consideradas difíceis, levanta problemas atuais permeados pela angústia e a maravilha de nosso admirável mundo novo⁹.

Sobretudo quando discorre a respeito de *brincar de Deus*¹⁰, que equivale, guardadas as devidas proporções, à realização da utopia de Huxley. As observações e indagações de Dworkin, que nada mais são do que observações e indagações do perplexo homem

do nosso *Admirável mundo novo*, permanecem sem resposta. Vamos a elas!

As descobertas científicas no campo da comunicação e da genética são as que mais assombro trouxeram à humanidade. A comunicação mudou drasticamente os modos, os costumes, o entendimento da vida, alterou o tempo e o espaço, hoje duplicado em real e virtual. A genética humana surpreendeu, empolgou e amedrontou. Afetou o sentido, as possibilidades e os desdobramentos da vida dos seres humanos vivos e por vir. Até os mortos passam a ter utilidade em certos desdobramentos, como nas buscas e resultados de exames como o do DNA.

A ciência, hoje, permite que se realizem certas situações até há muito pouco tempo sob o domínio da utopia: quem pode nascer? Como pode nascer? Com que possibilidades de doenças e outras afecções nascerá determinado ser humano? Que doenças a ciência poderá desenvolver? Em nosso admirável mundo novo já se realizou clonagem, ao que se saiba, apenas em animais. Drogas existem que alteram o comportamento humano. Outras, que deixam a pessoa mais atenta, com raciocínio mais acurado. Não está distante o dia em que será possível modificar, ainda no feto, predisposições para doenças, para personalidades agressivas ou demasiadamente introvertidas, para obesidade, enfim, poder-se-á talhar o ser humano segundo um padrão considerado aceitável em determinado tempo e sociedade. Mas quem decidirá essas situações? Todas elas necessitarão de intervenções legislativas? Quem terá o poder de adotar tais decisões? Como e por quem tal poder será exercido?

Essas situações propõem questões de ordem política, ética, jurídica, religiosa, comercial, profissional, cujas respostas são muito difíceis de obter e compreender. Podem-se citar as situações concernentes a diagnóstico e prognóstico, a exames pré-natais e à seleção embrionária. Em relação aos diagnósticos e prognósticos, é imprescindível indagar: quais exames devem ser oferecidos? Que doenças são mais importantes? A última é uma questão de

proporções imensas, pois envolve investimento público e privado em pesquisa e oferta de exames que, por sua vez, devem ser disponibilizados ao maior número possível de pessoas, sem haver cunho elitista.

Aos sujeitos de pesquisa, no Brasil, é disponibilizado o resultado dos exames genéticos. Se o participante manifestar a vontade de forma autônoma e livre de saber o resultado do exame, a depender do caso, será encaminhado para realização de outros exames, de aconselhamento ou tratamento. O resultado de um exame deve limitar-se ao titular, que detém garantias às quais se vinculam todos os que laboram na cadeia de aconselhamento, recomendação, indicação, solicitação, realização e divulgação dos resultados, ou seja, garantia de sigilo e confidencialidade, preceito ético indiscutível e direito humano fundamental, escrito no artigo 5º, inciso X, da Constituição Federal², que protege a privacidade, a intimidade e a imagem das pessoas.

No entanto, os princípios da privacidade, da intimidade e da imagem, como todos os demais, operam em uma dimensão em que é possível ocorrer enfrentamento com outros princípios de igual hierarquia. Ocorrendo esse confronto, impõe-se fazer o sopesamento de valoração, um juízo de otimização em face de situações concretas, sendo imperativo que um princípio ceda a outro, que demonstrou ter maior peso valorativo naquele momento e sob aquelas circunstâncias. Assim, o princípio da privacidade, em certas situações e circunstâncias, pode ceder ante o direito à saúde e à vida, por exemplo, ou vice-versa.

Outra questão trazida à baila por nosso admirável mundo novo diz respeito à problemática do diagnóstico e do prognóstico. Existem severos riscos de o resultado de exames, sobretudo os que trazem informações genéticas, cair em mãos indevidas, de seguradoras, empregadores, empresas que selecionam candidatas a emprego ou, mesmo, de pessoas que possam causar prejuízo ou benefício a alguém em detrimento de outrem. Dworkin discorre a respeito e reflete que blindar a informação de resultado apenas a seu titular

pode representar, em certos casos, uma séria e efetiva ameaça. Refere à necessidade de utilização de DNA em investigações criminais ou na prevenção de situações de risco genuíno, como no caso de candidato a piloto de avião com propensão para infarto do miocárdio.

Segundo ele, nessa situação, as companhias aéreas devem exigir dos candidatos que façam os exames apropriados ante o balanço dos interesses envolvidos. Cabe observar que, no Brasil, mesmo no caso de pilotos de aeronaves, as companhias aéreas devem ter autorização expressa do candidato para realização do exame e devem guardar o sigilo e a confidencialidade exigidos a respeito do resultado, sob pena de infringir a garantia constitucional da privacidade e da intimidade.

Os exames no período pré-natal carregam consigo o grande receio de aborto caso sejam sabidas as deformidades ou as doenças que afetem ou venham a afetar o indivíduo nascido. Entretanto, a seleção embrionária para finalidade de implante ovular parece ter sido aceita e até considerada necessária, não obstante aqueles que consideram os zigotos como vida humana ou vida em potencial.

Outra turbulência concerne à vida e à morte. Antigamente tais desígnios foram do domínio da natureza, do acaso, de Deus ou dos deuses. O ser humano a eles se entregava resignadamente, podendo tão somente lamentar sua sina e culpar ou maldizer sua sorte. Outra fonte de preocupação e dúvidas refere-se a quem somos e aos nossos filhos. Nós e nossa identidade genética temos sido um paradigma da natureza, do acaso ou dos deuses. Qualquer alteração, mínima que seja, nesse paradigma produzirá revolução e imensa insegurança de ordem ética. As possibilidades dessa alteração se apresentam factíveis e mais, podem significar grandes benefícios ao ser humano.

Preocupado, ansioso e perplexo com o panorama das inovações possibilitadas pela ciência e que alterarão o paradigma ético que nos orienta e conduz, Dworkin iniciou uma série de avaliações,

na qual alertou que não são retóricas as questões que todos enfrentamos. Inquire, por exemplo: qual a diferença entre a descoberta e a utilização da penicilina, que curou tantas doenças, e a cura de doenças muito mais terríveis com uso de genes modificados e clonados? Qual a diferença entre um pai obrigar seu filho a submeter-se a exercícios físicos exaustivos para ganhar ou perder peso ou utilizar-se do desenvolvimento científico e alterar os genes que provocam tal desequilíbrio ainda na vida embrionária?

A ciência aumentou nosso poder sobre a natureza, prolongou a vida, transferiu ao ser humano, hoje dotado de reconhecida autonomia individual, um poder até há pouco tempo atribuído somente a Deus. Verifica-se, assim, que o império único e dominante da sorte, inclusive da chamada “loteria genética”, teve que compartilhar com a escolha sua primazia sobre os destinos humanos. Hoje, sorte e escolha caminham lado a lado e cada vez mais se observa o estreitamento entre elas. Se a beleza, a inteligência, o gênio, as facilidades, os dotes, a força, as habilidades foram questão de sorte, hoje já não o são mais. Tomem-se os exemplos de Dworkin que seguem ¹¹.

O primeiro é o da mulher que se entrega às mãos de um cirurgião plástico. Essa mulher não pode se orgulhar do resultado, mas alegrar-se, felicitar-se por ter feito uma boa escolha ao eleger o cirurgião, pois sua beleza se deve ao trabalho técnico de um terceiro. O segundo exemplo é o da criança cujo fenótipo tenha sido determinado por seus pais. Esse é um caso impressionante, pois os cientistas descobriram a capacidade de criar um ser humano feito por eles ou pelos pais da criança. Os exemplos demonstram que o orgulho do que somos em razão do que a natureza nos deu deixa de existir e passa a ser o resultado do trabalho de outras pessoas, ao qual somos totalmente alheios.

Outros fatores importantes, atinentes a essa questão, também merecem referência, ou seja, a questão econômica pode trazer graves consequências, como alijar os menos favorecidos que não possam pagar pelo processo de escolha pré-natal. Este fato

implica seleção elitista baseada no fator econômico de seres humanos ainda antes de nascer, como em Utopia, já que ou o Estado disponibiliza esses exames a todos ou serão criadas castas dos bem e mal nascidos geneticamente em razão da possibilidade ou não de pagar pela escolha genética certa ou necessária. Com relação à clonagem, a reflexão é que se pode criar alguém idêntico a outro por diversas razões, a saber, para mitigar a morte de um ente querido, para perpetrar a imagem ou projetar uma pessoa supostamente perfeita. Assim, a indagação que subjaz ante todos esses questionamentos é: qual o nosso limite moral?

A questão dos testes genéticos trará reflexos nos prêmios de seguro, porque as apólices poderão custar mais caro para quem não pode realizar, por exemplo, prevenção ou cura em fase embrionária ou para aqueles que apresentarem problemas ou potencialidades para doenças e essa é uma questão tormentosa a ser enfrentada. A responsabilidade com culpa pelo nascimento ao acaso ou com escolha é uma situação que não existe hoje, exceto nas hipóteses de pais fumantes ou dependentes de drogas. Fora esses casos, não há responsabilidade por culpa individual nos nascimentos, a não ser os que culpam a sociedade em geral, a sorte ou Deus.

No entanto, se houver nascimentos com doenças por falha ou deficiência genética, decorrentes da omissão ou da falha na escolha, ou impossibilidade econômica na efetivação de uma escolha, por parte dos pais ou responsáveis, surgiria responsabilidade por culpa dos pais? Dos responsáveis? Do Estado? Essa responsabilidade, em dependência do caso, da hipótese, do adiantado da ciência, seria por culpa ou dolo? Essa é uma questão ética, bioética, mas certamente de reserva legal.

Fenomenal mundo selvagem

Não se apresenta, de fato, nosso admirável mundo novo em situação muito similar ao descrito por Huxley? A semelhança se acentua mais ainda porque, paralelamente a todo o desenvolvimento

científico e tecnológico do nosso admirável mundo novo, o fenomenal mundo selvagem se perpetua. Tal fato ocorre por diversas razões, ou seja, pela falta de humanismo e sensibilidade dos poderosos, pela desídia dos Estados, em todo o mundo e em todos os níveis, que infligem ao ser humano, sobretudo aos mais pobres, opressão, tortura, humilhação, o mais profundo desrespeito à dignidade humana. Os mais pobres são carentes do mínimo que o desenvolvimento pode oferecer para minorar suas aflições, pois uma vez que existem os benefícios da modernidade, não se admite voltar sem ofensa a um mínimo ético de decência.

Perpetua-se também para a manutenção das maravilhas do mundo selvagem. Com a negação à impessoalidade total, do respeito às diferenças físicas, psíquicas e sociais de cada um, do respeito aos costumes, do senso de pertença à comunidade, à família, à etnia. À música local, à língua, ao dialeto, às vestimentas, à culinária, junto, certamente, com a Utopia! Verifica-se, no fenomenal mundo selvagem, uma luta intensa pelo empoderamento, pela inclusão em todos os níveis, pela luta em prol dos vulneráveis, como a mulher, o idoso, a criança, o adolescente, o consumidor, o ser humano como sujeito de pesquisa, o paciente.

A batalha ética pela plena autonomia e respeito está colhendo bons frutos. O que denominamos reação ética do admirável mundo selvagem pode ser visualizada, por exemplo, em relação a duas etnias indígenas brasileiras que, inclusive por meio de ações judiciais, obrigaram museus a promoverem restituição de bens que lhes pertenciam. O Museu Paulista, em São Paulo, devolveu em 1986 um machado de pedra semilunar dos índios Krahô, que se encontrava em seu acervo. No ano 2000, um manto de plumas dos índios Tupinambá, pertencente ao Museu Nacional da Dinamarca, sofreu um processo de restituição em face da identidade, o que também envolve a questão da preservação e repatriação ¹².

Muito interessante foi o caso das mais de duas mil amostras de sangue dos índios ianomâmis, colhidas em 1960 e que se encontravam em centros de pesquisa nos Estados Unidos desde

1967. Os índios não aceitaram que as amostras de sangue, tiradas a troco de espelhos e outras bugigangas, estivessem em geladeiras como se fossem comida e exigiram sua devolução, o que demandou longo processo, no qual os indígenas alegaram não serem crianças, não aceitaram a falta de esclarecimento dos cientistas e querem devolver esses restos mortais ao rio, como é seu costume ancestral porque, nas palavras do líder ianomâmi Davi Kopenawa: *“A ciência não é um deus que sabe tudo para todos os povos. Se querem pesquisar o sangue do povo deles, eles podem. Quem decide se pesquisas são boas para nosso povo somos nós, ianomâmis”*¹³.

Autonomia em nível bastante relevante e surpreendente foi demonstrada pela lei alemã em vigor a partir de novembro de 2012, que oficializou o terceiro gênero e oferece aos pais três opções para registrar seus filhos: masculino, feminino e indefinido. Essa mudança é uma opção para pais de bebês hermafroditas, que nascem fisicamente com ambos os sexos. A nova legislação abre a possibilidade de a criança, ao se tornar adulta, escolher posteriormente se prefere ser definida como homem ou mulher, ou mesmo continuar como sexo indefinido por toda a vida.

Ética entre desejáveis e indesejáveis do admirável mundo novo e do fenomenal mundo selvagem

Os valores éticos e bioéticos dos seres humanos da miríade de culturas e civilizações de nosso maravilhoso mundo novo, assim como do admirável mundo selvagem, que podem ser simbolizados como a Torre de Babel do século XXI, têm que se congregam num mínimo ético comum. A título de sugestão para a tentativa de alcance desse mínimo ético comum, propomos:

1. Que o progresso científico e tecnológico deva ser compreendido como um bem e destinado ao bem-estar de todos os seres humanos;
2. Que o progresso científico e tecnológico seja irreversível, desde que seja destinado ao bem;

3. Que o progresso seja consequência do dom da inteligência humana, que distingue o ser humano como o mais inteligente de todos os outros seres existentes na natureza;
4. Que a qualidade da inteligência, conferida aos seres humanos, impõe-lhe severas responsabilidades para com os seus semelhantes, para com todos os outros seres da natureza e para o meio ambiente em geral;
5. Que cada vida tenha que ser entendida como preciosa, única e ímpar;
6. Que todo ser humano tenha o direito de ser e de existir conforme suas peculiaridades e diferenças;
7. Que a clonagem de células humanas para finalidades terapêuticas seja eticamente aceitável e até desejável, mas a clonagem para efeito de reproduzir identicamente um ser humano, mesmo que por ditames de profundo amor, seja inaceitável por si só e por ferir o direito humano fundamental à identidade, à imagem e à personalidade;
8. Que os limites da ciência entre o acaso e a escolha sigam os padrões máximos da dignidade humana, da razoabilidade e do respeito;
9. Que a responsabilidade dos pais nas escolhas para seus filhos, que envolvam engenharia genética, sobretudo em fase embrionária, cinja-se às questões de saúde e bem-estar, na medida de suas peculiaridades e necessidades;
10. Que o Estado seja responsável por disponibilizar a todos os seus cidadãos e habitantes os meios para promoção da saúde e bem-estar no desenvolvimento da engenharia genética, sem discriminação ou eleição;
11. Que as seguradoras de saúde não possam discriminar ou aumentar o valor da apólice de seguro de qualquer pessoa em razão de testes genéticos.

Gostaríamos de terminar este capítulo com as considerações de Huxley, feitas no prefácio de nova edição da obra citada, no qual afirmou reconhecer diversas falhas no livro, mas recusou-se a fazer qualquer mudança, pois isso, no seu entender, implicaria alterar seus também possíveis méritos. Penitenciou-se, em especial, em ter dado apenas duas opções ao Selvagem, ou seja, ou aderiria à Utopia, *“vivendo uma vida de insanidade”*, ou aderiria à *“vida de primitivos numa aldeia de índios, vida esta mais humana em alguns aspectos, mas, em outros, pouco menos estranha e anormal”*¹⁴.

Huxley reconhece que o tema de *Admirável mundo novo* trata do avanço da ciência não como avanço em si, mas como esse avanço afeta os seres humanos: *“Os únicos progressos científicos descritos especificamente são os que se relacionam com a aplicação aos seres humanos dos resultados de futuras pesquisas nos terrenos da biologia, da fisiologia e da psicologia. É somente por meio das ciências da vida que se pode mudar radicalmente a qualidade desta. As ciências da matéria podem ser aplicadas de tal modo que destruam a vida ou a tornem irreversivelmente complexa e desconfortável; mas, ao menos, que sejam usadas como instrumentos pelos biólogos e psicólogos e não possam modificar as formas e expressões naturais da própria vida. A liberação da energia atômica assinala grande evolução na história humana, porém não a revolução final e mais profunda, salvo se nos explodirmos e assim pusermos ponto final à História. Esta revolução verdadeiramente revolucionária deverá ser realizada não no mundo exterior, mas sim na alma e na carne dos seres humanos”*¹⁵.

Referências

1. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. ONU; 1948 (acesso dez. 2013). Disponível: http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.

3. 'Balas de porco' contra jihadistas: munição promete mandar radicais para o inferno. O Estado de S. Paulo. 28. jun. 2013 (acesso dez. 2013); Internacional. Disponível: <http://www.estadao.com.br/noticias/impresso,balas-de-porco-contra-jihadistas,1047832,0.htm>
4. Prado AC, Ortiz E. O presidente da China nos faz rir. Isto é independente. 23 ago. 2013 (acesso dez. 2013). Disponível: http://www.istoe.com.br/assuntos/semana/detalhe/320638_O+PRESIDENTE+DA+CHINA+NOS+-FAZ+RIR
5. Müller FB. Governo japonês confirma urgência do vazamento em Fukushima. Blog Ecoinformacao.org. 8 ago. 2013 (acesso dez. 2013). Disponível: <http://www.ecoinformacao.com/blog/?p=5132>
6. Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei nº 78/2006. Estabelece punição para as violações às diretrizes e normas concernentes às pesquisas que envolvem seres humanos e determina a corresponsabilidade do pesquisador, do patrocinador e da instituição pela indenização devida aos sujeitos das pesquisas por eventuais danos ou prejuízos. (acesso dez. 2013). Disponível: <http://www.legis.senado.leg.br/mateweb/arquivos/mate-pdf/7891.pdf>
7. Berdiaeff N *apud* Huxley A. Admirável mundo novo. 21ª ed. São Paulo: Editora Globo; 2001. p. 19.
8. Huxley A. Admirável mundo novo. 21ª ed. São Paulo: Editora Globo; 2001. p. 290.
9. Dworkin R. A virtude soberana: a teoria e a prática da igualdade. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
10. Dworkin. Los derechos em serio. Barcelona: Ariel; 1995.
11. Dworkin. Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
12. Oliveira JC, Pinheiro LNR, Andrade AR. A informação como objeto para construção do corpus interdisciplinar entre Ciência da Informação e Ciência da Administração. In: 11º Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação. Inovação e Inclusão Social: questões contemporâneas da informação; 25-28 out 2010; Rio de Janeiro. (acesso 22 ago. 2013). Disponível: http://www.repositorio.ibict.br/bitstream/123456789/39/1/LenaEnancibJoaquim.PDF_
13. Folha de S. Paulo. "A ciência não é um deus que sabe tudo", diz líder ianomâmi. 12 maio 2010 (acesso 26 ago. 2013); Ciência. Disponível: <http://www1.folha.uol.com.br/ciencia/2010/05/733849-a-ciencia-nao-e-um-deus-que-sabe-tudo-diz-lider-ianomami.shtml>
14. Huxley A. Op. cit. p. 3.
15. Huxley A. Op. cit. p. 5.



BIOÉTICA

Parte 4 – Educação

Bioética, biopolítica e a sociedade contemporânea

Maria do Céu Patrão Neves

O tema que me foi proposto, “Bioética, biopolítica e sociedade contemporânea”, é de tal forma vasto que coloca à disposição de quem o desenvolva uma panóplia imensa de temas a aprofundar de acordo com o livre critério de selecção do respectivo autor – na medida em que cada um dos três conceitos privilegiados invoca um universo de temas diversos –, permitindo também qualquer abordagem de análise e reflexão, uma vez que aqueles conceitos se apresentam justapostos, sem qualquer intencionalidade que implique uma orientação subjacente.

Esta extraordinária liberdade que me foi oferecida constituiu talvez a maior dificuldade que assistiu ao desenvolvimento deste tema, pois sempre estive consciente que qualquer abordagem que viesse a favorecer marginaria muitas outras opções possíveis.

A partir do exposto, parece-me mais prudente deter-me sucessivamente nas três realidades que me são propostas, começando pela mais ampla e encaminhando-me para a mais restrita – sociedade, bioética, biopolítica –, assumindo como preocupação principal a redefinição do estatuto e o papel da bioética entre o contexto social actual, diferente daquele que assistiu à sua origem (e que temos de considerar), e o crescente protagonismo da biopolítica, que classificarei como tão necessário como ameaçador da identidade da bioética (na qual me centrarei sempre nas incursões pela sociedade contemporânea e pela biopolítica).

A minha tese será a de que a sociedade contemporânea está marcada por paradoxos verdadeiramente impactantes do quotidiano individual como sobretudo da vivência da

comunidade, os quais colocam em causa os pressupostos sobre os quais tem evoluído e questionam o seu desenvolvimento futuro. Refiro-me, numa perspectiva moral, à crescente inquietação moral numa sociedade que desconfia cada vez mais de toda a moral; refiro-me, numa perspectiva política, à crescente agitação política, particularmente urbana, em sociedades cada vez mais democráticas.

Sublinharei que a bioética emergiu na esteira desta perspectiva moral e que se tem de exercer no contexto político actual da sociedade contemporânea. Ontem, aquando do seu surgimento, a bioética, enquanto ética aplicada, apresentava-se como a afirmação de uma nova expressão do dever, através do que respondia ao primeiro paradoxo apontado; hoje, assumindo-se cada vez mais como uma ética cívica nas sociedades democráticas, enfrenta o desafio de não só se manter fiel ao sentido de dever, mas também de continuar a exprimir os interesses da maioria dos cidadãos afectados pelos progressos biotecnológicos, numa perspectiva que se alarga da consideração do indivíduo e da sua autonomia pessoal, às comunidades e todas as nações, desenvolvendo o sentido da justiça social e da solidariedade internacional. Só assim responderá também positivamente ao segundo paradoxo.

E é já no plano eminentemente social que a biopolítica surge, se desenvolve e ganha preponderância, podendo então assumir diferentes acepções e desempenhar diferentes papéis num plano nacional, em que se corre hoje o risco de deixar a biopolítica substituir a bioética, e num plano internacional, em que se corre hoje o risco de se permanecer ao nível da bioética sem exigir uma biopolítica.

Uma radiografia da sociedade contemporânea

Referirmo-nos à sociedade contemporânea é invocarmos um caleidoscópio de infinitas combinações de formas e cores, em que pessoas e comunidades, história e utopias, culturas e revoluções, discursos e acções, sonhos e frustrações, ciências e

artes, etc. e etc. criam e recriam a realidade ampla e diversa que designamos pela nossa sociedade. Que realidade é essa? Mais uma vez, os ângulos de abordagem podem ser múltiplos. Porém, dentro do contexto actual de intervenção focada na bioética e na biopolítica, somos convidados a privilegiar as perspectivas ética e política. Considerá-las-emos sucessivamente num registo que, imediatamente descritivo, não deixará de ser também problematizador, destacando os mais marcantes paradoxos nestes domínios que influenciam a bioética na sua natureza como no seu desenvolvimento.

Sob uma perspectiva ética, a caracterização da sociedade contemporânea terá de remontar à viragem do século XIX para o XX e ao caducar dos universais éticos como o evento mais marcante em si mesmo mas também o que se tornou mais significativo para a evolução da nossa sociedade e para o próprio surgimento da bioética. Refiro-me aos princípios dogmáticos ou axiomáticos que, ao longo da história da humanidade, foram estabelecidos e ditos universalmente reconhecidos como definindo o bem-agir. Cronologicamente, o primeiro foi a natureza que, desde a Antiguidade clássica até ao Renascimento e recrudescendo no presente sobretudo em correntes ambientalistas, estabelecia a conformidade com a lei da natureza como a orientação para o bem-agir do homem: a acção humana deveria seguir a lei da natureza. Com o advento das religiões monoteístas, Deus tornou-se o referencial moral universal, o que prevalece ainda mas apenas nas comunidades religiosas e diferentemente em cada uma delas: agir bem é obedecer a Deus. Sobretudo no século XVIII, com a preponderância das filosofias racionalistas, e na assunção da universalidade da razão humana, sob o paradigma de Kant, a moralidade passou a ser racionalmente determinada: o dever moral, determinado exclusivamente pela razão, universal, seria ele próprio universal também.

Durante a longa prevalência dos universais éticos o homem gozou de uma grande tranquilidade sobre o modo de bem-agir, devendo para tal ponderar acerca da aplicação dos princípios

universais aos casos particulares, focando a sua reflexão na opção pelos melhores meios para alcançar os fins pré-estabelecidos e justificados pelos princípios assumidos. Entretanto, porém, o homem reconheceu que a liberdade, como causalidade humana e fundamento mesmo da moralidade, é distinta e não se pode confinar ao determinismo, como causalidade na natureza; reconheceu que, não obstante a moral religiosa poder ser racional, a adesão a Deus se faz por um acto de fé que não é experienciado por todos os homens; reconheceu que a realidade humana não se esgota na sua dimensão racional, objectiva, mas é ainda, por exemplo, emoção e afectividade, dimensões subjectivas do ser que também interferem no seu modo de agir.

Afirmada a caducidade dos universais éticos o homem caiu num estado de orfandade, na ausência de recursos de validação de toda e qualquer norma moral, que o movimento pendular que caracteriza o humano se encarregou de compensar por uma atracção oposta, a do relativismo. A convicção ou defesa de que a verdade e o bem dependem do contexto – tempo, espaço, circunstância – em que são considerados tem uma longa tradição filosófica, com representantes destacados na Antiguidade clássica como no Renascimento, mas nunca assumiu a preponderância de que se revestiu na contemporaneidade decorrente não só da inédita negação dos universais éticos, mas também de um conhecimento ímpar da diversidade de culturas no mundo com os seus respectivos modos de pensar e de agir. Para além destes factores de agravamento, importa ainda sublinhar que o relativismo, na sua tese de que a noção do bem como o sentido do dever variam de comunidade para comunidade, combinou-se facilmente como o utilitarismo, na sua afirmação da felicidade como princípio supremo da moralidade cujo modelo de concretização varia de pessoa para pessoa. Na intersecção de ambos, o indivíduo passa a dispor de uma panóplia infinita de concepções de moralidade, todas ditas igualmente válidas, legitimadas no plano da subjectividade pela cultura como pela busca individual da felicidade.

Ora, quando tudo é igualmente válido, nada vale efectivamente uma vez que a própria noção de valor supõe um critério de avaliação de que decorre uma hierarquização das diferentes práticas de acordo com aquele critério; e se nada vale é o valor mesmo que se esboroa, caindo-se assim num vazio de valores ou nihilismo. Este seria um nível caracterizado pela anarquia, na total ausência de um poder ou autoridade preponderante em relação a outro, o que deixaria cada homem entregue à arbitrariedade de outro, cada sociedade entregue à prepotência de outra. Eis porque, face ao risco de nihilismo, o homem intensifica a busca por novas fórmulas de moralidade.

É na atração deste relativismo utilitarista mas também na convicção de que necessitamos de regras de bem-agir, e que na ausência de um princípio heterónomo de acção terá de ser o homem a formular essas regras, que, sobretudo a partir da década de 70 do século XX, irrompem várias éticas aplicadas, isto é, sistemas normativos particulares a domínios específicos e frequentemente inéditos da actividade humana. A bioética, como uma ética aplicada ao mundo novo das biotecnologias, é uma das mais destacadas e nasce neste contexto paradoxal de crescente amoralidade da sociedade e crescente moralização das actividades humanas. Ela nasce como uma opção inequívoca da necessidade de regras de acção em todos os domínios de actividade humana, já no reconhecimento da insustentabilidade dos universais éticos e da inviabilidade do relativismo moral. Por isso, ela nasce como uma nova expressão do dever (o que devo fazer? como devo agir?) no domínio específico da aplicação das tecnologias à vida (humana e não humana), como fundamento e normativa da acção em situações inéditas, graves e complexas que carecem de uma resposta efectiva, eficaz e satisfatória.

Sob uma perspectiva política, e continuando a obedecer ao intuito de destacar os paradoxos da sociedade contemporânea mais determinantes do presente e mais impactantes do futuro, remontaria (agora, apenas) ao final da II Guerra Mundial e à crescente hegemonia da democracia no mundo, a que sobretudo

desde então se assiste. Com efeito, a partir da II Grande Guerra gerou-se uma crescente pressão política (e económica) ocidental visando a instauração de regimes democráticos no maior número possível de países, como o melhor regime político na história da humanidade (numa perspectiva moral), isto é, o único que, do ponto de vista político, se constitui como garante de paz e que, do ponto de vista social mais amplo, promove a equidade entre os cidadãos e a justiça na sociedade, para além de ser também o mais eficaz na prossecução dos grandes ideais da humanidade.

Esta vertente potencialmente hegemónica começou entretanto a ser desafiada por movimentos contrários de natureza radical, como são os nacionalistas (radicalismo político) e os fundamentalistas (radicalismo religioso), ambos opostos ao espírito igualitário e inclusivo que a democracia promove, estruturando-se e desenvolvendo-se como segregacionistas, intolerantes e, por isso, potencialmente geradores de violência a qual, paradoxalmente, justificam em nome da democracia e dos direitos humanos que a estruturam.

É, pois, mais uma vez, num mundo de contrários que nos encontramos, o que se torna muito evidente, por exemplo, no espaço europeu em que, paralelamente ao forte movimento de integração na União Europeia, com a prossecução do alargamento a países-candidatos mesmo no actual período de crise, subsistem ou emergem focos separatistas, independentistas em alguns Estados-membros, os quais reivindicam, por vezes pela força, um espaço próprio dentro de um espaço comum. É num contexto democrático, que reconhece o direito à autodeterminação dos povos, que mais livremente podem emergir grupos que consideram a violência legítima para fazer valer os seus interesses atentando assim contra a própria democracia. Mas, uma mais evidente e real contradição a este nível é a simultaneidade, na Europa como no mundo, de, por um lado, um grande esforço de aproximação entre países, com alianças, confederações, uniões, de sentido federalista cada vez maior e, por outro lado, de fortes movimentos separatistas, animados pelas mais diversas razões, numa fragmentação territorial e política.

Um mundo de contrários também quando se derrubam governos autoritários laicos, em nome da democracia, para se virem a instaurar governos políticos religiosos, em que a não separação entre Estado e Religião estabelece constrangimentos à vida do cidadão e à organização da sociedade não compatíveis com o respeito de direitos fundamentais em que se fundamenta a democracia como seja a liberdade religiosa, mas também, particularmente em países islâmicos, outros direitos como o da igualdade de gênero. Esta é uma narrativa que poderia ser diferentemente ilustrada por exemplos com especificidades distintas bem vincadas do norte de África quer antes, quer depois da designada “primavera árabe”.

É ainda um mundo de contrários o nosso quando, em países com governos democraticamente eleitos, se vai para além da legítima e saudável expressão do pluralismo democrático em manifestações de rua e se promove uma militância do protesto e da contestação, no exacerbar de emoções que degeneram quase inevitavelmente em violência e na incitação a um populismo terrorista que ameaça o próprio regime. Já não se trata então de fazer ouvir a voz da maioria dos cidadãos, para o que a própria democracia contempla os mecanismos adequados, mas de fazer vingar as posições dos mais fortes que, nos bastidores, manipulam a multidão que de forma aparentemente espontânea vai engrossando e alastrando. Este é um fenómeno ainda recente, potencializado ou gerado mesmo pelas redes sociais, as quais, para além de terem vindo a capacitar o cidadão de um poder ímpar no seu nível de informação e de participação cívica, contribuindo para o reforço e qualificação da democracia, também podem ser utilizadas, e têm-no sido, para fazer estremecer o poder instituído, mesmo quando legítimo e democraticamente eleito.

Anima todos estes movimentos, que hoje diferentemente ameaçam o próprio regime democrático, uma militância inflexível (mais emotiva do que racional) que pouco dialoga e apenas se detém perante uma força superior e que, a limite, parece ir perdendo de vista os objectivos iniciais que a desencadearam

inebriada pela excitação da luta que passa a valer por si própria. Confundem-se assim os meios com os fins, valorizam-se os primeiros e negligenciam-se os segundos, numa inversão estratégica que compromete o desenvolvimento social e o progresso civilizacional.

É neste mundo de contrários em que a democracia prevalece como ideal político, mas em que o poder dos cidadãos já não é absolutamente exercido pela maioria deles, através dos seus representantes, mas também por vezes por alguns grupos sociais mais fortes, colocando em causa o próprio regime, que a bioética se tem vindo a desenvolver como uma ética cívica, ou seja, preconizando o envolvimento cada vez mais preponderante do cidadão na sociedade, e capacitando-o para uma participação activa e pertinente no que se refere ao largo espectro das aplicações das biotecnologias à vida em geral. Com efeito, a bioética sempre se evidenciou como sendo de natureza democrática. Se remontarmos às origens da bioética encontramos a exigência de transdisciplinaridade em toda a reflexão e tomada de decisão no que se refere à aplicação das biotecnologias, particularmente ao humano e também a procura de envolvimento do cidadão comum no debate e elaboração de normas da sua utilização na sociedade, sempre em detrimento da percepção da bioética como um domínio académico-científico circunscrito a especialistas. Daí que haja uma clara distinção entre as deontologias e as éticas aplicadas: as normas deontológicas são elaboradas e dirigem-se a grupos profissionais distintos, se bem que os efeitos da sua prática se estendam a todos os que interagem com esse grupo profissional sem, todavia, nada decidir sobre aquelas normas; a formulação dos princípios de acção das éticas aplicadas envolve todos os potenciais afectados pelas implicações da sua aplicação, envolve toda a sociedade, no cumprimento de um verdadeiro sentido democrático que importa preservar.

A bioética é, pois, de alguma forma, filha deste tempo que vivemos, desta sociedade que habitamos, interagindo com os seus paradoxos, replicando aos seus desafios. Ela surge num período

contemporâneo de desconfiança profunda de todas as morais e como rejeição desta atitude; surge no curso da democratização das sociedades e como extensão e especificação deste processo. E estes constituem-se como seus traços identitários que importa preservar sob o risco da própria bioética soçobrar.

Uma visão da bioética

Entretanto, o estatuto que a bioética reivindica para si, como expressão do dever no domínio das aplicações das biotecnologias à vida (humana) através da determinação de um sentido de agir, bem como o seu papel de democratização das ciências (biológicas), através da ponderação social dos fins e meios das ciências, encontram-se sob uma pressão constante, desde o seu surgimento até ao presente, ao que a bioética tem procurado responder, através do seu desenvolvimento, condicionada pela própria evolução da sociedade, num caminho arriscado.

Como surgiu a bioética (de ontem)?

A bioética surgiu na década de 70 do século XX desencadeada por um avassalador progresso das biotecnologias e sua aplicação ao humano, criando novas realidades em relação às quais o homem não sabia como dever agir. Consideremos, por exemplo, o desenvolvimento das técnicas de reanimação, nos anos 60, que passam a permitir que o processo de morte da pessoa possa ser suspenso, originando novas realidades como a do estado vegetativo persistente em que esta pessoa preserva uma vida biológica, mas perdendo a vida pessoal, isto é, a consciência de si e a capacidade relacional. Como agir em relação a esta pessoa? É verdade que a tecnociência permitiu evitar a morte, mas não foi capaz de recuperar a vida...

Tornava-se, assim, cada vez mais evidente que nem tudo o que fosse cientificamente possível era humanamente recomendável, que nem todo o progresso técnico-científico constituía um bem

para o Homem. Esta havia sido, aliás, uma lição da II Guerra Mundial, tanto no domínio da biologia, com os conhecimentos médicos adquiridos através da utilização indiscriminada de cobaias humanas, como no da física, com o sucesso da deflagração das bombas atómicas. Os notáveis êxitos científicos então alcançados corresponderam a acções atrozes de violência contra pessoas e povos e a um retrocesso civilizacional e moral da humanidade. Na verdade – reconheceu-se então – o conhecimento científico não constitui um fim em si mesmo, não podendo por isso ser perseguido a qualquer custo, mas apenas um meio ao serviço dos desígnios do Homem, pelo que só se justifica quando promove o bem-estar e o desenvolvimento dos povos; só o Homem constitui um fim em si mesmo, e a ciência, como a técnica, são de ordem instrumental, devendo servir o próprio Homem.

A bioética surge então como expressão desta subordinação necessária da ciência ao Homem, como a guardiã do respeito pela dignidade da pessoa particularmente em situação de grande vulnerabilidade, como é a de doença, como formulação de um dever por parte de profissionais e instituições para com pessoas e comunidades de forma a garantir que o progresso científico promova um desenvolvimento social, e que a integridade dos indivíduos não seja sacrificada a interesses da sociedade, por mais nobres que estes possam ser.

Tal não significa, porém, que este sentido do “dever” seja sinónimo da imposição de limites da acção técnico-científica, como é tradicionalmente divulgado pela mídia e assumido pela opinião pública, mas antes como deliberação ponderada acerca dos fins a eleger e dos respectivos meios adequados a implementar, podendo tal obrigar a uma reorientação do agir.

Creio que, a este propósito, o exemplo da investigação em células estaminais é paradigmático. Com efeito, este tipo de investigação incidiu, desde o início, nas células estaminais germinativas, devido ao seu superior nível de potencialidade e de indiferenciação. Estas células são colhidas em embriões e implica a sua destruição

o que, como é óbvio, constitui um problema ético fortemente controverso, com o confronto de posições bem distintas como são a da defesa absoluta do embrião e total proibição de colheita de células e a da disponibilização livre de embriões para investigação pertinente e também uma posição intermédia, como seria a de possibilidade de utilização de embriões criopreservados à margem de qualquer projecto parental (excedentários) e/ou de viabilidade incerta para transferência para um útero. A investigação em células estaminais evoluiu, sobretudo numa crescente liberalização da sua utilização, inclusivamente, com iniciativas de produção de embriões destinados exclusivamente à colheita de células estaminais. Entretanto, a persistente e intensa reacção de quantos reconhecem o embrião como uma nova vida humana, qualitativamente diferente das que lhe deram origem, e lhe atribui um estatuto moral e jurídico que exige protecção, determinou a procura de novas vias de investigação com células estaminais que não implicassem a destruição dos embriões. Hoje é sabido que as células estaminais embrionárias colhidas no sangue do cordão umbilical e placenta constituem material biológico necessário e adequado para esta linha de investigação, além dos progressos que têm sido feitos na reprogramação celular que permite inverter o processo de diferenciação celular e vir a obter células estaminais a partir de células somáticas adultas.

A investigação com células estaminais não foi afectada, tão pouco as expectativas de desenvolvimento de uma medicina regenerativa. Mas foi possível, através da reflexão ética, encontrar meios adequados para, sem comprometer o progresso científico, garantir o respeito e protecção da vida humana desde a sua expressão embrionária.

A percepção da ética como limitadora da ciência poderá ter tido algum fundamento durante as primeiras décadas de um progresso biotecnológico avassalador, desencadeado pela descoberta da dupla hélice do ADN, por Crick e Watson, em 1953, e que, aplicado ao humano, se ia tornando cada vez mais invasivo e desencadeando uma crescente artificialização do humano,

ameaçando desvirtuar a essência deste. Prevalencia então o receio pelo novo e a bioética, que despontava, parecia poder vir travar as inovações cada vez mais ousadas e sentidas como cada vez mais assustadoras. Lembremo-nos, por exemplo, a quando dos primeiros transplantes, do receio que o transplantado adquirisse traços da personalidade do dador o que, a par do receio de artificialização da vida humana e consequente violação da humanidade do homem, alimentava as vozes contra a transplantação. Eis o que teria sido um enorme retrocesso na procura de benefícios para a humanidade. A bioética, porém, desde os seus primórdios, não foi uma dessas vozes; antes se centrou nas condições de obtenção do consentimento por parte do dador e/ou família, no anonimato e gratuidade da dádiva, nos critérios de priorização dos candidatos a transplante, isto é, na salvaguarda da integridade das pessoas envolvidas numa situação até então inédita.

Talvez a fama da ética como impondo limites fosse até prestigiante há décadas atrás, quando a desconfiança em relação à ciência era grande, mas já então não esgotava de todo o seu exercício e hoje seria contraproducente, podendo mesmo contribuir para a sua desvalorização por uma sociedade que cada vez é mais atraída pelo novo.

Em todo o caso, a bioética tem sido chamada a intervir segundo três modalidades de diferente impacto e valor: através da imposição de limites, numa acção repressiva, determinada pelo medo do inédito; através da elaboração de regras, numa acção normativa, exigida por imperativos legais; através da educação da consciência, numa acção formativa, requerida pela dimensão ética do nosso ser.

No que se refere à primeira, acrescento apenas que o medo que o avassalador progresso das biotecnologias provoca não é necessariamente um medo patológico que obscurece a inteligência (se bem que o medo, quando alimentado pela ignorância, possa conduzir a posições radicais, dogmáticas ou fundamentalistas, que se exprimem, regra geral, no domínio em

apreço, pela decisão de banir totalmente determinadas linhas de inovação científica pelo receio de alguns dos seus efeitos); o sentimento de medo pode e deve ser perspectivado, na esteira da filosofia de Hans Jonas, como uma hermenêutica, entendido como fundamento do princípio da precaução que dita a inibição da acção quando desconhecemos os seus efeitos distantes (no tempo e no espaço) – princípio este de que não podemos ainda hoje prescindir.

A bioética surgiu igualmente como exigência de reflexão sobre a natureza, finalidade e implicações da biotecnologia em geral, provocando o desaceleramento do dinamismo irreprimível do progresso desta, ao obrigá-la a confrontar-se consigo mesma, nas suas interrogações, dificuldades e previsões. Porém, não se procura deter o progresso, mas antes promovê-lo reorientando-o. A atitude mais comum a este nível consiste no ensaio de formulação de regras ou normas que modelem o comportamento humano, ou a enunciação de princípios que respondam à interrogação pelo fundamento do agir (esta é a postura que caracteriza a actividade dos diversos organismos que se dedicam à reflexão ética aplicada, sejam locais, nacionais ou internacionais).

A bioética surgiu ainda como expressão irreprimível da consciência (individual como colectiva) que se exerce quotidianamente como sabedoria prática. Refiro-me à consciência ética como o estado de vigília (permanente) relativamente à acção, uma inquietude perante as diversas modalidades do agir que, no domínio em que nos situamos, caracterizado pelo surgimento de situações inéditas e também pela ausência de quaisquer universais, se torna muito premente. É a consciência ética, é esta inquietude que demite todo o comodismo de modelos de acção previamente estabelecidos e exige o empenho em formas de acção legítimas e eficazes. Refiro-me à sabedoria prática como a capacidade reflexiva e deliberativa sobre as diversas situações concretas, novas e únicas, na consideração da acção quanto à sua intencionalidade, natureza e consequências. Esta é a manifestação irredutível da dimensão ética do homem que, como tal, esteve na origem também da

bioética e se terá de manter desperta para que esta se mantenha como expressão do dever.

A bioética, em qualquer uma destas três vertentes, não deixa de ser, nem pode deixar de ser, uma “expressão do dever”, o que sabemos agora significar fazer prevalecer o valor incondicionado da pessoa perante todos os poderes da sociedade. Neste sentido, a bioética procura contrapor o “dever”, que protagoniza, ao “poder”, que nomeadamente a biomedicina exerce; procura destituir a hegemonia do poder das ciências biológicas e equilibrá-lo com o dever ou obrigações em relação à pessoa, às comunidades, à humanidade.

Eis o que intenta fazer, desde a sua origem (e ainda hoje), no âmbito clínico da investigação como no assistencial, actuando tanto a nível pessoal, através da enunciação da autonomia como princípio ético fundamental, como a nível social, através do desencadeamento do seu processo de institucionalização.

O respeito pela autonomia, enquanto reconhecimento da capacidade e direito da pessoa participar activamente no que a si se reportar, confere novos poderes ao cidadão. Este deixa de ser um sujeito passivo, em que a autoridade de outros se abate, para passar a ser um parceiro dos processos em que é parte interessada. Procura-se, através de uma autonomia pessoal que a bioética foi reforçando no decurso da sua história, reequilibrar o relacionamento entre os cidadãos, participantes na experimentação clínica como no processo terapêutico, e os vários focos de autoridade social.

A criação de instituições que se dedicassem à bioética, para além de a confirmarem como um novo domínio da reflexão e da prática, permitiu alargar muito amplamente o envolvimento de cidadãos, de um espectro transdisciplinar, nas questões éticas decorrentes dos progressos biotecnológicos. A ética dos cuidados de saúde, da investigação científica, das ciências biológicas deixa de ser prerrogativa de especialistas dos respectivos domínios e torna-

se pública, enquanto fórum de debate de uma cidadania activa. Procura-se, através de um processo de institucionalização que a bioética foi desdobrando no decurso da sua história, constituir uma fundamentação num horizonte de universalidade não pré-estabelecida, mas decorrente do debate público.

Diferentemente, em cada uma das três vertentes sistematizadas, a bioética não deixa nunca de ser uma deliberação livre acerca de fins e meios da acção, em situações inéditas, e assunção responsável dos mesmos na convicção de que, através da reflexão que desenvolve e das opções a que procede, vai subordinando o poder ao dever. Eis no que consiste a sua origem e identidade através do que responde, pela positiva, sobretudo ao primeiro paradoxo destacado na sociedade contemporânea: perante a desconfiança de todas as normas morais, aprofunda-se a reflexão ética.

Como evoluiu a bioética (de hoje) e como se exerce?

Nestas suas cerca de quatro décadas de história, a bioética foi-se desenvolvendo de uma forma avassaladora, intensificando o que constituiu parte essencial do seu sucesso desde a sua origem. Refiro-me, sintética e sistematizadamente, ao já apontado reforço da autonomia no plano pessoal e da institucionalização no plano social.

Consideremos primeiramente o plano pessoal e das relações intersubjectivas em que o princípio do respeito pela autonomia passou a ser de consideração obrigatória em todos os domínios, tornando-se, por vezes mesmo, hegemónico. Esta estratégia de sucesso da bioética para o necessário e urgente equilíbrio entre poder e dever e como condição indispensável para salvaguardar a dignidade humana particularmente em situações de grande vulnerabilidade, foi-se exacerbando à medida que a autonomia ia prevalecendo sobre outros princípios éticos e a palavra-de-ordem se tornava o “empoderamento” das pessoas. Recordemos que a autonomia surge na esteira de uma filosofia liberal dos direitos

é introduzida na bioética para contrapor e diluir a beneficência, como princípio ético tradicional no âmbito da assistência clínica. A beneficência aplicada às pessoas doentes por prerrogativa exclusiva do médico, era também apenas por ele determinada como bem clínico. Este, porém, é de ordem psicofísica, não coincidindo necessariamente com o bem da pessoa, holístico e de largo espectro temporal. Sublinhe-se o exemplo das Testemunhas de Jeová que, numa situação de emergência médica em que a transfusão sanguínea é o único meio para salvar a vida, preferem recusá-la para preservar o bem maior que é a sua integridade espiritual.

Nesta nova realidade da autonomia, e também no terreno fértil do novo contexto social, em que a reivindicação de direitos num mundo sem valores *a priori* e sob um regime democrático em que todos são iguais perante a lei foi favorecendo a sua afirmação unilateral, veio-se a instalar numa lógica do poder cada vez mais preponderante. É através do poder de que a bioética se reveste que ela se confronta com os demais poderes, afastando-se assim da sua originária e identitária lógica do dever.

Esta via, quando prosseguida isoladamente, não está isenta de riscos. Destacamos dois que consideramos mais impactantes. O primeiro é o da bioética, ao se desenvolver numa crescente obtenção do poder, se ir convertendo num novo poder, diluindo a sua essência como interpelação do dever ao poder e assumindo-se como um contra-poder. Assim sendo, e não obstante a intenção originária de procurar revestir de poder aqueles que mais apartados dele estão, o “empoderamento” de alguns não deixa de criar novos desequilíbrios entre estes grupos que a bioética alcança e todos os demais que permanecem marginalizados.

Um exemplo que considero paradigmático neste contexto é o da expansão e fortalecimento das associações de doentes. Estas começaram precisamente animadas pelo genuíno espírito da bioética que, para além de dar voz a todos os potencialmente afectados por uma determinada realidade – todas as pessoas

afectadas por uma mesma patologia –, no reforço da base democrática das decisões a tomar, exprime também a voz do dever a prestar a estes doentes perante a do poder efectivo de intervir. Porém, o crescimento relativo das várias associações, inevitavelmente desequilibrado, e o apoio que muitas obtêm de entidades com interesses económicos associados, como a indústria farmacêutica, perverteram a sua expressão do dever perante o poder – característica da bioética –, para a trocar pela ambição de se revestirem cada vez de mais poder em prol das pessoas com aquela patologia específica, esquecendo o igual dever da sociedade para com todas as outras associações de doentes e todos os doentes que não dispõem de associações para a defesa particular dos seus interesses.

O segundo risco, na esteira do primeiro enquanto exacerbar da autonomia, é o da instalação de um liberalismo individualista galopante que resulta da aplicação hegemónica do princípio da autonomia pessoal. Neste âmbito, converte-se o poder, que a bioética procurou como instrumento do dever, como uma arma de querer individuais, particulares, egoístas e que, como tal, contribuem para a desigualdade entre as pessoas, o desequilíbrio social, e a preponderância de outros interesses – como os económicos, os académicos –, erodindo a bioética como “dever”, pervertendo-a na legitimação de um mero “querer”. E aqui, entre os muitos exemplos possíveis, os mais paradigmáticos são certamente os que se situam ao nível da assistência das biotecnologias ao processo de nascer, como seja a selecção embrionária em função do sexo e, mais ainda, a utilização da genética para desenhar o humano, como seja o empenho que se tem verificado entre alguns membros da comunidade surda em dar à luz uma criança igualmente surda.

A bioética desenvolveu-se também no amplo plano social através do seu processo de institucionalização. A criação de centros de reflexão ou de estudos, de comissões de ética hospitalares, comissões de ética nacionais, comissões de ética de investigação clínica, comissões de ética de vários organismos internacionais

etc., produzindo pareceres, directrizes, declarações, convenções etc., foi decisiva para confirmar a própria existência da bioética, alargar o seu domínio e diversificar os seus objectivos e, principalmente, consolidar a sua implantação, fortificando a sua fundamentação. Com efeito, na ausência de um sistema ético universal, a bioética procurou, desde o início, alicerçar-se numa moral comum, numa moral vivida partilhada, que envolve todas as pessoas potencialmente afectadas. É através das várias instituições bioéticas que são, por natureza, transdisciplinares e não de especialidade, podendo também constituir-se como micro-sociedades num esforço de representação desta como acontece nas comissões locais, que a sociedade em geral pode intervir nos processos de tomadas de decisão que, de uma forma mais ou menos directa, importa à generalidade dos cidadãos. Esta multiplicação de instituições bioética permitiu também especificar a natureza da sua intervenção e tornar-se mais eficaz.

Estas extraordinárias virtualidades do processo de institucionalização da bioética não deixam, todavia, de apresentar também alguns aspectos de preocupação quando se dá a sua intensificação excessiva. Nesta situação tem-se verificado uma tendência para a funcionalização dos organismos que se dedicam à bioética através da substituição da reflexão e debate pela exclusiva tomada de decisões, as quais, na ausência de considerações teóricas contextualizadoras e fundamentadoras, se apresentam pouco sustentadas ou coerentes.

Além disso, e este é já um segundo aspecto a apontar, tende-se a reduzir a ética ao direito na medida em que não só o processo ético de deliberação exige maior investimento e tempo do que o jurídico, alicerçado no estabelecido ou já deliberado, como também o jurídico se apresenta sem riscos para os sujeitos e/ou instituições envolvidas no que se refere a um eventual levantamento de responsabilidade civil, o que não acontece com a responsabilidade moral. As instituições, particularmente as funcionalizadas, tendem assim a desenvolver a sua actividade no plano exclusivo do direito, abdicando do nível ético

fundamentador. Verificamos, por exemplo, que a presença de juristas em comissões de ética é uma constante, ao contrário do que se verifica com a dos eticistas, regra geral ausentes.

Ora, a bioética, de natureza consultiva, carece do direito para revestir os consensos alcançados com a força da lei, apelando por isso à constituição do biodireito, o qual não se reporta a disposições jurídicas estatuídas que, no plano da jurisprudência, se apliquem às diversas situações particulares em presença, como se verifica na pura e simples evocação do direito, mas antes ao desencadear de iniciativas jurídicas no âmbito das questões já identificadas como sendo bioéticas e em torno das quais o consenso já foi obtido. O biodireito, como tal, não pode abdicar da bioética e apresentar-se como primeiro plano de acção, sob o risco de perder a sua fundamentação e coerência e de comprometer a capacidade de deliberação sobre novas realidades produzidas pelas biotecnologias.

A par da intensificação, quer da autonomia, quer do processo de institucionalização, e até pelas vantagens (popularidade) do reforço da autonomia na defesa dos mais vulneráveis e da multiplicação das instituições no alargamento da base de apoio da bioética, a bioética desenvolveu-se ao longo da sua história, e com particular incidência a partir da década de 90, expandindo-se do seu originário contexto geocultural (anglo-americano) ocidental para todo o mundo, dos Estados Unidos para a Europa, para a Ásia, para a América do Sul, para a África.

A este descentramento geográfico, ou expansão da bioética, correspondeu também um descentramento temático, ou diversificação, processo que deu também origem a uma nova visão da bioética. Com efeito, um diferente nível de desenvolvimento científico e tecnológico, uma diferente natureza dos problemas sociopolíticos, mas também distintas orientações filosóficas, sistemas jurídicos e instituições sociais, tal como se encontra nas diferentes partes do mundo em que a bioética se foi implantando, conduzem a diferentes perfis da bioética. O traço mais marcante destes diferentes per-

fis que a bioética vai assumindo, à medida que se expande e se diversifica, é o de ir progressivamente deslocando o seu enfoque do indivíduo e da sua autonomia para incidir também na comunidade e na justiça social, fixando-se ainda em diversas comunidades em diferentes países e na solidariedade internacional. Já não é então suficiente considerar exclusivamente a integridade e dignidade da pessoa, mas importa reconhecer que esta só pode ser assegurada para todos numa sociedade mais igualitária do que as presentes e mais equitativa na distribuição dos bens e nos acessos a condições de vida digna. Eis o que terá de ser alcançado através da promoção da justiça social. Esta, entretanto, deve tornar-se uma realidade não apenas em algumas sociedades privilegiadas mas entre a comunidade internacional que, no mundo globalizado em que vivemos, beneficia ou sofre a influência das outras. Por isso, num alargamento contínuo do espectro da bioética, importa hoje também considerar a solidariedade internacional. A *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* é um excelente testemunho deste percurso da bioética.

A *Declaração sobre Bioética* da Unesco, na sua secção dos princípios, vai ela própria percorrendo esta expansão desde uma bioética anglo-americana situada exclusivamente no plano biomédico, focada no impacto das biotecnologias no humano individual, para uma bioética que coloca também no plano ambiental, como é a Europeia, focada no impacto das biotecnologias nas interacções entre todos os seres vivos e entre estes e o seu meio ambiente, o que também caracteriza a bioética na Ásia, e, progressivamente, para uma bioética centrada no plano social, privilegiando o impacto das biotecnologias nas relações humanas (do homem e das comunidades com as diversas instituições) e nas relações entre estados, tal como veio sido afirmado pela bioética na América Latina.

Este é o percurso de uma bioética que, beneficiando-se da consolidação da democracia no mundo, se foi paralelamente globalizando e, reciprocamente, contribuindo para a consolidação da democracia ao mesmo tempo que sofrendo igualmente das suas maleias.

Esta nova bioética, a bioética global, não só reforça a natureza democrática que sempre a caracterizou mas, simultaneamente, intensifica o sentido do dever que a identifica ao se apresentar como nova expressão da aspiração à universalidade, esse horizonte indispensável a toda a moral.

São muitos os autores que se vêm referindo à bioética como global, começando pelo próprio Van Rensselaer Potter, o “pai” da bioética, que avança com esta expressão em 1988 para se referir a uma concepção de bioética que engloba as suas duas dimensões históricas: uma “ética ambiental”, relativa à sobrevivência do homem como espécie, a longo prazo, e uma “ética médica”, relativa ao bem-estar do homem individual, a curto prazo. Este processo cumulativo de constituição do sentido de globalidade constrói uma percepção unitária de um constante dinamismo, contribuindo assim para um amplo entendimento do que é a bioética. Nesta concepção de bioética global, poderíamos actualmente acrescentar uma “ética social”, relativa à convivência do homem em comunidade, a médio prazo, como teremos oportunidade de vincar.

Não é, porém, este primeiro sentido de uma bioética global apresentado por Potter o que mais imediata e habitualmente é invocado pela expressão. O reconhecimento do processo de globalização da bioética traduz-se frequentemente pelas noções de “internacionalização”, acentuando o crescente envolvimento de profissionais e académicos de diferentes países, ou de “universalização”, acentuando a identidade de um mesmo projecto que se desenvolve em várias partes do mundo, e a bioética global é entendida como um conjunto de teorias e práticas que foram sendo divulgadas, que se expandiram e se implantaram em numerosos países, ou mesmo por todo o mundo. Esta aceção acentua os aspectos comuns da bioética em vários espaços geográficos e reforça ou constrói mesmo uma identidade para uma bioética em expansão.

Esta aceção de bioética global privilegia a sua expansão num espaço cada vez mais alargado e, não deixando de ter em atenção os

diferentes contributos que as diferentes partes do mundo podem oferecer, adopta uma perspectiva uniformizadora da bioética, por vezes também denunciada como homogeneizante. As diferenças na percepção do que é a bioética e no desenvolvimento que lhe é imprimido, decorrentes da sua implantação em distintos contextos geo-culturais, são, pelo contrário, intencional e fortemente acentuadas no plano do que mais recentemente se entendeu designar por bioética local, isto é, específica a um espaço geográfico ou a uma comunidade humana. Neste âmbito, a bioética global é o contraponto da bioética local. Esta terceira acepção de bioética global distingue-se pela valorização da diversidade das bioéticas locais e do seu respectivo contributo para um pensamento e uma prática mais respeitadoras do humano na diversidade das suas manifestações: mantém-se o empenho na construção de consensos para obtenção de um ponto de vista unitário que, sendo superior à diversidade, não a suprima e descubra uma identidade ou universalidade de valores e práticas.

É assim que a bioética responde ao segundo paradoxo da sociedade contemporânea, afirmando-se contra a “desdemocratização”, contra a crise do regime, reforçando o seu originário espírito democrático, através de um descentramento das preocupações (também originárias) com o bem individual, o bem da pessoa através do reforço da autonomia, para preocupações mais amplas, relativas ao bem comum e, assim, à promoção da justiça social, e não se acobardando de se projectar para o plano internacional, intervindo nas questões transnacionais na exigência de solidariedade e cooperação internacionais.

Ora, se já antes, na intensificação da autonomia pessoal como na justiça social a bioÉtica apelava à complementarização do bioDireito, nesta sua abertura mais alargada ainda ao social, já numa dimensão transnacional, a projecção da bioÉtica numa bioPolítica torna-se essencial.

Uma ação ambivalente da biopolítica

No contexto social cada vez mais amplo em que a bioética se tem vindo a instalar, a biopolítica torna-se indispensável, como garantia acrescida de uma prática cada vez mais alargada, generalizada e eficaz.

Não creio, todavia, que haja um processo uniforme para o estabelecimento de uma biopolítica. Pelo contrário, considero que podemos ter e que temos vantagem em poder dispor de dois diferentes processos, em diferentes contextos e com diferentes acepções de biopolítica.

Assim, consideremos primeiramente uma comunidade relativamente homogénea, nacional e/ou regional, em que a biopolítica surge na sequência do desdobramento da bioética no biodireito e depois na biopolítica, o que se verifica em qualquer sociedade em que a bioética seja introduzida, se implante e ganhe preponderância. Este é um percurso evolutivo salutar e desejável. A bioética reflete sobre as situações inéditas provocadas pelo progresso biotecnológico e propõe novas modalidades de agir, sempre, obviamente, do ponto de vista ético; o biodireito retoma os consensos éticos e confere-lhes uma dimensão jurídica, tornando as determinações obrigatórias e prevendo sanções para os prevaricadores. Porém, não basta identificar o dever agir e impô-lo como obrigatório; importa também promover-lo, para que a sua prática se torne efectiva e generalizada. É a este nível que surge a biopolítica como implementação dos consensos éticos na sociedade, através da gestão e regulamentação sociais do progresso e das aplicações das tecnociências à vida.

Com efeito, a abertura da bioética à biopolítica é determinada pela consciencialização de que alguns problemas bioéticos prementes não se situam ao nível da tomada de decisão individual, mas antes exigem um amplo consenso ético e uma vontade colectiva de acção, tal como se verifica no plano da saúde pública ou do ambiente. Só uma acção alargada e concertada entre o maior

número de pessoas poderá vir a tornar-se eficaz. A biopolítica permite e facilita mesmo o processo de passagem de um plano de decisão e de acção de dimensão singular, para um outro de dimensão nacional, ao mesmo tempo que garante a passagem da formulação de normativas para a sua efectivação.

Este processo, que idealmente se deveria também aplicar ao plano internacional, dificilmente se concretizaria como tal a este nível por duas razões fundamentais. Primeiramente porque, neste plano internacional, está-se em presença de comunidades que podem ser bastante heterogéneas entre si, pelo que a construção de um consenso ético seria sempre muito moroso e inexoravelmente minimalista (pouco específico e não programático como se verifica na *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*); depois, porque as questões bioéticas que se colocam são tão graves e prementes que exigem uma intervenção imediata.

Deste modo, na ampla e heterogénea comunidade internacional, a biopolítica tem de ser instituída não mais como implementação dos consensos éticos previamente alcançados e, assim, como complementar da bioética, mas antes como uma vertente específica da política internacional que construa compromissos políticos e que tome os consensos éticos como complementares da sua argumentação.

Considero que o exemplo paradigmático neste contexto é o dos ensaios clínicos que se processam em diferentes países, no plano nacional, de acordo com as leis que neles respectivamente vigoram e que estão de acordo com a moral vivida dessa mesma comunidade. Porém, os ensaios clínicos são desde há muito, sobretudo multinacionais e têm por vezes lugar em países com um vazio legal em relação a esta matéria. Neste caso, e como a história recente nos tem lamentavelmente evidenciado, dá-se uma deslocalização dos ensaios clínicos dos países em que são regulados para aqueles em que não o são e onde se processam livremente com consequências por vezes nefastas para a população local. Estas situações têm de ser célere e eficazmente

travadas o que pode ser feito com maior sucesso através da biopolítica do que através da bioética. Porém, neste caso, no plano internacional, em que o processo de protecção das populações em relação à utilização das biotecnologias é e tem de ser diferente, também a biopolítica ganha uma diferente acepção: não decorrendo mais do desdobramento da bioética, como no plano nacional, não é o seu complemento; sendo introduzida como área específica da política internacional, constitui-se como uma especialidade política.

No plano nacional, o biodireito e a biopolítica não se devem autonomizar da bioética porque na ausência dos consensos éticos, o direito exerce-se como violência (dado o seu carácter obrigatório e sancionatório) e a política como ideologia do mais forte. No plano internacional, a biopolítica continua a exigir diálogo, negociação e, se não consensos, pelo menos compromissos e é este processo que legitima sua prática como área específica da política internacional que se pode e deve apoiar numa bioética global, mas que tanto se lhe pode antecipar como ir para além.

Nota dos organizadores

A pedido da autora foi mantida a ortografia ainda vigente em Portugal.

Referências

1. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Genebra: Unesco; 2006 (acesso 6 fev. 2014). Disponível: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>

A relação entre ética e política na hipermodernidade: uma transição paradigmática no campo dos valores?

Fermin Roland Schramm

A pergunta do título remete ao tipo de relação que pode ser estabelecida entre ética e política na assim chamada *hipermodernidade*, concebendo-se esta como transformação social em curso e que afetaria as esferas privada, pública e política, assim como suas inter-relações, e indicada pela expressão Terceira Revolução Industrial. De fato, esta viria sendo acompanhada por um tipo de democracia direta, como aquela representada pela comunicação em rede, e que poderia, portanto, ser caracterizada como *paradigmática*, pois as esferas privada, pública e política não poderiam mais ser separadas entre si, nem subsumidas, sem mais, a um único código, como aquele do *mercado*, visto que o que está em jogo são os *bens comuns* que transcendem as regras do mercado.

Com efeito, tais *bens* – por serem *comuns* – são em princípio também *indisponíveis*; ou seja, “*não podem ser tratados como um bem normal (como uma mercadoria), que se pode comprar e vender de acordo com a utilidade do momento*”, devendo, por isso, ser considerados como “*aquilo que pertence ao horizonte do existirmos juntos*”, sendo “*implicados na própria vida da comunidade que sobre eles baseia a própria existência enquanto tal*”¹. Em outros termos, tratar-se-ia de pensar se a hipermodernidade pós-industrial estaria sendo acompanhada concretamente por uma *hiperpolítica*, entendida como “*a primeira política para os últimos homens*” e que incluiria a “*capacidade de convívio*”, mas que deveria enfrentar “*um desafio de exigências sem precedentes*”, consistente em construir “*uma sociedade de indivíduos que aceitam continuar desempenhando o papel de intermediários entre ascendentes e descendentes*”, pois “*mesmo numa sociedade de ‘últimos’ homens, não pode ser desaprendida a mais antiga das artes, a de repetir o homem pelo homem*”².

Ademais, poder-se-ia pensar o que “hipermodernidade” e “hiperpolítica” podem ter a ver com uma possível *hiperética*, entendendo esta como uma ética *além* da ética, ou seja, não somente como uma *ciência da moral* baseada em análise racional e imparcial da moralidade vigente, mas – de acordo com o método da desconstrução de Jacques Derrida – como uma aplicação prática que pretende corrigir injustiças e evitar sofrimentos, que são, de fato, evitáveis, por não serem *naturais*, mas produzidos pelo ser humano e, portanto, que podem ser considerados *arbitrários* e *injustos*.

Em particular, seria o caso de pensar uma *hiperética* fundada no princípio da *hospitalidade incondicional*, a qual pressupõe sempre um vínculo com a *justiça*, entendida como aquilo que não pode ser *desconstruído*, visto que a desconstrução “já sempre está empenhada, comprometida com [a] exigência de justiça infinita”; podendo-se dizer também que “a desconstrução é a justiça” ou que a justiça é o que torna possível o próprio tipo de análise representada pela desconstrução, visto que “a justiça (...) parece sempre supor a generalidade de uma regra, de uma norma ou de um imperativo universal”³.

Pensar-se-ia, portanto, em uma possível *hiperética*, entendida como uma ética aplicada ou prática capaz de resolver conflitos morais num contexto formado também pela *hiperpolítica* e a *hipermodernidade* para resolver conflitos. Esta formulação poderia ser pensada também como “aberta às diferentes fontes de captar a verdade da experiência humana, como são a fé e a crença, a estética etc.”⁴, pois, caso contrário, só constituiria um instrumento abstrato, desconectado do imaginário social.

Devido a este possível vínculo com a *hiperética*, a *hipermodernidade* será entendida aqui como sendo, em primeiro lugar, uma intensificação, indicada pelo prefixo *hiper* de processos e conteúdos da *modernidade*, tais como: a) a democratização das sociedades; b) a tendência à extensão e universalização da cultura dos direitos humanos; c) a transformação ou *revolução* geopolítica conhecida

como *globalização* e que pode ser caracterizada também como uma financeirização geral do sistema econômico e social, como suas crises que afetam o *mercado* – inclusive o “*mercado político*” (...) *com todas as regras, todos os riscos e toda a imprevisibilidade do mercado*”⁵; d) a expansão e intensificação do saber-fazer tecnocientífico e biotecnocientífico que transforma o mundo da vida, seus sistemas e subsistemas – em suas dimensões macro, micro e nanométricas.

Tendo em conta tal possível vínculo, a primeira pergunta que surge é se o tipo de relações que podem ser construídas na hipermodernidade são substancialmente diferentes daquelas vigentes na *modernidade* e na *pós-modernidade*. E isso ao ponto de se tornar um novo *paradigma* – ou constituir uma nova *transição paradigmática* ainda em curso –, e que possa servir de *modelo* ou, pelo menos, de orientação para analisar a *moralidade* da práxis que desenvolvemos no *ethos*, na *polis* e no *cosmos*, e que se refere a seres humanos, animais não humanos, aos próprios ecossistemas e ao mundo (ou Gaia).

Mas, para podermos responder a esta pergunta deveríamos, antes, perguntar: o que é a ética? O que é a política? Que tipo de relação existe entre ética e política? Quais são as problemáticas específicas que ética e política indicam? Quais são as identidades e as diferenças entre ética e política ontem e hoje? As possíveis respostas a tais perguntas são bastante complexas, e ainda em construção tanto teórica como praticamente, razão pela qual nossa reflexão deve ser considerada somente como introdutória, faltando-lhe, portanto, os devidos aprofundamentos necessários.

A seguir, identificaremos, inicialmente, o que pode ser entendido com o termo *hipermodernidade* e quais podem ser seus laços com a *modernidade* e a *pós-modernidade*; em seguida, abordaremos os conceitos de *ética* e *política*, e suas possíveis relações, para abordarmos, finalmente, a questão de saber se, na hipermodernidade, haveria indícios de uma relação entre ética e política com uma

identidade própria, e se podemos qualificar esta relação como paradigmática, e, se sim, em quais condições.

Modernidade, pós-modernidade, hipermodernidade

O conjunto formado pelas palavras *modernidade*, *pós-modernidade* e *hipermodernidade* indica uma problemática muito complexa, que se refere a rupturas e continuidades com relação à tradição, ao progresso e a suas realizações, à temporalidade e à própria razão e seus poderes. Historicamente, tais palavras remetem a um período que podemos situar, *grosso modo*, entre os séculos XIV e XIX.

Começando na literatura, a modernidade pode ser associada ao poeta Francesco Petrarca e ao caráter experimental de sua poesia, se manifestou também em Erasmo e os Humanistas do século XVI (que se opõem à imitação dos *mestres* e propõem substituí-la com a criatividade e a novidade) e chega até a crítica da modernidade, iniciada pelo Romantismo alemão (e seu resgate dos sentimentos diante da razão iluminista) e aprofundada por Nietzsche e sua concepção do filósofo como “terapeuta” da cultura e a filosofia como prática desmistificatória dos pressupostos ocultos na vontade de conhecer e na vontade de verdade. Mas, alguns autores contemporâneos – como Jürgen Habermas – consideraram que a *modernidade* é um processo muito mais extenso, que começaria no século V e chegaria até o século XX e que ainda não teríamos saído dela porque estaríamos, em realidade, numa “modernidade tardia”, com seu projeto inacabado e não ultrapassado ⁶.

De fato, o movimento, referido pelos três termos e suas tensões, que estão na origem de uma proliferação de expressões e sinônimos, como *modernidade inacabada*, *modernidade tardia*, *nova modernidade*, *sobremodernidade* etc., levou ao hábito – sobretudo nas ciências humanas e sociais – de falar no plural: as *modernidades*. Mas, as várias versões podem ser vistas também como variantes que, em seu conjunto, se referem a: “*Um novo modo de representação, uma nova visão do mundo e do Homem*”,

que teriam acompanhado “*as descobertas de outros mundos, a revolução urbana e as novas formas de poder político e a entrada em outro período da história humana*”⁷.

Esta tradição do novo, de acordo com a expressão utilizada, sobretudo, em arquitetura, se desenvolve, em particular, nas artes da Renascença nos séculos XV a XVI, inicialmente na Itália, quando substitui a tradição medieval, baseada numa concepção de realidade essencialmente teórica e metafísica, ou *platônica*, estabelecendo, assim, nova cosmovisão, baseada em crenças de tipo empírico e científico. Essa cosmovisão será aplicada à natureza, ao ser humano às suas inter-relações, o que “*põe as bases das revoluções culturais e estruturais dos séculos posteriores, até o século XIX*”⁸.

Assim sendo, pode-se dizer que os três termos cobrem *grosso modo* um período que começa com o fim da Idade Média e chega até à Idade Contemporânea, e a dialética que se estabelece entre a modernidade e sua desconstrução, que leva à pós-modernidade e à hipermodernidade, faz que o Movimento Moderno se renove incessantemente e constitua um horizonte planetário no qual atuariam uma transformação contínua, acompanhada de riscos constantes de incompreensão, o que parece “*evocar um demiurgo que multiplicaria incessantemente seus canteiros (...) sem ter uma visão clara do conjunto a ser construído*”⁹. Entretanto, *modernidade, pós-modernidade e hipermodernidade* não se sobrepõem completamente, tendo também suas especificidades, como tentaremos mostrar a seguir.

Modernidade

O termo modernidade indica mais uma problemática polimorfa e imprecisa que um conceito claro e operatório nas várias ciências humanas que o utilizam. Indício disso é o fato que se costuma falar em modernidades referidas a vários âmbitos da realidade e do saber, como a História, a Estética, a Arquitetura, a Filosofia

e as Ciências Sociais, devendo-se lembrar, também, o termo *modernismo*, aplicado nas artes e na arquitetura para indicar um “movimento artístico que colocou a reflexão no primeiro plano de suas preocupações”¹⁰.

Entretanto, as várias ocorrências do termo têm também uma característica comum, ou seja, o fato de *moderno* ter relação contrastiva com o *passado* ou a *tradição* e de concentrar a reflexão sobre o tempo presente e suas especificidades, consideradas distintas daquelas da tradição. Este foi o caso daquela época histórica chamada Época Moderna, que começa com o movimento cultural indicado pelos termos Humanismo e Renascença, que questionaram a autoridade da tradição e recuperaram conteúdos da Idade Clássica por oposição ao suposto *obscurantismo* da Idade Média. Pertencem também ao mesmo contexto a Reforma protestante e seu questionamento da doutrina da Igreja Católica Romana, as grandes descobertas geográficas, científicas e tecnológicas, o tudo sendo orientado por uma “consciência aguda da originalidade e da autonomia do tempo presente que começa a ser formulado sob a forma de um pensamento do progresso”¹¹.

Este *pensamento do progresso* implicara se debruçar sobre a problemática da emancipação do indivíduo, as transformações econômicas, urbanas, institucionais e culturais, que se consolidarão com o Iluminismo, quando emerge a cultura dos direitos humanos, a qual afirma o universalismo dos valores constitutivos da cidadania universal *moderna*. Entretanto, a autolegitimação moderna em nome do *progresso* foi também objeto de críticas, como aquela de Jean-Jacques Rousseau que, em seu *Discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens* (1755), a criticou argumentando que a modernidade seria de fato a idade em que se perderam os laços sociais e aqueles com a natureza, e que isso implicaria a proliferação da injustiça. Com tal avaliação, Rousseau iniciara de fato a fase que podemos chamar de autocrítica da modernidade, a qual começa a debruçar-se sobre suas irregularidades, como a opressão e o sofrimento implicados pela *modernização* das sociedades.

Já no século XX essa autocrítica se radicalizará, por exemplo, com Adorno e Horkheimer, que, em *Dialética do esclarecimento* (1947), destacaram as características totalitárias da Modernidade no século XX, citando as duas guerras mundiais e os massacres de massa, mas precisando que tais características não revelariam a volta à barbárie, seriam, ao contrário, indícios do cumprimento da própria modernidade e de sua tendência a racionalizar, dominar e submeter a natureza e a própria natureza humana, submetendo tudo à mera razão instrumental.

Assim sendo, pode-se dizer que utilizamos o termo *modernidade* quando *“procuramos entender globalmente o que acontece quando uma formação social é confrontada com fenômenos como o capitalismo, a potencialização de organizações que funcionam segundo regras impessoais, (...) o individualismo”* ou, então, quando *“queremos isolar e avaliar valores, normas ou possibilidades históricas ligadas a tais fenômenos ou que emergem em sua esteira”*¹². Por isso, a modernidade poderia também ser *“designada por uma fórmula: ‘o movimento mais a incerteza’ que estabelece uma relação específica com a temporalidade e que valoriza a ruptura, a instabilidade, o devir sem acabamentos previsíveis”*¹³.

As críticas à Modernidade e, sobretudo, sua autocrítica, levaram à necessidade de especificar o termo e a propor outros, como outra *modernidade*, *pós-modernidade* e *hipermodernidade*, que podem ser vistos como produtos da *desconstrução* do conceito. Com efeito, a desconstrução sempre pretende mostrar que determinado *“conceito privilegiado não poderia sequer fazer sentido sem pressupor o seu oposto”*, ou seja, a desconstrução tenta *“comprometer a primazia de um conceito mostrando que a prioridade assenta genuinamente no conceito suprimido, visto que é pressuposto pelo privilegiado”* e, nesse caso, pode ocorrer que, devido a *“esta reversão, a primazia é então atribuída ao conceito anteriormente suprimido”*. Isso significa dizer também que *“o privilégio é substituído pela igualdade numa segunda fase de desconstrução em que as exigências conflitantes do estatuto privilegiado são resolvidas por um novo conceito que pode*

*incorporar os dois anteriores opostos, um pouco à maneira de uma síntese hegeliana”*¹⁴.

Este parece ser justamente o caso dos conceitos *pós-moderno* e *hipermoderno*, que podem ser vistos como produtos da crise do *moderno*, ou de sua desconstrução, e das tentativas de sua superação.

Pós-modernidade

Os termos pós-modernidade e pós-modernismo ficaram conhecidos, a partir dos anos 70 do século XX, inicialmente graças à crítica no campo da arquitetura, quando alguns arquitetos começaram a recusar o cânone funcionalista, destacando a *“estranha perversão do papel do arquiteto moderno como utopista social”*, que, ao mesmo tempo, *“de fato constrói para as instâncias reinantes da sociedade mercantil”*¹⁵.

O termo foi, posteriormente, importado às ciências humanas graças a um estudo de Jean-François Lyotard para o governo do Quebec sobre *“a condição do saber nas sociedades mais desenvolvidas”*, nas quais atuaria a mera lógica da *operacionalidade* e da *performatividade*, que seriam, de fato, características do *“estado da cultura depois das transformações que afetaram as regras do jogo da ciência, da literatura e das artes a partir do fim do século XIX”*¹⁶.

O método mais utilizado pela abordagem pós-moderna é a *desconstrução*, que pode ser vista como uma autêntica *episteme* aplicada aos conteúdos da Modernidade, pois questiona seus ideais cognitivos e políticos, como *“a pretensão das ciências (sociais) de enunciar leis objetivas universais”* ou *“o papel do saber nas relações de dominação”*¹⁷.

De fato, a desconstrução está associada principalmente ao trabalho crítico de Derrida, para quem haveria uma tensão política imanente a tal método, assim como implicações éticas

significativas, pois o trabalho da desconstrução seria, afinal, tarefa com responsabilidade infinita para com a alteridade, as minorias e o estranho. Por isso, seria intrinsecamente orientada pela instância da justiça, que não poderia ser, por sua vez, desconstruída, visto que *“a desconstrução é a justiça”* e que ela está sempre *“empenhada, comprometida com [a] exigência de justiça infinita”*¹⁸.

Em outros termos, a sensibilidade pós-moderna tenta mostrar que os objetos de estudo pertinentes das ciências sociais devem ser não tanto os objetos reais em si, mas os objetos, como o mundo, o espaço e o território, acompanhados de suas representações e respectivas desconstruções. Precisam ser entendidos, portanto, como *“realidades discursivas, produtos e produtores de representações”* e devem ser abordados do ponto de vista das relações de poder implicadas nos dispositivos da reprodução social. Tal processo precisa ter em conta a *“variedade [e legitimidade] dos pontos de vista, a diversidade e a complexidade das situações – irredutíveis a um modelo universal”*, e essa *“mutação epistemológica”* representaria uma *“contestação [da] possibilidade de fornecer uma explicação universal, que valha em todo lugar”*¹⁹.

Em suma, para o ponto de vista pós-modernista, as desconstruções dos conteúdos da Modernidade implicam, em substância, o abandono das certezas, na aceitação do pluralismo e do relativismo cultural, o que levou também a considerar o pós-modernismo como forma de ceticismo.

Mas – como visto – o termo *pós-moderno* se popularizou graças à utilização feita por Lyotard para indicar a forma de saber das sociedades ditas pós-industriais. Tal saber implicaria ruptura com os *metarrelatos* da Modernidade, referidos aos ideais do universalismo, do progresso, da razão e do consenso, que teriam esquecido as diferenças irredutíveis das formas de vida das sociedades contemporâneas. Como sintetizou Lyotard, na pós-modernidade, *“o saber é e será produzido para ser vendido, e é e será consumido para ser valorizado em uma nova produção: nos dois casos, para ser trocado”*, sendo que, *“sob a forma de mercadoria*

informacional indispensável à potência produtiva, o saber já é e será a maior aposta [na] competição mundial para o poder”²⁰.

Nesse sentido, o pós-modernismo pode ser visto também como denúncia da *“ausência de uma base última da racionalidade e de qualquer fundamentação última das ciências [e] da ética”*, ou seja, como *“a desconstrução das metanarrativas da modernidade”²¹.*

Hipermodernidade

Com o termo *hipermodernidade* pode-se indicar não tanto uma crítica acompanhada de uma recusa do Projeto Moderno e de seus ideais, tais como razão, progresso e emancipação, mas um movimento crítico acerca das insuficiências na aplicação prática de tais ideais, ou – se quisermos fazer uma analogia sanitária – como uma explicitação dos possíveis *efeitos adversos* dos remédios, como aqueles aplicados ao ambiente e aos seres vivos em geral devido ao uso inadequado da biotecnociência. No plano propositivo, seria entendida como a radicalização de características da Modernidade, indicada pelo prefixo *hiper*, cujo significado é por acima, muito, sobre.

Pode-se falar também em *hipermodernidade reflexiva* para indicar uma *“infinita complexidade móvel e efêmera (...) com recorrentes desconexões entre plano social e plano cultural, a mescla, a interatividade fibrilante, a evanescência dos papéis, a precariedade das identidades e a multiplicação das oportunidades”²².* Pode-se inferir, desde essa definição, que estamos diante de uma *“nova metamorfose política”*, representada por um retorno da democracia direta, chamada *“democracia do público”* ou *“democracia instantânea”*, simbolizada pelas redes sociais, que pretendem *“neutralizar o poder de manipulação da mídia ‘oficial’”*, denunciar a corrupção implicada pela conexão entre política e negócios. Essa conexão *“transforma os políticos em agentes financeiros ou em dependentes dos vários lobbies”* e, perante ela, a democracia hipermoderna se anuncia como uma superação da democracia

representativa graças a uma tecnologia que se anuncia capaz de “*tornar possível o acesso direto de cada cidadão ao processo decisional e legislativo*” e de “*repristinar as condições primordiais da Ágora na Polis*”²².

Para Gilles Lipovetsky – que adotou o termo *hipermodernidade* – “*nossa época não é a do fim da modernidade*”, como sustentado pelos pós-modernistas, mas a chegada de “*uma nova modernidade*”, caracterizada pela “*escalada do cada vez mais*” e “*do cada vez mais rápido, cada vez mais extremo em todas as esferas da vida social e individual*”, ou seja, a Hipermodernidade não se identificaria com a Pós-Modernidade, pois seria mais “*uma modernidade hiperbólica (...) em que a modernidade não encontra resistências organizacionais e ideológicas substantivas*” e em que assistiríamos a uma “*radicalização das três lógicas constitutivas da era moderna: a tecnociência, o mercado, o indivíduo e a democracia*”, uma radicalização visível nos “*processos de racionalização [e] de intensificação da competição e da comercialização quase geral dos modos de vida*”²³.

Em particular, a Hipermodernidade pode ser vista como a superação da pós-modernidade e de sua ética mínima, supostamente vigente em uma *sociedade pós-moral*, na qual não existiriam mais nem as utopias nem as vanguardas da Modernidade, mas tão somente o fim dos *grandes relatos* baseados nos ideais de progresso tecnológico e político, isto é, ideais vigentes no imaginário progressista da própria Modernidade. Em suma, a Hipermodernidade seria uma ultrapassagem da crença pós-moderna consistente na descrença num fundamento seguro para a ciência e no progresso, visto que a Hipermodernidade recusa justamente este *desencanto* pós-moderno com os ideais modernos²⁴.

Mas o neologismo *hipermodernidade* pode indicar também “*uma modernidade desprovida de qualquer ilusão e de qualquer concorrente (...) uma modernidade radical caracterizada pela exacerbação e a intensificação da lógica moderna na qual os direitos humanos e a democracia se tornaram valores incontornáveis, o*

*mercado desenvolveu-se de maneira exponencial, até atingir todas as esferas da existência, e a biotecnologia colocou em questão a própria noção de humanidade”*²⁵.

Em outros termos, a Hipermmodernidade pode ser vista como radicalização e complexificação da Modernidade e de seus conteúdos morais e políticos, como a cultura dos direitos humanos e a democracia direta em todos os seus espaços de poder, garantida pela *indesconstrutível* justiça, como indicado por Derrida. Pode ser também a radicalização da *oikonomia*, caracterizada pela globalização do mercado e de seus dispositivos, e a dinâmica dos fluxos financeiros que aprofundam as diferenças entre ganhadores e perdedores. Pode ser associada, enfim, à intensificação na aplicação das tecnologias e biotecnologias à própria vida individual e social, transformadas pela *biotecnologização* dos sistemas vivos, o hiperconsumo, o hiperindividualismo etc.

Em suma, a assim chamada *globalização hipermoderna* pode ser vista como uma aceleração propulsão pelo mercado, os avanços tecnocientíficos e a individualização, condição em que *“nascem novas regulações, reconstituem-se proibições, restauram-se os valores”*; podendo-se dizer, por isso, que *“a hipermodernidade [é] estruturada [por] um presente paradoxal [que] não para de exumar e ‘redescobrir’ o passado”*, pois *“talvez esteja aí o desejo fundamental do consumidor hipermoderno: renovar sua vivência do tempo, revivificá-la por meio das novidades que se oferecem como simulacros de aventura”*²⁶.

Isso leva à relação entre ética e política nesse movimento complexo, crítico e autocrítico da modernidade, indicado pelos dois termos *pós-modernidade* e *hipermodernidade*.

A relação entre ética e política na pós-modernidade e hipermodernidade

Nos últimos tempos, cresceu o interesse pelos problemas éticos e políticos, assim como a preocupação com as relações entre ética

e política. Isso pode ser visto na academia – cada vez mais preocupada com as implicações éticas da prática científica analisadas pela ética prática. Nas profissões que lidam diretamente com seres humanos – e outros seres vivos e o próprio meio ambiente – que devem, portanto, lidar também com a *moralidade* das ações envolvidas e suas consequências sobre a qualidade de vida de tais seres. Mas tal preocupação cresceu também na sociedade como um todo, como parecem mostrar as novas revoltas globais em vários países, inclusive no Brasil, onde em 1992 emergiu o grupo apartidário Movimento pela Ética na Política, norteador pela convicção de que a democracia não pode sobreviver sem ética.

Parece, portanto, que estamos em presença de *“um nome, um ideal [que] reúne as almas e reanima o coração das democracias ocidentais [:] a ética”,* pois *“o efeito ético não para de ganhar em potência”,* gerando *“instituições, aspirações e práticas coletivas inéditas”,* visto que *“em toda parte a revitalização dos valores e o espírito de responsabilidade são brandidos como o imperativo número um da época”.* Em suma, *“a esfera ética tem se tornado o espelho privilegiado onde se decifra o novo espírito do tempo”,* e onde *“não existe mais utopia que não seja moral”*²⁷.

Para Lipovetsky, a Hipermodernidade e sua *hiperética* teriam também uma herança pós-moderna na medida em que a ética dita pós-moderna constitui uma autocrítica da ética moderna, a qual introduziria uma época *pós-deontica*, na qual os políticos teriam renunciado às utopias modernas, tornando-se *pragmáticos*. Não mais submetidos a deveres e preceitos absolutos, teriam renunciado às utopias em prol da busca da *vida boa* e da tolerância, como os pós-modernistas.

Entretanto, na avaliação crítica de Zygmunt Baumann, se a descrição de Lipovetsky estiver correta, estaríamos *“diante de uma vida social sem preocupações morais, onde o puro ‘é’ não é mais guiado por um ‘deveria’, e em que a relação social está separada da obrigação e do dever”.* Nesse caso, a *“perspectiva pós-moderna (...) significa, sobretudo, tirar a máscara das ilusões, reconhecer*

determinadas pretensões como falsas e certos objetivos como não atingíveis e, em realidade, não desejáveis”, mas ficando em aberto a questão de “saber se a época pós-moderna passará à história como crepúsculo ou como renascimento da moral”²⁸.

Em realidade, para Baumann, a novidade da abordagem pós-moderna à ética não seria a de ter abandonado as preocupações éticas modernas, mas em uma “recusa dos modos tipicamente modernos de enfrentar os problemas morais”. Em particular, sua “regulamentação coercitiva na práxis política (...) a procura filosófica dos absolutos, dos universais e dos fundamentos na teoria”, sendo que “os grandes temas da ética – como os direitos humanos, a justiça social, o equilíbrio entre cooperação pacífica e autoafirmação pessoal, a sincronização de conduta individual e bem comum – não têm perdido nada de sua atualidade”, devendo tão somente “ser vistos e enfrentados em um modo novo”. Em suma, para o autor, “aquilo que era ‘a maneira justa’, unitária e indivisível, começa a se despedaçar em ‘economicamente razoável’ [e] ‘moralmente apropriado’”, e “as ações podem ser justas em um sentido e erradas em outro”²⁹.

Já para Immanuel Wallerstein, o fenômeno global apontado por Lipovetsky teria de fato começado com a “revolução mundial de 1968”, a qual, apesar de suas especificidades locais e regionais, apresentaria, em suas várias manifestações, também *similaridades* entre si, que podem ser vistas nos vários movimentos sociais atuais. Entretanto, tais movimentos teriam também suas contradições internas, como a coexistência de um “lado esquerdo do espectro político” com grupos que “não chegam para reforçar os objetivos iniciais, mas para pervertê-los” e que tentariam “conduzir ao poder político grupos que não são (...) mais democráticos ou preocupados com os direitos humanos”. Este seria o caso do questionamento da “própria legitimidade do Estado” e dos “ataques contra os governos”, que “invocam o tema da democracia e dos direitos humanos [e] forçam a entrada de alguma questão principal – por exemplo, as desigualdades – na agenda pública”. Esses questionamentos “ampliam o ceticismo diante da retórica com a qual os governos

tendem a encobrir suas políticas”, considerando-se que todos acabam “envolvidos no jogo geopolítico”, o que indicaria que “estamos no meio de uma transição” rumo a um “novo tipo de sistema”, ainda bastante desconhecido e que “pode ser melhor ou pior”³⁰.

Este movimento *global* de questionamento da política pode ser visto no contexto da transformação da própria ética, ocorrida também nos anos 60 e 70, quando surgem os movimentos da ética prática e da bioética, caracterizadas, em particular, pela interdisciplinaridade ou transdisciplinaridade, que, em princípio, tende a favorecer o diálogo entre as várias disciplinas preocupadas com a moralidade da práxis humana, favorecendo, inclusive, o diálogo com a política.

Com efeito – de acordo com Maurizio Mori – *“até não muito tempo atrás, a ética era um tema marginal, secundário com relação à política e ao direito, ao passo que agora ela tem adquirido grande visibilidade”,* embora não sejam ainda claras as possíveis consequências dessa mudança. Entretanto, pode-se já dizer que tal transição se dá no movimento caracterizado pelo contraste entre os dois *paradigmas morais* vigentes no mundo contemporâneo, ou seja, o paradigma que considera a *“moralidade como uma instituição divina ou (...) natural com pelo menos algum princípio imutável”,* que Mori denomina Princípio da Sacralidade da Vida (PSV), e o paradigma que considera a moralidade como *“uma instituição social particular que possui caráter histórico e [que] pode mudar no tempo”,* que Mori denomina Princípio da Qualidade de Vida (PQV). Para o autor, esse embate entre PSV e PQV seria claramente visível em bioética, em que se confrontariam, afinal, *“dois modos diferentes de conceber a moralidade”,* derivados de *“dois paradigmas morais opostos”*³¹.

Considerações finais

O embate entre os dois paradigmas no espaço constituído pelas inter-relações entre ética e política se dá, de fato, num contexto

conflituoso em que coexistiria – de acordo com Pierre Rosanvallon, citado por Revelli – um “*sentimento generalizado de desconfiança*” junto à “*necessidade de transparência e temor do engano*”, o que lembraria o *desencantamento do mundo* descrito por Max Weber – para quem esta *Entzauberung* representaria a época do fim das crenças ingênuas sobre o mundo e a passagem para a consciência da nua realidade –, o que estaria na origem do “*grande problema político do nosso tempo: a crise de confiança*”³².

O que fazer, então, nessas condições conflituosas? Alguns propõem uma *contrademocracia* a não ser confundida com uma *antidemocracia* e uma forma diferente de política, mas não uma *antipolítica*, capaz – se não de exercer o poder diretamente – de pelo menos controlá-lo e, quando necessário, denunciar a intransparência e seus abusos, como a *corrupção*. Mas, a *contrademocracia* tem também seus riscos *ético-políticos*, a começar pelas propostas ditas *populistas*, que consistem em tentativas de “*reduzir a complexidade da vida democrática contemporânea à simples e nua contraposição de um povo-vítima, saudável e em si virtuoso, a um quadro político e institucional corrompido e hostil*”, propostas que podem ser vistas como uma “*patologia específica*” da *contrademocracia* e que se manifestaria como “*patologia da vigilância*” ou como “*política pura da impolítica*”³³.

Em síntese, se olharmos atentamente para “*a caixa preta da política contemporânea e das suas derivações entrópicas*” não poderíamos “*escapar da impressão que essa modalidade emergente da mobilização política seja ainda, dinamicamente, uma expressão toda interna à crise do ‘político’, mais que uma sua superação*”. Ou, então, uma expressão da “*radical modificação da ‘forma-partido’ e de sua relação com o social de certa forma desconexo, indecifrável e não confiável para as tradicionais elites organizadas, mais que uma restauração feliz da tradicional ‘democracia de partido’*”³⁴. Então, como pode a ética prática enfrentar concretamente a *moralidade* da política? Por sua vez, como pode a política considerar a ética uma ética aplicada?

Uma resposta possível a tais perguntas é que a ética inclua a análise da *moralidade* das ações políticas. Mas a *moralidade* de uma determinada prática pode referir-se a várias esferas e a vários âmbitos da sociedade, nas quais uma moralidade determinada pode tornar-se dominante e assumir o papel de *paradigma* para um tipo de convivência considerado correto ou justo. Por isso, pode-se dizer que uma característica dos sistemas morais dominantes ou *paradigmáticos* é a “*pretensão de legitimidade e superioridade indiscutível (...) diante de qualquer outro sistema de valor e norma*”, isto é, sua pretensão de ser a “*instância última, não racionalmente justificável – pois toda justificação remeteria a uma instância ainda superior – de qualquer juízo feito sobre ações humanas*”³⁵.

Com isso, se pode concluir que não somente ética e política se tornaram inseparáveis – como tentamos mostrar ao percorrer o caminho que leva da Modernidade à Hipermmodernidade que, diante da perda de prestígio da política atual para muitos, talvez valha a pena lembrar as palavras de Bertrand Russell sobre a relação entre ética e política: “*Sem uma moralidade cívica, as comunidades morrem, sem uma moralidade pessoal, sua sobrevivência não tem nenhum valor. Portanto, moralidade cívica e moralidade pessoal são igualmente necessárias*”³⁶.

Entretanto, o próprio Russell admite também que “*a grande maioria da humanidade tende a privilegiar as satisfações pessoais*” e pensa que “*diminuir a força dessa tendência é um dos escopos da moralidade*”³⁷, pois “*chegamos a um ponto em que, pela primeira vez, a simples sobrevivência da raça humana depende da capacidade dos homens de saber aprender inspirando-se em uma perspectiva moral*”³⁸. Adverte que “*se continuarmos a deixar a liberdade de ação às paixões destrutivas, nossos poderes cada vez mais crescentes não poderão não nos levar todos à catástrofe. Devemos, portanto, esperar [que] a humanidade, pelo menos à beira do precipício, pare e reflita, e se dê conta que, talvez, até o bem-estar daqueles que odiamos não seria um preço alto demais para pagar em troca da nossa sobrevivência*”³⁸. Russell termina com uma comparação: “*Não consigo acreditar que a raça humana, que tem manifestado um*

engenho tão extraordinário em algumas direções, continue sendo tão estúpida para continuar a se atormentar e a se destruir sozinha”³⁹.

Para evitar tal estupidez, Russell recomenda: *“Se quisermos que os fatos não constituam uma contínua surpresa, o imperativo que se impõe é que o pensamento político penetre mais em profundidade nas motivações do agir humano”, pois “os impulsos da cooperação e os impulsos da competição são igualmente primitivos”⁴⁰.* Por fim, o filósofo termina propondo mudar e ampliar o ponto de vista com base no qual tomar-se-ão decisões corretas: *“Quando, esquecendo nossas perplexidades atuais, consideramos o mundo tornando nosso o ponto de vista dos astrônomos, descobrimos que estamos pensando em nosso futuro como tendo uma dimensão muito mais extensa que todas as épocas contempladas pela geologia”⁴¹.*

Mas, se aplicarmos as ferramentas até aqui descritas à situação atual da assim chamada crise dos partidos políticos e a seus riscos para as instituições democráticas, pode-se constatar que a crise atinge praticamente todas as democracias ocidentais e constitui, essencialmente, uma crise de confiança – sobretudo por parte das jovens gerações – na representatividade das tradicionais *organizações do consenso*, como os partidos políticos tradicionais que funcionavam como dispositivos estruturantes do sistema político. De fato, tais *“modelos organizativos têm atravessado uma ‘revolução copernicana’ (...), um ‘salto de paradigma’, bem visível na metamorfose da empresa e das dinâmicas organizacionais no campo da produção e do agir econômico com a superação das lógicas típicas da produção de massa estandardizada e do assim chamado ‘fordismo’. E a afirmação de um modelo mais interno ao caráter ‘dissipativo’ do capitalismo das redes e dos fluxos financeiros”⁴².*

Em suma, esse *fim de partido* corresponderia a uma *“longa metamorfose, em boa parte já cumprida, que está mudando [as] formas estruturais da política”,* podendo ser reconhecida também no próprio *“finazcapitalismo’ [que] tem substituído a ‘potência geométrica’ do obsoleto capitalismo industrial”.* Esse processo implicaria também uma mudança de perspectiva prática, pois

seria na *"deriva de transformação e de crise da organização de partido"* que se situaria *"a instabilidade e a gestão dinâmica da desordem mais que a produção estável e artificial da ordem"*⁴³ que deveria ser privilegiada.

Referências

1. Revelli M. *Finale di partito*. Torino: Einaudi; 2013. p. 140.
2. Sloterdijk P. *No mesmo barco: ensaio sobre a hiperpolítica*. São Paulo: Estação Liberdade; 1999. p. 92.
3. Derrida J. *Força de lei*. São Paulo: Martins Fontes; 2007. p. 27-37.
4. Savian Filho J. *Derrida e a defesa da honra da razão*. Cult. [Internet]. 2010 (acesso 15 set. 2013):117. Disponível: <http://revistacult.uol.com.br/home/2010/03/derrida-e-a-defesa-da-honra-da-razao/>
5. Revelli M. *Op.cit.* p. 82.
6. Habermas VJ. *Die Moderne: ein unvollendetes Projekt*. Zeit Online. [Internet]. 1980 (acesso 15 set. 2013). Disponível: <http://www.zeit.de/1980/39/die-moderne-ein-unvollendetes-projekt>
7. Balandier G. *Tradition et modernité*. In: Mesure S, Savidan P, organizadores. *Le dictionnaire des sciences humaines*. Paris: Presses Universitaires de France; 2006. p. 1.172-5.
8. *Le Garzantine. La nuova enciclopedia dell' arte Garzanti*. Bombieri C, organizador. Milano: Garzanti; 1986. p. 1.120.
9. Balandier G. *Op. cit.* p. 1.175.
10. Riout D. *Modernisme*. In: Cassin B, organizador. *Vocabulaire européen des philosophies*. Paris: Seuil; 2004. p. 8.120.
11. Haber S. *Modernité, postmodernité et surmodernité*. In: Mesure S, Savidan P, organizadores. Paris: Presses Universitaires de France; 2006. p. 775-7.
12. Haber S. *Op. cit.* p. 776.
13. Balandier G. *Op. cit.* p. 1.174.
14. Mautner T. *Dicionário de filosofia*. Lisboa: Edições 70; 2010. p. 784.
15. Jenks C. *Le langage de l'architecture post-moderne*. London: Denöel; 1979. p. 136.
16. Lyotard JF. *La condition postmoderne*. Paris: Ed. de Minuit; 1979. p. 7.
17. Darnell R, Staszak JF. *Postmodernisme et sciences humaines*. In: Mesure S, Savidan P, organizadores. *Dictionnaire des sciences humaines*. Paris: Presses Universitaires de France; 2006. p. 878.
18. Derrida J. *Op. cit.* p. 27-37.
19. Darnell R, Staszak JF. *Op. cit.* p. 878.

20. Lyotard JF. Op. cit. p. 14-5.
21. Mautner T. Op. cit. p. 593.
22. Revelli M. Op. cit. p. 107-17.
23. Wikipédia. Hypermodernité. [Internet]. (acesso 8 set. 2013). Disponível: <http://fr.wikipedia.org/wiki/Hypermodernit%C3%A9>
24. Lipovetsky G. L'ère du vide: essais sur l'individualisme contemporain. Paris: Gallimard; 1983.
25. Charles S. Raison et histoire: da la prémodernité à l' hypermodernite. [Internet]. (acesso 2 set. 2013). Disponível: http://exchoresis.refer.ga/IMG/pdf/Sebastien_Charles-2.pdf
26. Lipovetsky G. Os tempos hipermodernos. São Paulo: Bancarolla; 2004. p. 136.
27. Lipovetsky G. Le crépuscule du devoir. Paris: Gallimard; 1992. p. 300.
28. Baumann Z. Le sfide dell' ética. Milão: Feltrinelli; 1996. p. 8-10.
29. Baumann Z. Op.cit. p. 10-11.
30. Wallerstein I. Novas revoltas globais: o sentido está em disputa. Outras palavras. [Internet]. 2013 (acesso 9 set. 2013). Disponível: <http://outraspalavras.net/posts/novas-revoltas-globais-o-sentido-esta-em-disputa/>
31. Mori M. Introduzione alla bioética: 12 temi per capire e discutere. Torino: Espress Edizioni; 2012. p. 9-11.
32. Revelli M. Op. cit. p. 123.
33. Revelli M. Op.cit. p. 125-7.
34. Revelli M. Op. cit. p. 132.
35. Gallino L. Dizionario di sociologia. Torino: UTET; 1978. p. 820.
36. Russell B. Un' ética per la politica. In: Rini R, Mori M, tradutores. Bari: Laterza; 2008. p. 219.
37. Russell B. Op. cit. p. 129.
38. Russell B. Op. cit. p. 139.
39. Russell B. Op. cit. p. 140.
40. Russell B. Op. cit. p. 178.
41. Russell B. Op. cit. p. 213.
42. Revelli M. Op. cit. p. x.
43. Revelli M. Op. cit. p. xi.

Biopolítica y gestión de los cuerpos

María Cristina Solange Donda

El cuerpo: superficie de inscripciones de los sucesos (mientras que el lenguaje los marca y las ideas los disuelven), lugar de disociación del Yo (al cual intenta prestar la quimera de una unidad sustancial), volumen en perpetuo derrumbamiento. La genealogía, como el análisis de la procedencia, se encuentra por tanto en la articulación del cuerpo y de la historia. Debe mostrar al cuerpo impregnado de historia, y a la historia como destructor del cuerpo

Michel Foucault ¹

El “cuerpo” ha sido comprendido de muy diversos modos, en diferentes contextos históricos y desde las más variadas perspectivas culturales. Olvidado, reprimido, negado o exaltado ha ocupado un lugar de privilegio en la historia del pensamiento humano como instrumento y objeto de indagación e intervención. Se ha hablado del “cuerpo máquina”, del “cuerpo/alma”, del “cuerpo/materia”, del “cuerpo/mente”, del “cuerpo/sujeto”, del “cuerpo/objeto”, del “cuerpo social”, del “cuerpo del loco”, del “cuerpo del individuo”, del “cuerpo del condenado”, del “cuerpo político”, de los “cuerpos dóciles”, de los “cuerpos disciplinados”, del cuerpo como organismo biológico, del “cuerpo no deseado” y calificado de “anormal”, “desproporcionado”, “deforme” de cara al “cuerpo armónico y equilibrado”...

En tal sentido, la propuesta consiste en pensar el “cuerpo” como el “lugar” de un juego complejo con la ley, con los mecanismos histórico-políticos que aseguran su control; como campo estratégico de mecanismos de poder individualizantes y totalizantes a la vez; en suma, el “cuerpo” y sus modos de pertenencia individual y social. La tarea consiste, entonces, en investigar cómo en esos espacios de normalización – y los procesos de objetivación-subjetivación que le son inherentes –, puede establecerse la correlación entre prácticas discursivas y extra-discursivas a través de las cuales

se produce la *creación* del cuerpo como materia de indagación y administración; cómo tales prácticas “fabrican” sujetos, a la vez que delimitan un modo particular de percepción de sí en relación con el propio cuerpo a través de las prácticas a las que los individuos pueden ser inducidos.

El filósofo francés Michel Foucault se pregunta cómo el cuerpo puede ser dividido, constituido y manipulado por la sociedad. El cuerpo está *“directamente inmerso en un campo político; las relaciones de poder operan sobre él como presa inmediata; lo cercan, lo marcan, lo doman, lo someten a suplicio, lo fuerzan a unos trabajos, lo obligan a unas ceremonias, exigen de él unos signos”*² campo político vinculado al sistema económico: el cuerpo debe ser *útil y productivo*. Pero no es posible hacer trabajar al hombre de manera eficaz y productiva sino hasta que se encuentre *“prendido en un sistema de sujeción (en el que la necesidad es también un instrumento político meticulosamente dispuesto, calculado y utilizado). El cuerpo sólo se convierte en fuerza útil cuando es a la vez cuerpo productivo y cuerpo sometido”*³.

Uno de los grandes aportes de Foucault ha consistido en describir y explicar el modo como el cuerpo se ha convertido en un componente esencial de la operación de las relaciones de poder en la sociedad moderna. Bajo nuestros regímenes modernos, el cuerpo sigue desempeñando un papel extremadamente importante. Dice Foucault: *“Puede existir un ‘saber’ del cuerpo que no es exactamente la ciencia de su funcionamiento, y un dominio de sus fuerzas que es más que la capacidad de vencerlas: este saber y este dominio constituye lo que podría llamarse la tecnología política del cuerpo”*³ (1).

1. Como documenta Foucault, durante los siglos XVII y XVIII, pero sobre todo en los siglos XIX y XX, el poder asume como función administrar la vida: se ejerce en el nivel de la vida, de la especie, de la ‘raza’ y de los fenómenos masivos de población. Este poder se desarrolla, desde el s. XVIII, en dos polos: el de la “anátomo-política” del cuerpo y el de la “biopolítica” de la población. En el primero, el poder se centra en el cuerpo como máquina: su educación, el aumento de sus aptitudes, su integración en sistemas de control eficaces, a través de los procedimientos típicos de las disciplinas. En el segundo, el poder se centra en el cuerpo como ‘especie’, el cuerpo como soporte de los procesos biológicos: la proliferación, los nacimientos, la mortalidad, el nivel de la salud, la duración de la vida y la longevidad. En todos estos aspectos intervienen controles reguladores en términos de biopolítica de la población.

Las tecnologías políticas del cuerpo forman parte del *poder sobre la vida*, el *biopoder*. El capitalismo no hubiera podido afirmarse sin la inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción y sin un ajuste de la población a los procesos económicos. La vida ingresa al campo de las técnicas políticas; por primera vez lo biológico se refleja en lo político: el hecho de vivir ya no es algo inaccesible que emerge de tiempo en tiempo; *“pasa en parte al campo de control del saber y de intervención del poder”*. Y como afirma Foucault, simultáneamente, el derecho a la vida, a la salud, al propio cuerpo, a la felicidad, a la satisfacción de las necesidades fue, y sigue siendo, la exigencia política planteada a los nuevos procedimientos de poder.

Así, el capitalismo socializa un primer objeto, el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral. El control de la sociedad sobre los individuos no opera simplemente por la conciencia o la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Lo importante, para la sociedad capitalista, es lo biológico, lo somático, lo corporal; el cuerpo como realidad biopolítica. Dice Foucault: *“El momento histórico de las disciplinas es el momento en que nace un arte del cuerpo humano que no tiende solamente al aumento de sus habilidades, ni tampoco a hacer más pesada la sujeción, sino a la formación de un vínculo que, en el mismo mecanismo, lo hace tanto más obediente cuanto más útil, y al revés”*⁴.

De ese modo, el disciplinamiento de los cuerpos opera a través de procedimientos de normalización que van de la mano de las ciencias humanas y el saber clínico. Derecho soberano del individuo sobre su cuerpo y mecanismos normalizadores son las dos caras de las formas de ejercicio de un saber que funciona al propio tiempo como saber-poder. El progreso de las ciencias humanas se dio por la yuxtaposición de dos mecanismos, dos líneas heterogéneas: la organización del derecho en torno a la soberanía y la mecánica de la coerción ejercida por las disciplinas⁵.

La disciplina toma la forma de la regla natural y deviene “norma” en relación con los fenómenos ligados al cuerpo individual y se

solapa con la normalización poblacional a la que implanta e induce la biopolítica de la población, a través del control y administración del sexo, la higiene, la reproducción, la natalidad, la morbilidad, la mortalidad etc. De ese modo, la norma interviene en las conductas y las prácticas. Se trata de una positividad productiva que tiende a incluir homogeneizando. La ley especifica actos individuales; la norma diferencia individuos; la ley condena; la norma compara y establece la línea entre lo natural y lo que no lo es; la ley determina la línea entre el adentro o el afuera de la ley; la norma establece la línea entre lo normal y lo anormal. La norma inviste la ley y la normaliza. La norma establece criterios de división de los individuos respecto del exterior y respecto de ellos mismos: patologización, psiquiatrización, medicalización, exclusión. Dice Foucault:

“La ley no puede no estar armada, y su arma por excelencia es la muerte; a quienes la transgreden responde, al menos a título de último recurso, con esa amenaza absoluta. La ley se refiere siempre a la espada. Pero un poder que tiene como tarea tomar la vida a su cargo, necesita mecanismos continuos, reguladores y correctivos. (...) [Se trata] de distribuir lo viviente en un dominio de valor y de utilidad. (...) no quiero decir que la ley se borre ni que las instituciones de justicia tiendan a desaparecer; sino que la ley funciona siempre más como una norma, y que la institución judicial se integra cada vez más en un continuum de aparatos (médicos, administrativos etc.) cuyas funciones son sobre todo reguladoras. Una sociedad normalizadora fue el efecto histórico de una tecnología de poder centrada en la vida”⁶.

Así, la categoría central del biopoder es la idea compleja de norma y normalidad. La “normalidad” es un modo de identificación y, sobre todo, un modo de lograr que los individuos se identifiquen ellos mismos como “normales” de tal manera que se vuelvan gobernables. Ahora bien, en el orden de la gestión de la vida – y los cuerpos –, los médicos y los biólogos – dos ocupaciones privilegiadas en su acceso a los fenómenos vitales – trabajarán en el nivel de la vida misma y sus acontecimientos fundamentales. El sujeto de la medicina y las prácticas asociadas a ella será la vida. En

el espacio de las prácticas asociadas a ella, la medicalización es el acontecimiento mayor de la biopolítica: *"el cuerpo es una realidad biopolítica y la medicina, una estrategia biopolítica"*⁷.

Lo característico de la medicalización consiste en la generalización del riesgo médico en dominios no médicos. La medicalización de la vida y la sociedad, dice Guillaume Le Blanc ⁸ es ahora obtenida por una extensión de la autoridad médica que pretende funcionar no sólo como autoridad de saber sino también como autoridad social a través de la vinculación de sus decisiones con cuestiones de medio ambiente, alimentación, higiene etc. Según el diagnóstico precedente, y desde nuestro punto de vista, se trata de pensar críticamente, desde una perspectiva bioética prudente y responsable del cuidado de la vida, la estrecha relación que guardan los avances del conocimiento sobre los fundamentos de la vida, las modalidades de intervenirla y la conveniencia ético-política del uso de tales conocimientos e intervenciones.

En este contexto, nos preguntamos cómo, a través de la figura del profesional, la *anormalidad* – esas conductas y comportamientos que se desvían de la norma – despiertan interés, merecen atención. De qué modo se despliegan saberes sobre lo normal y lo anormal que hablan de esas conductas desviadas, no admitidas, a las que se nombra a fin de integrarse a la Medicina, a la Psiquiatría, a la Biología y a la Psicología como objeto de investigación. La medicalización de lo anormal, la organización de un saber médico en torno de individuos designados como "anormales" ha estado ligada a toda una serie de procesos sociales y también a instituciones y prácticas de poder.

Por caso, nos preguntamos por el entrecruzamiento de Medicina, Neurología, Biología, Psiquiatría, Psicología, Pedagogía, Psicopedagogía y los tipos de normatividad a que da lugar – con sus divisiones, clasificaciones y "naturalizaciones" – el espacio de acción que configura; la intervención sobre los cuerpos y las formas de subjetividad producidas. Esto es, de qué modo esa red disciplinar conforma un campo de saber y cómo se instituye una práctica

teórica que tiene efectos normativos y subjetivantes. Parafraseando a Foucault, se trata de instalar la pregunta: ¿cómo sucede que el cuerpo humano se haya transformado en objeto y blanco del poder y de un saber que se ejerce sobre él y sus funciones; por medio de qué formas de racionalidad, por medio de qué necesidades históricas y a qué precio? O lo que es lo mismo, ¿qué les hacemos a los otros; qué nos hacemos a nosotros mismos?

Por otra parte, en el contexto de la preocupación por la vida, se llevan a cabo clasificaciones empíricas, científicas, de la actividad sexual. Primero las clasificaciones se establecen, dice Foucault, bajo la sombra del discurso religioso que vinculaba la carne, el pecado y la moral cristiana. Pero gradualmente los demógrafos y la administración policial empezaron a explorar empíricamente cuestiones tales como la prostitución, estadísticas de población y distribución de las enfermedades. Según el pensador francés, el sexo no es cosa que sólo se juzgue, es cosa que se administra. Participa del poder público; solicita procedimientos de gestión; debe ser tomado a cargo por discursos analíticos. En el siglo XVIII el sexo llega a ser asunto de policía. A principios del siglo XIX tiene lugar, según Foucault, un cambio mayor: una reformulación del discurso sobre la sexualidad en términos médicos. Se produce una separación entre una medicina del cuerpo y una medicina del sexo, separación basada en el aislamiento de un instinto sexual susceptible – incluso sin alteración orgánica – de presentar anomalías constitutivas, desvíos, dolencias o procesos patológicos. Estos descubrimientos “científicos” permiten vincular la sexualidad a una forma poderosa de saber y establecer un nexo entre el individuo, el grupo y el control.

A diferencia de otros dispositivos, el de la sexualidad, en particular, ha sido relacionado con la obligación de cierto desciframiento de uno mismo. Foucault destaca que la asociación de la prohibición y la fuerte incitación a hablar es un rasgo constante de nuestra cultura. El “sexo” es llevado a discurso como objeto de preocupación del aparato administrativo del bienestar de la población.

De ese modo, la vida y el cuerpo se habrían convertido, a partir del ciclo XVIII, en objetos de poder; antes sólo había *sujetos*, sujetos jurídicos a los cuales se podía retirar los bienes y la vida. Ahora hay cuerpos y poblaciones. El poder se hace materialista. Deja de ser esencialmente jurídico. Debe tratar con los cuerpos y la vida. Y el sexo está situado muy exactamente en el punto de articulación entre las disciplinas individuales del cuerpo y las regulaciones de la población.

Así, el sexo se convertirá en un instrumento de 'disciplinarización'; va a ser uno de los elementos esenciales de lo que Foucault denominara anátomo-política del poder a la que caracteriza una lógica del detalle y la observación minuciosa y continua. A la vez, es el sexo lo que asegura la reproducción de las poblaciones, es con el sexo, mediante una política del sexo, como podemos cambiar la relación entre natalidad y mortalidad; en todo caso la política del sexo se integrará en el interior de toda esa política de la vida, que llegará a ser tan importante en el siglo XIX y continuará hasta nuestra actualidad. El sexo está en el cruce de caminos de las disciplinas y las regulaciones ⁹.

Prácticas de saber-poder que fueron la condición de la emergencia del biopoder y con él, el descubrimiento de la población. Éste permitió el que se solapara al individuo y al cuerpo adiestrable y el otro gran nudo tecnológico alrededor del cual se transformaron los procedimientos políticos de Occidente: la biopolítica. En ese momento vemos aparecer problemas como los del hábitat, de las condiciones de vida en una ciudad, de la higiene pública, de la modificación de la relación entre natalidad y mortalidad; cómo regular el flujo de población, la tasa de crecimiento de una población, las migraciones. A partir de ahí, toda una serie de técnicas, de observaciones, entre las cuales evidentemente las estadísticas, pero también todos los grandes organismos administrativos, económicos y políticos, se encargaron de esa regulación de la población. Hubo dos grandes revoluciones en la tecnología del poder: el descubrimiento de la disciplina y el de la regulación; el perfeccionamiento de una anátomo-política y el de una biopolítica.

Los debates de filósofos actuales en orden a las investigaciones de Foucault sobre los efectos de la acción de la política en la vida y la importancia concedida a lo biológico y la salud colectiva, actualizan la discusión sobre la relación entre saber y poder; entre vida, poder y cuerpo. Dice Foucault: *“Durante milenios, el hombre ha seguido siendo lo que era ya para Aristóteles: un animal viviente y, además, capaz de una existencia política; el hombre moderno es un animal en cuya política está puesta en entredicho su vida de ser viviente”*¹⁰.

En la actualidad, las nuevas tecnologías, como dice Nikolas Rose¹¹, no se limitan a tratar de curar el daño o la enfermedad orgánicas, tampoco a mejorar la salud, como es el caso de los regímenes alimenticios o los programas orientados a lograr un buen estado físico, sino que cambian aquello en que consiste ser un organismo biológico abrigando la esperanza de refigurar los procesos vitales mismos a fin de maximizar su funcionamiento y mejorar sus resultados. Estas tecnologías de la vida buscan redefinir el futuro vital actuando en el presente vital.

Algunas tecnologías actuales van desde la implantación selectiva de embriones hasta cambios en el estilo de vida, pasando por terapia génica y farmacoterapia preventiva. La predisposición y el riesgo aparecen como variables centrales. La idea de predisposición heredada adquirió prominencia en la segunda mitad del siglo XIX cuando se volvió habitual interpretar todo problema de patología social y riesgo en términos de degeneración. Abrazada por el movimiento del eugenismo, la idea de la degeneración ocuparía un lugar central en la biopolítica de la primera mitad del siglo XX. La preocupación contemporánea respecto de la susceptibilidad genética reelabora creencias mucho más antiguas respecto de que las debilidades se heredaban como predisposiciones y que podían conjurarse adoptando un estilo de vida moderado.

Parece que cualquier capacidad del cuerpo o el alma humanos – fortaleza, resistencia, atención, inteligencia y duración de la vida – son, en potencia, susceptibles de mejoramiento gracias a la

intervención tecnológica. Como acertadamente señala Rose, en todas las épocas hubo especialistas dedicados al mejoramiento del cuerpo. Lo nuevo entonces, no es ni la voluntad de mejoramiento ni el mejoramiento en sí. Cuando la biopolítica normaliza, se recurre a intervenciones médicas especializadas para curar patologías, rectificar lo que es considerado por la generalidad desvíos del comportamiento deseable o bien para propiciar estrategias biopolíticas para modificar los estilos de vida. En la actualidad, los destinatarios de muchas de esas intervenciones son consumidores que toman la decisión de acceder a ellas sobre la base de deseos que pueden parecer triviales, narcisistas o irracionales, no definidos por la necesidad médica sino por el mercado y la cultura del consumo.

Para algunos la remodelación del cuerpo es particularmente preocupante. Las “pedagogías” que se elaboran para educar el cuerpo incorporan, en sus largos procesos de constitución, las transformaciones de la sensibilidad de cada época y, más precisamente, una racionalización de la vigilancia sobre el otro o sobre uno mismo, sobre el propio cuerpo, esto es, modelos que gobiernan el funcionamiento del cuerpo y gobiernan asimismo los medios que educan. Para otros, la inquietud gira alrededor de la intervención en la sexualidad y la reproducción ¹².

Por su parte, las nuevas ciencias del cerebro y el comportamiento forjan vínculos directos entre lo que hacemos – cómo nos conducimos – y lo que somos. Otro nuevo mundo parece estar llegando y junto con él nace una nueva sub-disciplina: la Neuroética. Cuando la ética se vuelve neuronal, dice Rose, se debe concluir que nuestras tecnologías de la subjetividad también lo han hecho: en suma pareciera que en algunos aspectos significativos nuestro yo se ha convertido en un yo neuroquímico. Y junto a este nuevo sentido de nosotros mismos y con el desarrollo aparente de nuevas capacidades para intervenir en la mente a través de la manipulación del cerebro ha aparecido una nueva biopolítica: *la neuropolítica*.

En línea con las consecuencias que extrae Nikolas Rose de los análisis biopolíticos de Foucault y las nuevas investigaciones que él realiza, parece que cada vez más los seres humanos se relacionan consigo mismos en cuanto individuos “somáticos”, es decir, como seres cuya individualidad se halla anclada, en parte al menos, en su existencia carnal, corporal, y que se experimentan, se expresan, juzgan y actúan sobre sí mismos, en parte, en el lenguaje de la biomedicina. Discursos oficiales sobre la promoción de la salud, relatos de la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento en los medios masivos de comunicación, discursos populares sobre nutrición, ejercicio físico: todos muestran la necesidad de reconstrucción personal mediante una acción directa sobre el cuerpo en nombre de un buen estado que es a la vez corporal y psicológico¹³.

Después de la Segunda Guerra Mundial, con el Plan Beveridge, aparece la macroeconomía de la salud y lo que Foucault denominó somatocracia que implicó un nuevo funcionamiento económico y político de la medicina. El gasto público en salud se incrementó considerablemente ya que se habría dado un deslizamiento desde el derecho a la vida al derecho a la salud. En el presente, estamos en la economía política de la medicina, la que entronca con la economía por otra vía:

“...No simplemente porque es capaz de reproducir la fuerza de trabajo, sino porque puede producir directamente una riqueza, en la medida que la salud representa un deseo para unos y un lujo para otros. La salud convertida en objeto de consumo que puede ser fabricado por algunos laboratorios farmacéuticos, por los médicos, etc., y consumido por otros – los enfermos posibles y reales –, adquiere una importancia económica y se introduce el mercado”¹⁴.

La biopolítica actual se sustenta en el trabajo meticuloso de laboratorio orientado a la creación de nuevos fenómenos, en el inmenso poder de cómputo del aparato que procura vincular historias clínicas y genealogías familiares con secuencias genómicas, en las capacidades de *marketing* de las empresas

farmacéuticas, en las estrategias que regulan la ética de la investigación, en los comités de aprobación de medicamentos y las comisiones de bioética y, por supuesto, en la búsqueda de ganancia y valor para los accionistas que esas verdades prometen.

Es allí, en las prácticas de biopoder contemporáneas donde han de buscarse las nuevas formas de autoridad. La 'biopolítica', tiende a tratar la 'población' como un conjunto de seres vivos y coexistentes que presentan trazos biológicos y patológicos particulares y que en consecuencia revelan saberes y técnicas específicas. Y esa biopolítica, ella misma, debe ser comprendida a partir de un tema desarrollado desde el siglo XVII: la gestión de las fuerzas estatales. El descubrimiento de la población es, al mismo tiempo que el descubrimiento del individuo y del cuerpo adiestrable, otra matriz tecnológica alrededor de la cual se transformaron los procedimientos políticos de Occidente.

Los expertos somáticos, sin embargo, no son sólo los médicos. Hay enfermeras, parteras, visitadoras sanitarias; hay toda una variedad de terapeutas, no sólo psicoterapeutas sino también ortofonistas, terapeutas ocupacionales, especialistas en terapia artística y muchos más. Consejeros y asesores, en adicciones, en salud mental, en educación, en genética, en reproducción, en planificación familiar. Los nuevos pastores del soma, dice Rose, también propician los principios éticos de consentimiento informado, la autonomía, la acción voluntaria, la elección y la no directividad.

En el campo de la bioética, es frecuente que el hombre y la mujer, el embrión y el feto, la naturaleza y las especies vivientes sean considerados como *sujetos*. Por respeto a estos sujetos se valoran la ciencia y la técnica, se formulan principios morales y se proponen normas jurídicas. Sin embargo, las relaciones de fuerza que instaura el *mercado* capitalista ejercen una influencia acentuada sobre la vida, la salud, la naturaleza y la ciencia misma. En los últimos decenios demostró tendencias invasoras que involucran a nuestro propio cuerpo, y esas tendencias y sus efectos normalizantes

son las que se vuelve necesario denunciar. Históricamente, el comercio de los cuerpos ha estado acompañado, en más de una ocasión, de justificaciones filosóficas, económicas y religiosas. En oposición, proliferaron tanto críticas teóricas como movimientos político-sociales que han intentado minar la idea y la práctica de la compra-venta de los cuerpos. De ese modo, lentamente, se abrió paso a la concepción del cuerpo como valor intrínseco, por diversos motivos: por considerarlo sacro; por considerarlo bajo la tutela laica de los derechos humanos ¹⁵.

Así, es posible oponer a los efectos normalizantes del biopoder la resistencia de los sujetos y la intransigencia de la libertad. Toda sociedad tiene su “régimen político de la verdad” que, de acuerdo con Foucault, regula la implementación de modos de relación entre sujetos, y que es, correlativamente, “condición de realidad” de las capacidades de los individuos.

Nuestra “subjetividad” no es una “individualidad”, una unidad indivisible en la que situamos nuestra identidad; y tampoco es una “particularidad” ni la ejemplificación de un modelo o naturaleza común. No es algo “único”; hay tantas subjetividades como formas aceptadas de relación con uno mismo. Cada uno de nosotros puede tener más de un tipo de subjetividad, más de un tipo de ser social. Así, el ser social y el individual no se oponen el uno al otro como entidades absolutas donde una exige la disolución de la otra. Están mutuamente vinculadas por una historia común y las formas de una son capaces de sobrevivir al cambio en las formas de la otra. Y son, por tanto, elementos que hacen necesario el análisis crítico.

La “comunidad crítica” pone en jaque sistemas de identificación de la comunidad tradicional, considera que ese sistema de pensamiento con sus ordenamientos y posibilidades es contingente y comienza a negarse a participar en él. Es la comunidad que problematiza la identidad y, por lo tanto, convierte a nuestra subjetividad en una pregunta abierta e inacabable y, al mismo tiempo, individual y colectiva. Se trata de abrir la experiencia a nuevas posibilidades de lucha con su propia identidad, constituida históricamente.

Una de las tareas consistiría, desde mi punto de vista, en dejar de lado dos postulados filosóficos: que la verdad del hombre se agota en su ser natural y que el camino de todo conocimiento científico debe pasar por la determinación de vínculos cuantitativos, la construcción de hipótesis y la verificación experimental. El reduccionismo biologicista se apoya, entre otros, en los dos postulados precedentes y, de ese modo, retrotrae el *bios* a *zoé*, y así gestiona la existencia. Para esta concepción biopolítica, el cuerpo no tiene historia.

De cara a la normalización y el gobierno de los cuerpos, la resistencia puede tomar la forma de crítica del presente: "*Hay que estar en las fronteras*"; si la cuestión kantiana tuvo que ver con los límites del conocimiento (qué no es posible franquear), la cuestión crítica actual es positiva: transformar la limitación *necesaria* en la prueba de un franqueamiento posible; se trata de una crítica práctica. En definitiva, de acuerdo con Foucault, se trata de ejercer la crítica de lo normal en lo actual: rechazar el modo de individualización al que hemos sido sometidos. A la "comunidad crítica" le corresponde esta tarea. Comunidad que no es la de quienes son excluidos por una sociedad para que ésta funcione, sino la de todos los que comienzan a rechazar su papel en el mantenimiento de la forma específica de pensamiento que define a la sociedad y a ellos, de los que se alejan de ella y que dan una nueva dirección a sus identidades y formas de experiencia ¹⁶.

Una forma de resistencia a la reducción de la vida humana a la vida biológica consistiría en la posibilidad, afirmada por Foucault, de concebir una nueva ontología que parta del cuerpo y de sus potencias para pensar el "*sujeto político como un sujeto ético*", contra la tradición del pensamiento occidental que lo piensa exclusivamente bajo la forma del "*sujeto de derecho*" ¹⁷.

Referências

1. Foucault M. *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta; 1980. p. 14-5.
2. Foucault M. *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI; 2000. p. 32.
3. Foucault M. *Op. cit.*; 2000. p. 33.
4. Foucault M. *Op. cit.*; 2000. p. 141.
5. Foucault M. in:_____. *Del poder de soberanía al poder sobre la vida. Genealogía del racismo*. Argentina: Altamira Press; 1996. p. 193-214.
6. Foucault M. *Historia de la sexualidad I: la voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo XXI; 2006. p. 174-5.
7. Foucault M. *Historia de la medicalización en la vida de los hombres infames*. Madrid: La Piqueta; 1990. p. 125.
8. Le Blanc G. *El pensamiento Foucault*. Buenos Aires: Amorrortu; 2008.
9. Foucault M. *Nacimiento de la biopolítica: curso en el College de France (1978-1979)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2007.
10. Foucault M. *Op. cit.*; 2006. p. 173.
11. Rose N. *Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: Unipe; 2012. p. 582.
12. Soares CL. *Pedagogias do corpo: higiene, ginásticas, esporte*. In: Rago M, Veiga-Neto A, organizadores. *Figuras de Foucault*. Belo Horizonte: Autêntica; 2008. p. 75.
13. Rose N. *Op. cit.*, p. 65.
14. Foucault M. *¿Crisis de la medicina o de la antimedicina? Estrategias de poder*. Buenos Aires: Paidós Básica; 1999. p. 343-61.
15. Berlinguer VG. *El cuerpo como mercancía o como valor*. *Rev Salud, Problema y Debate*. 1993; 5(9):4-39.
16. Rajchman JL. *Foucault y la cuestión de la ética*. México: Epeelee; 2001. p. 165.
17. Lazzarato M. *Del biopoder a la biopolítica*. *Revista Francesa Multitudes*. [Internet]. 2000; (1). Disponível: <http://www.multitudes.net/Del-biopoder-a-la-biopolítica/>

Educação, complexidade e ética da diversidade

Maria da Conceição de Almeida

Neste capítulo espero contribuir com debates e reflexões acerca de um tema que, longe de ser requinte intelectual, é um imperativo do nosso tempo nos domínios da ciência, da política, da pesquisa, da educação, das práticas sociais, das ações e atitudes que por vezes julgamos insulares, individuais, íntimas. Para me manter informada da constelação de ideias que ampliam a filosofia clássica em torno da bioética, li parcialmente o livro *Bioética em tempos de incertezas*, organizado por Leo Pessini, José Eduardo de Siqueira e William Saad Hossne ¹. Confesso ter identificação com grande parte dos argumentos, princípios e metapontos de vista que compõem o cenário plural daquele trabalho.

A crítica à fragmentação das ciências e aos fundamentalismos; a defesa de uma antropologia de base complexa e transdisciplinar; os princípios responsabilidade, hospitalidade e cuidado; a sugestão de que é crucial desterritorializar a concepção do bios para além do propriamente humano; a compreensão do princípio da incerteza como o que permite escolhas e apostas; a esperança na refundação de uma sociedade orientada pelas forças da conjunção e da amorosidade, e não pela patologia da competição, do descartável e do consumo, têm sido também para mim operadores cognitivos que alimentam meus sonhos e minha prática como docente e cidadã.

As ideias de Zigmunt Bauman, Ilya Prigogine, Edgar Morin, Hans Jonas e Mauro Ceruti, além de outros pensadores revisitados no citado livro, estão implicadas na minha forma de compreender a ética, a condição humana e a educação. Devo confessar, todavia, meu débito maior e o afeto cognitivo mais visceral com as ideias de Prigogine, Morin, Henri Atlan e Claude Lévi-Strauss.

Sobretudo, esses quatro pensadores têm me permitido construir e problematizar três *topoi* que, articulados entre si, politizam nossas concepções e atitudes diante de nós próprios, da sociedade humana e da vida de forma estendida.

Prigogine^{2,3}, ampliando o princípio da incerteza de Werner Heisenberg⁴, sugere que, sendo o futuro incerto, podemos e devemos fazer nossas apostas e, mais do que isso, advoga a importância decisiva das ações individuais. No que diz respeito à concepção complexa do fenômeno humano, lembrará Prigogine que somos a bifurcação e a emergência no interior de uma longa história que nos é anterior. Para ele, *“há uma história cosmológica, no interior da qual há uma história da matéria, no interior da qual há uma história da vida, na qual há finalmente nossa própria história”*³.

Henri Atlan^{5,6}, que desde a década de 70 do século passado problematiza o limite difuso entre o vivo e o não vivo, propõe que a educação articule a família, o meio social e a escola, tendo por missão maior a aprendizagem de três juízos: o estético, o ético e o juízo de verdade. Tendo por base o pensamento de Spinoza, Atlan defende a concepção de ética na paradoxal relação entre determinismo e liberdade do sujeito humano. Suas pesquisas sobre a fecundação *in vitro* e inseminação artificial⁵⁻⁷ dão suporte às ousadas reflexões filosóficas acerca da singularidade do sujeito e do domínio humano: *“Até que nível ou a partir de que nível de organização o humano é humano?”*⁸.

Morin, sobretudo por meio dos seis volumes de *O método 6 – Ética*, dos livros direcionados à reforma do pensamento e da educação e, ultimamente, pelas proposições acerca de “um pensamento do Sul”, arquiteta a reorganização dos conhecimentos, capaz de religar as ciências da natureza, da vida e do ser humano, com vistas a reedificar uma *“política de civilização e de humanidade”* que salvguarde os valores antropológicos das culturas tradicionais⁹.

No ser humano, há dinâmicas e domínios que se originaram na história cosmológica. O fenômeno humano, como uma das

dimensões do *bios*, complexifica, supera e reorganiza os patamares que lhes são anteriores, mas não os suprime. Uma biologia, uma animalidade, uma humanidade e uma existencialidade, tais como concebidas pela psicanálise, constituem dialogicamente as bases da epistemologia, da complexidade. Com base nessas bases e na afirmação da incerteza e inacabamento¹⁰ da espécie humana é possível voltar a problematizar a ética complexa, cujos “ingredientes” antecedem o propriamente humano, como veremos mais à frente.

De sua parte, e tendo como base de método a geologia, a psicanálise e o marxismo, Lévi-Strauss afirmará a unidade e a diversidade da condição humana¹¹⁻¹³. Tendo como pressuposto a indissociação entre natureza e cultura, o autor define esses dois termos como “operadores lógicos” do pensamento e não domínios distintos do mundo. Para ele, seguindo-se os ensinamentos de Rousseau, se quisermos conhecer *os homens* devemos olhá-los de perto em suas singularidades. Mas é o olhar distanciado que permite conhecer *o homem* e sua condição humana biossocial.

Por meio da metáfora do microscópio, Lévi-Strauss expõe argumento irretocável. Relata que, se observarmos as sociedades por meio de lente fraca, veremos indivíduos que se amam, se odeiam, constroem relações de poder. Entretanto, se fizermos uso de lente mais potente, já não veremos indivíduos, mas uma constelação de átomos e moléculas. Por meio dessa metáfora o autor discute sua polêmica afirmação a respeito da *diluição* do ser humano na natureza e se pergunta pelo lugar da liberdade.

Tendo por referência esses pensadores, com dois dos quais tenho a alegria de compartilhar de perto a metamorfose de minhas ideias, passo a expor algumas reflexões sobre a ética da complexidade e, como desdobramento, a concepção de educação como espaço de aprendizagem da cultura e da experimentação da diversidade.

A insuficiência da ética clássica

A concepção clássica de ética como um conjunto de regras e preceitos orientadores da conduta moral é insuficiente, senão incompatível com o exercício cognitivo que quer não só religar o que foi separado pelo pensamento¹⁴, mas também abrir-se a uma experimentação mais polifônica, incerta e palpitante com outros seres, formas de vida e domínio estendido das coisas. Daí porque certo distanciamento dos códigos, preceitos e axiomas predominantemente morais e normativos talvez possibilite a *trans-forma-ção* de nossas atitudes diante da história do *Homo sapiens-demens*, que foi, durante os dois últimos séculos, marcada por dois equívocos interpretativos e compreensivos.

O primeiro equívoco diz respeito à defesa intransigente da universalidade dos valores humanos, pautada pela homogeneização e padronização das expressões culturais. Esse universalismo extremo alimenta e faz emergir a *violência cognitiva*, cuja face pode ser reconhecida no autoritarismo das ideias mestras, nos macro-conceitos, nas atitudes intransigentes diante das singularidades e ainda na apologia da globalização e do progresso.

O segundo equívoco se circunscreve à defesa radical dos particularismos e de uma lógica da diferença que é pródiga em imputar identidades insulares e incomunicáveis, porque as julga excludentes. Esse equívoco alimenta o *reacionarismo cognitivo* e tem, no pensamento relativista, sua forma de expressão mais acabada. O respeito piedoso ao outro e a defesa da autonomia e da preservação dos costumes pela intangibilidade são alguns valores e algumas atitudes que, por omissão, inocência ou ingenuidade acabaram compactuando com a construção de uma cultura e de um ser humano dolosamente cindidos, fraturados. Na base de todo respeito incondicional, está a perversa docilidade, a desmobilização política, o medo de agir.

Esses dois estilos de pensamento produziram, de forma tácita, proposições normativas que se pautam ora pelo princípio da *redução* (no caso da verdade única do universalismo extremo),

ora pelo princípio da *disjunção* (lógica da diferença excludente), o que acarreta distorções na maneira de ver e agir no mundo. O saudável paradoxo do uno e do múltiplo, a interconexão entre universalidade e singularização, assim como a dialógica entre autonomia e dependência estão lamentavelmente fora dessas duas formas de conceber e compreender o sujeito, a cultura, a vida, o mundo.

Desse patamar cognitivo não é possível inferir princípios que se aproximem da ética da complexidade e da necessária cumplicidade entre os homens e os outros sistemas vivos do planeta – uma das consequências da tão almejada “*ecologia das ideias e da ação*” de que fala Morin. Para ele, a ética complexa excede os domínios da cultura humana. Supõe compreender a paridade e, ao mesmo tempo, a dissintonia entre matéria-vida-homem. Mesmo afirmando que a ética se manifesta em nós de maneira imperativa e como exigência moral, considera que esse imperativo origina-se de três fontes interligadas, isto é, uma fonte *interior* ao indivíduo, que se manifesta como um dever; uma fonte *externa*, constituída pela cultura e que tem a ver com a regulação das regras coletivas e, por fim, uma fonte *anterior* ao ser humano, originária da organização viva e transmitida geneticamente⁹.

Esse macroargumento, que abre a introdução do livro *Método 6*, é um divisor de águas no oceano das numerosas interpretações filosóficas e sociológicas sobre ética. Isso porque, como regra, essas interpretações encarceram a ética num mundo noológico autônomo, dirigido por uma consciência transcendente e uma razão ideal ou numa axiomática da moral coletivista, difusa e universal, ou no domínio das contingências individuais e das singularidades subjetivas, que acabam por degenerar a ética em *moralia*, conforme expressão de Friedrich Nietzsche¹⁵. Pautadas na concepção da condição humana extirpada dos domínios da vida e da matéria e na noção antropocêntrica de sujeito, ou seja, limitada à experiência humana, as interpretações clássicas da ética apresentam hoje suas brechas e insuficiências.

No novo patamar inaugurado por Morin, a tríade *indivíduo-sociedade-espécie*, tanto quanto a dialógica natureza-cultura e individual-coletivo, servem de tela para reconstruir a ideia de ética no intercruzamento da história da vida, da história da cultura e da história individual. Isso só é possível porque a concepção de sujeito elaborada pelo autor ao longo de toda sua obra vale, como ele próprio anuncia no *Método 6*, para todo ser vivo – mesmo que o *sapiens-demens* opere uma diáspora sem precedentes no interior da história do vivo pela complexificação do padrão de inacabamento e pela propensão à diversidade e consequente singularização do sujeito biossocial⁹.

Distante de qualquer biologismo, essa compreensão do sujeito supõe uma ética encarnada, incerta, ambígua, complexa. Nós, seres humanos, oscilamos permanentemente entre razão, afetividade e pulsão. Temos que nos haver ao mesmo tempo com o princípio de *inclusão*, que responde pela consciência do *nós*, propiciada pelo coletivo e pelo próximo (mãe, família, partido, grupo ou pátria) e com o princípio de *exclusão*, que garante nossa identidade singular (eu mesmo).

Na contingência de todas as pequenas e grandes decisões e escolhas, reatualizamos permanentemente as aprendizagens do passado não propriamente humano e, a partir delas, construímos novos padrões de escolhas e respostas cada vez menos estigmatizadas, cada vez mais complexas e indeterminadas. O sujeito humano se engendra, no interior das contingências sócio-históricas e bioculturais – outra forma de dizer que emerge do interior de reorganizações biológicas, genéticas, históricas e sociais. Para Morin, é possível distinguir, mas não isolar nem contrapor, os domínios individual, social e biológico que, juntos, configuram o paradigma aberto e inacabado da espécie, do sujeito e da ética⁹.

Somente porque parte de uma concepção complexa do sujeito, repito, é possível ao autor reconsiderar a noção de ética num patamar epistemológico igualmente complexo. Se oscilamos

entre pulsão, razão e afetividade (concepção do cérebro triúnico de Mac Lean) ⁹ e entre egoísmo e altruísmo, a ética só pode ser pensada como estratégia, aposta provisória (decisão e risco), convicção pessoal que admite autoengano. A ética é complexa por ter sempre que enfrentar a ambiguidade e a contradição, por estar exposta a incertezas, por se situar no limite difuso entre o bem e o mal.

Para tecer esse frágil e incerto horizonte da ética, Morin faz uso abundante de exemplos históricos e de romances clássicos – esses últimos, verdadeiros operadores cognitivos complexos para a compreensão da ambiguidade que parasita a ética. A prostituta Sônia, do romance *Crime e castigo*, de Dostoiévsky, o monsenhor Muriel, de *Os miseráveis*, de Victor Hugo, tanto quanto outros personagens e romances, se fazem presentes para problematizar a difícil arte do perdão, os limites da compreensão, a incerteza ética. O camponês do romance *Quatre-vingt-treize*, também de Hugo, que salva um chefe contrarrevolucionário o qual, em seguida, manda fuzilar três mulheres, faz uma pergunta crucial e desconcertante: “Então, uma boa ação pode ser uma má ação?” ¹⁶.

O livro *Ética* ⁹ expõe com vivacidade e crueza processos e eventos que operaram no limite ou no centro da barbárie, da intolerância, do totalitarismo e promoveram genocídios irreparáveis no curso de nossa história recente. Nazismo, stalinismo, escravidão, Gulag, Auschwitz, terrorismo... Forças do mal? Degenerescências e desvio de boas intenções? Bestialização coletiva? Como identificar o responsável quando se trata de processo de responsabilidades em cadeia desde os líderes como Hitler e Stalin até os executores dos campos de morte? Quando Hannah Arendt escreve sobre Eichmann, ela o vê como uma engrenagem da máquina criminosa e é a mediocridade desse funcionário perfeito que a choca. Ela percebeu também que o absurdo Auschwitz não seria compensado com uma pena de morte, conta Morin ⁹.

Há, pois, que se considerar a ambiguidade da relação entre intenções e ações quando pensamos a ética. Nada garante à partida

que uma boa intenção não se degenera em atrocidades futuras. As boas ações podem produzir maus resultados e o inverso. Assim como o pensamento complexo, a ética complexa não escapa ao problema da contradição. Há sempre incerteza escondida sob a aparência unívoca do bem e do mal. É preciso romper com o código binário bem-mal, justo-injusto. Para o autor, a crença numa ética superior com finalidades emancipatórias universais toma, quase sempre, ilusões por verdade. Daí a necessidade da vigilância ética e do exercício do *'pensar bem'* proposto por Pascal.

É no interior do paradoxo, da incerteza e da contradição que se situa a ética para Morin. É distante da fragmentação, dos determinismos, da universalidade, do culpado único, do estereótipo do 'homem bom' e acima de qualquer suspeita, que situa a ética complexa. A reflexão sobre a ética na ciência volta à tona. Não porque seja necessário privilegiar esse dispositivo da cultura em detrimento dos outros, mas porque é crucial desinsularizar o conhecimento científico e demonstrar os elos estreitos que ligam ciência, sociedade, política, técnica, sujeito. Uma *ecologia da ação* está ligada diretamente à ética complexa. A ecologia da ação supõe a compreensão da relação estreita entre convicções e ações, entre teoria e ação, entre o individual e coletivo, entre política e vida cotidiana.

Dessa perspectiva, a ética complexa remete a escolha, aposta, estratégia. Extrapola qualquer maniqueísmo e permite refletir sobre problemas essenciais do nosso tempo: *É absolutamente ético querer incondicionalmente salvar a natureza do Homo sapiens? Ou não seria ético querer melhorar essa natureza, inclusive por meios biológicos?*" pergunta Morin¹⁷. Longe de optar entre o naturalismo ou a bioengenharia, trata-se mais propriamente de formular de ordem política, social, individual, coletiva.

Assumir a relação entre ciência, política e ética e se ater à ambiguidade de cada uma delas em sua ação conjunta configura um axioma importante. O problema da ciência vai além dos cientistas. Citando Clemenceau, para quem a guerra é um assunto

sério demais para ser deixado nas mãos dos militares, Morin⁹ sublinha que a ciência é um assunto sério demais para ser deixado nas mãos dos homens de ciência. Uma ética complexa reconhece que a ciência tornou-se também um problema cívico, de cidadãos. Daí porque é fundamental investir numa *democracia cognitiva* e no fim do esoterismo da ciência.

Ter consciência de que não somos o centro de tudo e de que, conforme ensina a cosmologia contemporânea, além da identidade terrestre temos uma identidade cósmica – porque somos constituídos de partículas formadas, desde o começo do universo, de átomos forjados num sol anterior ao nosso e de moléculas que se juntaram na Terra –, muda certamente a forma de ver a nós e ao mundo, de compreender nossa ligação com todas as coisas. Isso tem relação com a arte de saber viver. Tem a ver também com a tomada de consciência de que o desenvolvimento tecnoeconômico leva à degradação da biosfera, das nossas sociedades e das nossas vidas. Isso conduz, talvez, para uma *ecosofia*, tal como proposta por Félix Guattari, que para Morin remete à sabedoria coletiva e individual, que exige a salvaguarda da relação com a natureza viva⁹.

Excedendo em muito o diâmetro de ação da ética clássica, portanto da ética como campo individual de escolha, uma ética complexa produz uma mudança filosófica e nos conduz “*a uma sabedoria antropológica: renunciar ao controle e à dominação do mundo, estabelecer uma ‘nova aliança’ com a natureza, conforme os termos de Prigogine e Stengers, sabendo que somos filhos e órfãos do cosmos, pois dele nos distanciamos pela cultura e pela consciência*”¹⁸. A ética complexa como um horizonte alargado que volta a problematizar os fundamentos e os princípios da moral tornando-se, desse modo, crucial ao enfrentamento de desafios, paradoxos e do imponderável que emerge da ambiguidade entre bem e mal no processo dialógico entre juízo pessoal e os princípios morais cristalizados socialmente. O ponto de partida a ser acionado, permanentemente e sem trégua, se situa na autoanálise que se abre à análise do outro. Essa autoanálise, para Morin⁹, precisa ser

exercitada desde o começo do ensino fundamental para poder se tornar, posteriormente, uma prática tão comum quanto os exercícios físicos. Deveria e poderia ser estimulada por uma pedagogia complexa capaz de religar cultura científica e valores humanos.

Num tom fortemente estético e político, Morin argumenta em favor da *ética da responsabilidade e da convicção*, atitudes que podem fazer girar o circuito trinitário proposto por ele, ou seja, *auto-ética, socioética, antropolítica*. Movido por complementaridades, concorrências e antagonismos, essa trindade se torna *estratégia* para enfrentar a ilusão do bem universal. Para tal, o exercício da introspecção é fundamental.

Citando Jung, para quem a humanidade sofre enorme carência de introspecção, e Paul Diel, que fala da pertinência de reabilitar a introspecção nas ciências, Morin assevera que a introspecção não pode ficar isolada, ela se torna complexa pela análise do outro, a extrospecção. Trata-se de longo trabalho de aprendizagem e enraizamento da reflexividade. Introspecção e reflexividade. Estão, portanto, muito distantes da ideia de autorreflexão confessional, íntima e solitária. Ao contrário, a autoética supõe o difícil exercício de enfrentamento de nossa estrutura psíquica. Aí sim, a autoética poderá expressar, por desdobramento, a *"ética da responsabilidade, da religação, de liberdade, do amor, da compreensão, da magnanimidade e perdão, da arte de viver"*¹⁹.

Tecida e problematizada no interior de uma antropologia complexa e fundamental, a ética complexa não vislumbra nenhum evangelho de salvação. O pior da crueldade e o melhor da bondade do mundo estão no ser humano. Somos um misto de barbárie e *'ilhas de bondade'*. Mas a dialógica do bem e do mal não ensaia nenhum horizonte imobilista e derrotista. Num argumento desafiador, Morin conclui que, mesmo que as forças de ligação sejam minoritárias em relação às forças de dispersão e mesmo que a crueldade e a barbárie sejam majoritárias, é preciso de forma obstinada e incansável apostar nas ilhas de bondades. A ética de resistência à crueldade do mundo é também a ética

de aceitação do mundo. A emblemática expressão de Beethoven (*Muss es sein? Es muss seins!* – Será que isso pode-deve ser? Isso pode-deve ser!) condiz com o perfil de uma ética da aposta nos fragmentos do bem imersos no oceano de barbárie e maldade.

Se é assim, uma nova atitude do ser humano diante de si próprio e do mundo que o acolheu terá que ser em parte reaprendida – se é que adormecemos atitudes solidárias do passado –, em parte inventada, se entendemos a debilidade dos ideários que limitam a humanidade a um de seus múltiplos domínios. Uma nova ética requer novo mapa de múltiplas entradas e pontos de partida; requer menos códigos e normas e mais flexibilidade criativa; requer a consciência da coparticipação nos erros e acertos da gestão social contemporânea; requer que nos desalojemos dos limites confortáveis das verdades únicas que funcionam como calmantes, ansiolíticos, entorpecedores; requer sobretudo abdicar do lugar de demiurgo e da pulsão narcisista – dois dos sintomas de uma doença quase incurável do pensamento científico quando se institui como o *oráculo da verdade* sobre as coisas.

Reacender a memória do diverso no ensino

Grande parte dos saberes e das informações estocados nos livros e transmitidos pelo ensino formal nos distancia da lembrança e da consciência de que, como sujeitos, contraímos, ao longo da nossa história, um débito impagável com a diversidade. A dessintonia entre os avanços da pesquisa científica e os conteúdos disseminados no âmbito da educação formal nos alerta sobre a necessidade de injetar fluxo de vida nos conhecimentos congelados que, mesmo que cumpram o papel de informar sobre a história (parcial) da ciência, não respondem aos desafios de toda ordem colocados pela história atual.

De fato, temos aprendido tudo pela metade. A informação de que somos mestiços já à nascença está ausente dos conteúdos das disciplinas escolares em qualquer nível. Em seu lugar, uma

matemática supostamente exata separa e opõe as várias faces da realidade que é *híbrida* em si, conforme Latour²⁰. Se a sociedade-mundo expressa a necessidade da copartilha nos horizontes comuns e, mais que isso, reclama por laços efetivos de convivência entre as culturas, talvez tenhamos que exercitar uma verdadeira aeróbica dos neurônios para reconhecer que nossa autonomia e singularidade, como seres humanos, emergem da dependência essencial que nos liga ao que excede ao propriamente humano. Na base das atitudes de intolerância ao diverso e de descompromisso com a sociedade do futuro, está o mesmo padrão de conceber o mundo, a matéria, a vida.

Crianças e adolescentes que não aprenderam porque não experimentaram os valores da parcimônia e do companheirismo terão certamente mais dificuldade de compreender e exercitar a solidariedade e a gratuidade dos afetos alargados e exogâmicos dos quais hoje tanto necessitamos. Crianças e adolescentes que experimentaram excessivamente a contingência dos pronomes possessivos *meu(s) ou minha(s)* (meu país, meu lugar, minha religião, minha família, meus amigos e meus inimigos, minha casa, meu gato) certamente terão mais dificuldade para abraçar o projeto do *nosso* destino comum, dos nossos erros e acertos coletivos e a consciência de que o mundo não começa nem termina no umbigo de cada um. Terão certamente dificuldade de inserir o outro na dialógica do eu e de não só aceitar, mas sobretudo apreciar, gostar, bem como aprender a conviver com a diversidade. Acima de tudo, terão dificuldade em substituir a oposição *meu-deles* por uma consciência que inclua a sintonia universal entre os seres humanos e todas as coisas do mundo.

Como educadores podemos nos cobrar a missão de fazer diversificar as experiências e os estados do ser de crianças, adolescentes e adultos com os quais partilhamos a *arte de viver e conhecer* – outra maneira de compreender a educação para Atlan. Em lugar de nos fixarmos nas topologias do pensamento que consagram o *tudo* e o *não*, melhor seria compartilhar com nossos estudantes uma pedagogia do *talvez*². Dessa parceria e

cumplicidade na experimentação cognitiva, certamente advirão com mais fluxo e rapidez desvios coletivos grávidos de desejo pelo diverso, pelo múltiplo, pelo diferente, pelo outro. Não basta respeitar e tolerar a diferença. É necessário cultivá-la, apreciá-la, incentivá-la.

Tais argumentos e proposições não deveriam se encerrar no luminoso palácio da retórica nem na clausura escura da tecnoburocracia do pensamento. Se concebemos os horizontes do pensamento complexo como um compromisso com a 'civilização das ideias' e com a *refundação* (fundar outra vez) do social na qual homens, mulheres e crianças sejam mais felizes, sabemos também que esses horizontes comportam dificuldades, avanços e retrocessos. Mas, mesmo distante do ufanismo, podemos nos alimentar das ideias de Prigogine para quem o 'futuro está aberto', comporta 'bifurcações' e incertezas – outra forma de dizer: fazamos nossas escolhas, sejamos otimistas ³. A construção de uma sociedade mais justa e fraterna é sim possível. Começa a partir de nossa contingência singular, social e supõe reaprender algumas pequenas verdades que nos omitiram nas salas de aula, na família, na rua, nas igrejas.

No âmbito das instituições educacionais, é importante reacender a memória de nossa condição humana mestiça. Por meio de várias estratégias de ensino e em todos os níveis da formação científica é importante lembrar insistentemente que somos pó de estrelas, matéria que se tornou viva, sujeitos com histórias singulares, o único animal que sonha acordado, que constrói utopias, conta sua história. Que somos marcados pelo inacabamento, portanto, nada está dado em definitivo. Que profundamente dependentes de nossa herança biológica e genética, fazemos dessa herança uma senha para dialogar com o meio, seja esse meio natural, social, real, seja imaginário. Que o corpo como nossa forma de existir no mundo é um coágulo aberto, uma ferida que nunca sara completamente, mas que revive teimosamente a cada uma das sucessivas necroses bioespirituais.

Afirmou Boris Cyrulnik ^{21,22} que somos *corpo poroso*. Um corpo que se deixa transpassar pelos múltiplos determinismos que são sempre sequenciais, provisórios, reversíveis. Que somos cem por cento natureza e cem por cento cultura ou ainda, como observou um poeta brasileiro, nos seres humanos ‘a anatomia ficou completamente louca’, porque às vezes somos inteiramente coração. Conforme Otavio Paz ²³, somos responsáveis pela maior invenção da humanidade – o amor – e até esse estado tão intraduzível do ser depende também de metabolismos bioquímicos e das enzimas que secretamos.

Relembrar a natureza mutante da realidade, sua história e suas transformações é tarefa que nos cabe em qualquer área do conhecimento, em qualquer disciplina, em qualquer nível de escolaridade. É necessário informar aos estudantes que a emergência do *sapiens-demens* se deu no interior de outras grandes transformações. Isso facilita a compreensão do nosso débito com a vida, com a matéria e com o que acreditamos ser essencialmente distinto de nós. Talvez assim fosse mais fácil às crianças e aos adolescentes compreenderem que a história singular de cada um e de cada cultura é uma emergência discreta da história do Universo e do diverso. É necessário lembrar também, e insistentemente, que nada está dado à partida e que nós, como inventores da palavra, por meio dela duplicamos, amplificamos, construímos e distorcemos o entendimento do que está dentro e fora de nós. Que, por outro lado e ao mesmo tempo, a palavra não basta, não substitui a ação e a experiência, isto é, a experimentação corpórea da semântica escondida nas palavras.

Se é assim, uma educação complexa se inicia com a vivência da diversidade e no alargamento das experiências cognitivas corporais, no esgarçamento dos limites do unitário, do único e do singular vivido pelo sujeito. Distante da biofobia, horror a tudo que lembra nossa história biológica e da sociofobia, horror a tudo que demonstra nossos condicionamentos culturais e históricos, a ecologia das ciências pode prefigurar o horizonte aberto da indispensável ética da diversidade.

Desafios da educação para a diversidade

A educação é um operador de aprendizagem da cultura e como instituição e prática social precisa tornar-se a base para a projeção do futuro. Não são poucos os cientistas e pensadores de renome internacional que se têm posto à tarefa de identificar os pontos cruciais do paradoxo no qual vivemos para, a partir daí, sugerir caminhos para reduzir os efeitos danosos dos desmandos da civilização. Albert Einstein é um desses cientistas. Nos livros *Como vejo o mundo*²⁴ e *Escritos da maturidade*²⁵ descreve a função social da ciência, os perigos do uso indevido de suas descobertas e o papel da educação.

Cabe à educação o desafio de construir um ideário de sociedade pautado pelos princípios da multiplicidade e da troca entre conhecimento científico e saberes da tradição. A escola pode facilitar uma aprendizagem mestiça, capaz de transformar experiências singulares em configurações mais híbridas, abertas, policompetentes.

Em *Alfabetização ecológica*²⁶ Maurice Holt, Alice Waters e Fritjof Capra, entre outros, avaliam os efeitos negativos e mesmo predadores de uma proposta de educação cujos princípios curriculares são orientados pela quantidade excessiva de informações, sem o necessário tempo para que os estudantes as tratem e reflitam sobre elas. Propõem o que chamam de *slow school*, ideia não remetente à leitura em velocidade reduzida para pessoas vagarosas, mas à filosofia, tradição, comunidade e escolhas morais. Na proposta de *slow school*, o aluno tem tempo não apenas para memorizar, “mas também para entender o que está sendo ensinado”²⁶.

Esse tempo *slow* pode favorecer o sentimento de implicação do sujeito no mundo. Como educadores, poderíamos informar a nossos alunos os vários domínios dos quais nos constituímos e somos dependentes. O *domínio da vida* (somos seres vivos, portanto, biodegradáveis, inacabados, em permanente metamorfose); o

domínio da matéria (somos seres corpóreos, materiais, constituídos por átomos e partículas); o *domínio da humanidade* (somos seres da quimera, do sonho, da imaginação, da palavra, o único animal que diz *era uma vez*, que conta sua história). Esse compartilhamento de informações pode ser entendido ao mesmo tempo como princípio e desafio para fazer emergir a educação para a diversidade.

A autoformação tem aqui papel importante. Requer empenho sistemático e cotidiano e constitui mais um desafio para nós, educadores. Os estudantes não devem esperar que seus professores os presenteiem com um 'kit básico' que permite religar saberes, áreas de conhecimento, domínios do mundo. Como o conhecimento se constrói a partir de um sujeito – por si, em si, para si e para o mundo; como ninguém se conhece no lugar de ninguém; como ninguém se transforma senão a partir de si próprio, das próprias experiências e aprendizagem, sem a experimentação noológica e fenomenal do sujeito não há possibilidade de religar as áreas de conhecimento nem é possível tornar operativa a educação que tenha por matriz a diversidade biocultural.

Concluindo

Uma agenda aberta e provisória de princípios capazes de facilitar uma educação complexa e transdisciplinar poderia ser anunciada conforme se dispõe a seguir:

1. Uma sociedade-mundo orientada pelos princípios da unidade na diversidade e do diálogo intercultural supõe aprendizagem mestiça;
2. Se a educação formal constitui hoje um lugar privilegiado da produção do conhecimento e construção da cultura, urge favorecer e estimular a experimentação cognitiva do diverso em todos os níveis de escolaridade;

3. Além da necessária religação dos conhecimentos científicos, é importante acionar pontos de fuga que façam a ciência dialogar com o mundo;
4. O diálogo entre ciência e tradição pode vir a alimentar, com mais fluxo e vida, os ideários da 'ecologia das ideias', da atitude transdisciplinar e de uma 'política de humanidade';
5. A sustentabilidade da vida no planeta requer avaliação urgente e corajosa dos prognósticos da tecnociência para o amanhã que começa hoje. É necessário tornar a problematizar, de forma corajosa, a ideia do progresso ilimitado da ciência;
6. É fundamental, ainda e sempre, manter a condição de indignar-se contra qualquer forma de crueldade diante da vida. A indignação e a revolta, quando estética e docilmente canalizadas, podem se constituir em forças civilizacionais importantes para alimentar valores como a solidariedade, o diálogo e a esperança. Nisso reside a *boa utopia*;
7. O futuro é incerto, portanto está aberto. Se estamos imersos na incerteza, devemos lançar nossas apostas. Diante da bestialização da sociedade do terror, devemos responder com apostas e atitudes condizentes com os inegociáveis valores éticos da vida e da diversidade cultural;
8. A consciência de que somos múltiplos em nossas identidades pode reduzir o autocentrismo e a fobia em relação ao outro. Essa consciência propicia avanço em complexidade porque pode fazer emergir a aptidão e a competência para a construção de confederações culturais. Quem sabe assim podemos multiplicar redes de solidariedades distantes da intolerância;

9. Toda transformação, mudança de caminho e projeção de futuro começa pelo hoje; começa pelo sujeito ao mesmo tempo insatisfeito, visionário e mobilizador; começa no âmbito microscópico, local e no fragmento, para depois se expandir. Começa no individual e, como se fosse por contaminação virótica, se expande e se torna um processo coletivo. Foi assim que fizemos a história – a da sociedade e da ciência;

10. A ciência une os povos, diz Prigogine, na *Carta às futuras gerações*². Se é assim, se partilhar dos mesmos códigos facilita a democracia cognitiva, que esses códigos comuns sejam múltiplos em seus operadores cognitivos (oralidade, escrita, informática).

Referências

1. Pessini L, Siqueira JE, Hossne WS. Bioética em tempos de incerteza. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola; 2010.
2. Prigogine I. Carta às futuras gerações. In: Almeida MC, Carvalho EA, organizadores. Ciência, razão e paixão. Belém: Eduepa; 2001.
3. Prigogine I. Nome de deuses. Entrevistas a Edmond Blattchen. In:_____. Do ser ao devir. Petrópolis: Vozes; 2001. p. 26.
4. Heisenberg W. A parte e o todo. Rio de Janeiro: Contraponto; 1996.
5. Atlan H. Viver e conhecer. Cronos. 2001 jul/dez;2(2):63-76.
6. Atlan H. Tudo, não, talvez: educação e verdade. Lisboa: Instituto Piaget; 1993.
7. Atlan H. O útero artificial. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006.
8. Atlan H, Botbol-Baum M. Dos embriões aos homens. Aparecida: Santuário; 2009. p. 13.
9. Morin E. O método 6: ética. Porto Alegre: Sulina; 2005. p. 19.
10. Almeida MC. Educação e complexidade: razão apaixonada e politização do pensamento. Natal: EDUFRN; 2012.
11. Lévi-Strauss C. A antropologia diante dos problemas do mundo moderno. São Paulo: Companhia das Letras; 2012.
12. Lévi-Strauss C. Tristes trópicos. São Paulo: Companhia das Letras; 2009.
13. Lévi-Strauss C. A outra face da lua: escritos sobre o Japão. São Paulo: Companhia das Letras; 2012.
14. Bohm D, Peat FD. Ciência, ordem e criatividade. Portugal: Gradiva; 1992.

15. Nietzsche F. Genealogia da moral. São Paulo: Companhia das Letras; 1999.
16. Hugo V. Noventa e três. Porto: Porto Editora; 2008. *apud* Morin E. Op. cit; 2005. p. 125.
17. Morin E. Op. cit. p. 78.
18. Morin E. Op. cit. p. 94.
19. Morin E. Op. cit. p. 140.
20. Latour B. Jamais fomos modernos. Rio de Janeiro: Editora 34; 1994.
21. Cyrulnik B. Memória de macaco e palavras de homem. Lisboa: Instituto Piaget; 1993.
22. Cyrulnik B. Do sexto sentido: o homem e o encantamento do mundo. Lisboa: Instituto Piaget; 1999.
23. Paz O. A outra voz. São Paulo: Siciliano; 1993.
24. Einstein A. Como vejo o mundo. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1981.
25. Einstein A. Escritos da maturidade: artigos sobre ciência, educação, religião, relações sociais, racismo, ciências sociais e religião. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1994.
26. Holt M. A ideia de *slow school*: é hora de desacelerar a educação? In: Stone MK, Barlow Z, organizadores. Alfabetização ecológica: a educação das crianças para um mundo sustentável. São Paulo: Cultrix; 2006.

La deliberación como método de la bioética

Diego Gracia

Desde los escritos hipocráticos, en los orígenes de la medicina occidental, ética y clínica han sido dos conceptos inseparables. Ello se debe, en primer lugar, a que por las manos del clínico pasan, como advierte ya el autor del escrito hipocrático *Sobre el médico*, “objetos de muchísimo valor”¹. Pero se debe también a otra razón, quizá aún más importante que la anterior. Se trata de que la clínica y la ética compartan un mismo método.

Esto puede parecer extraño cuando se oye por primera vez, pero deja de serlo en cuanto se reflexiona sobre ello con una cierta calma. Hay un hecho que no deja de ser sorprendente, y es que el método de la ética procede con toda probabilidad del método de la clínica, más concretamente del método de la clínica hipocrática. El autor de esa modificación fue Aristóteles.

Hijo de médico, muy preocupado siempre por las cuestiones médicas e investigador incansable de problemas biológicos, Aristóteles llegó muy probablemente a la ética desde la medicina. Cuando en la *Ética a Nicómaco* describe la lógica del razonamiento práctico, no está pensando sólo en la ética y la política sino también, como él mismo se encarga de señalar, en la técnica, especialmente en aquella que en su época se había convertido en paradigmática, la *téchne iatriké*, la técnica médica, la medicina. Toda la teoría de la deliberación, la prudencia, el término medio, el razonamiento probable, la toma de decisiones en situación de incertidumbre etc., se aplican por igual a la clínica y a la ética².

En cualquier caso, las cosas han cambiado mucho de los hipocráticos a nuestros días y sobre todo han cambiado mucho en las últimas décadas. Ello se debe a múltiples razones. En primer término, al cambio cualitativo que ha sufrido el concepto de

técnica médica. Nuestra técnica ya no es la *téchne* hipocrática y aristotélica. Se trata de algo completamente distinto.

Para los griegos la técnica tenía por objeto la modificación accidental de las sustancias naturales. Se trataba de un mero cambio de accidentes, sin alterar la sustancia. También cabe decir que la técnica antigua modificaba pero no transformaba. Ése fue el gran desafío de los alquimistas, que quisieron no ya modificar sino transformar, transmutar, transubstanciar la realidad mediante el uso de procedimientos técnicos. Su condena fue unánime.

El técnico tiene que proponerse objetivos más humildes, pensaron los medievales, como lo demuestra la experiencia diaria del carpintero o del herrero. Ni uno ni otro producen la sustancia con que trabajan, la madera o el hierro. Ellos no pretenden crear madera o hierro sino modificar sus accidentes de cantidad, relación etc., a fin de hacer una mesa, una silla o un escudo. Pretender modificar sustancialmente la naturaleza hubiera sido visto como algo no sólo prácticamente imposible sino éticamente inaceptable. Se estaría jugando a ser dios.

Pues bien, la técnica moderna ha dado ese salto que durante tantos siglos se consideró imposible. Los alquimistas tenían razón al querer transmutar los metales. Eso es lo que ha conseguido la moderna química. El ser humano no sólo tiene que jugar a ser dios, es que, como afirmó Leibniz, es un pequeño Dios³.

Él no puede crear desde la nada realidades nuevas, como hace Dios, pero sí transmutarlas o transformarlas. Tal es el origen de la técnica moderna. El ser humano no es siervo de la naturaleza sino señor suyo; tiene en sus manos el poder de hacer y deshacer, de manipular todo, incluso la vida y la muerte.

Ya no hay límites naturales a la acción técnica del ser humano. Pero por ello mismo se hacen aún más necesarios los límites morales. Ya no puede seguirse aceptando la antigua idea de que la transformación de la naturaleza es intrínsecamente perversa. Esa barrera ética también ha caído.

Pero eso no significa que haya desaparecido todo control ético. Muy al contrario, hoy resulta más importante que nunca antes. De este modo, bien que por una vía distinta, ética y técnica, ética y ejercicio técnico de la medicina, es decir, ética y clínica se encuentran de nuevo. Y esta novedad obliga a definir desde el principio las reglas de juego.

El método de la clínica

Clínica es una palabra que procede del griego *klýne*, cuyo sentido queda claro recordando algunos de los términos en que interviene, como "inclinación", "triclinio", "clima" o "climaterio". Su sentido más usual fue el de "cama". De *klýne* procede también "clínica".

Clínica es la actividad que se realiza ante la cama del enfermo. La clínica es siempre una actividad concreta, individual. De lo que se trata es de diagnosticar y tratar a un enfermo concreto, determinado. En eso se diferencia de la Patología o estudio de las llamadas especies morbosas o universales patológicos. No es lo mismo el estudio de la especie morbosas llamada tuberculosis pulmonar que el diagnóstico y tratamiento de un tuberculoso concreto.

La especie es universal, en tanto que el enfermo es particular. Entre ambos existe la misma diferencia que entre una especie botánica o zoológica y un espécimen concreto. Con la particularidad de que la categorización de las enfermedades como especies es muchísimo más problemática y discutible que la de los animales y las plantas; ya que un enfermo puede participar a la vez de varias especies morbosas, cosa que no sucede, o sólo en contadas ocasiones, en el mundo animal o vegetal.

En cualquier caso, la opción que realizó la medicina occidental en sus mismos orígenes, a partir de la medicina griega, fue que hay especies morbosas y hay pacientes concretos y que entre unas y otros hay la misma diferencia que entre las especies naturales y los

individuos o especímenes. Ese es el origen de expresiones todavía hoy vigentes como el de “historia natural” de las enfermedades. La medicina occidental hizo la apuesta de entender la enfermedad como un hecho natural, intentando interpretarla con las categorías propias de las cosas de la naturaleza, especialmente de la naturaleza viva.

Tal es el origen de la distinción clásica entre Patología y Clínica, que cualquier profesional sanitario aprende ya en los primeros años de su formación. En cualquier caso, hay algo que no se enseña y que resulta de la máxima importancia práctica, a saber, la diferente lógica de estos dos tipos de saberes. Los razonamientos propios de la Patología y el de la Clínica son completamente distintos y lo han sido desde los mismos orígenes de la medicina occidental. No puede atribuirse a la clínica la lógica de la patología, ni a la inversa.

La tesis clásica, vigente desde los griegos hasta el siglo XVII, fue que entre la Clínica y la Patología hay la misma diferencia que entre la sustancia primera u *ousía* y la sustancia segunda o *tò ti estín*. Los latinos llamaron a la primera *substantia* y a la segunda *essentia*. La sustancia es particular, en tanto que la esencia es universal. Entre ambas media una diferencia semejante a la que hay entre un hombre concreto y la humanidad.

Todos los seres humanos formamos parte de una misma especie y por tanto compartimos una misma esencia específica, por más que tengamos variaciones individuales. La esencia es, pues, aquello que nos hace pertenecer a la misma especie. Aristóteles definió la especie humana como *zoon lógon ejon, animal rationale*, tradujeron los latinos⁴. Ésa es la esencia del ser humano, por tanto de la especie humana. Un individuo concreto pertenecerá a ella si posee esas notas, es decir, si es animal y si es racional.

Para los antiguos las especies tienen realidad, pero esta no es idéntica a la de los individuos. La realidad de los individuos la conocemos por los sentidos, por sus propiedades y accidentes. Por el contrario, la realidad de la especie, es decir, de la esencia

universal, no es directamente accesible a los sentidos sino sólo al entendimiento, a la razón. Ella es la que abstrae lo común y específico de lo individual y de ese modo penetra en la esencia de las cosas.

El conocimiento de las esencias, por ser universal, es por definición cierto. Aquí no cabe el error. Por eso Aristóteles asigna a este tipo de conocimiento la categoría de *epistéme*, "ciencia". Ciencia significa aquí conocimiento universal y necesario; por tanto, cierto. En el caso concreto de la medicina, éste es el tipo de conocimiento propio de la Patología, razón por la cual el saber sobre las especies morbosas es universal y cierto; es decir, "científico".

Por el contrario, el conocimiento de la enfermedad propia de un individuo concreto es siempre incierto, ya que depende de nuestra capacidad de análisis de los signos y síntomas de esa realidad concreta, que es siempre muy limitada. Para el pensamiento clásico la concreción es siempre más problemática que la abstracción. Sobre los individuos concretos no cabe nunca "ciencia" sino sólo "opinión" (*dóxa*).

De ahí que la lógica propia de la Patología no coincida con la lógica de la Clínica. La lógica de la Patología es, según los antiguos, "apodíctica" y "demostrativa"; tiene un valor de verdad similar al de los teoremas matemáticos. En ella no hay sitio para el error, y menos para la incertidumbre.

La lógica de la Clínica, por el contrario, es la propia de la incertidumbre. Nunca seremos capaces de agotar la riqueza de una realidad concreta, razón por la cual nuestros juicios sobre ella serán a lo más "probables". Frente a la apodicticidad de la Patología, la probabilidad de la Clínica. De ahí que en ésta reine siempre la "incertidumbre". La certeza es imposible.

De ahí que la Clínica no pueda ni deba pretender que sus decisiones sean "ciertas", aunque sí "razonables". Esta razonabilidad consiste siempre en la ponderación cuidadosa de los principales factores

intervinientes, a fin de disminuir en lo posible la incertidumbre. Al proceso de ponderación razonable lo llamaron los griegos *boúleusis*, “deliberación”. Y a la decisión razonable tomada tras prolongada deliberación se la llamó “prudente”.

Donde la *epistéme* dice “demostración”, la *dóxa* pone “deliberación”; y donde la *epistéme* pone “cierta”, la *dóxa* dice “prudente”. Deliberación y prudencia son las dos condiciones básicas del “razonamiento práctico”, del mismo modo que “demostración” y “certeza” lo son del razonamiento teórico. Para los antiguos, el ejemplo paradigmático de razonamiento teórico lo constituía la Matemática. Por el contrario, el razonamiento práctico era el propio de la Ética, la Política y las Técnicas en general.

Ahora se entiende por qué la Clínica y la Ética han compartido durante su historia una misma lógica; porque ambas utilizaban un tipo de razonamiento similar, cuyas dos principales características eran la deliberación y la prudencia, frente a la demostración y la ciencia. Nadie pretende que las decisiones clínicas sean completamente ciertas, de modo que no vayan a necesitar en el futuro rectificación.

Es más, en clínica es posible que dos profesionales sabios y experimentados, deliberando sobre un mismo caso, lleguen a decisiones diagnósticas, pronósticas o terapéuticas distintas. Esto es lo propio del razonamiento prudente, que admite siempre más de una solución. Un mismo hecho puede ser objeto de dos o más decisiones, todas prudentes, que sean no sólo distintas entre sí sino hasta opuestas. Esto es propio de la Clínica y también es propio de la Ética.

Este modo de ver las cosas no comenzó a cambiar más que en el siglo XVII, por obra de filósofos empiristas como Locke y médicos como Sydenham. El empirismo pudo demostrar que el análisis aristotélico del razonamiento práctico era mucho más consistente que el del razonamiento especulativo, y que por tanto era más coherente su teoría de la prudencia que su doctrina de la ciencia.

La tesis de los empiristas es que todo saber empírico es imperfecto, y que esa imperfección sube de grado cuando intentan formularse proposiciones universales, como hace la ciencia. Ése es el punto en que Aristóteles se confundió, el de la verdad de la ciencia. No hay conocimiento empírico absolutamente verdadero. Eso sólo puede darse en las puras relaciones de ideas, en los llamados juicios analíticos, que son los propios de las ciencias no experimentales, como la Lógica y, en ciertos casos, la Matemática.

Como la Patología es un saber experimental, tiene que ser por definición incierto. La Patología comparte, pues, el mismo destino de la Clínica; más aún, puede y debe concebirse como Clínica universalizada, es decir, la universalización de los datos concretos recopilados en el proceso clínico. A la Patología se llega, pues, desde la Clínica, y consiste en la generalización de los datos adquiridos en el proceso clínico.

De ahí que a partir del siglo XVII el proceder puramente “nosológico” o esencialista haya cedido el puesto a otro muy distinto, de carácter “nosográfico” o descriptivo. Del siglo XVII hasta hoy han sido muchos y reiterados los intentos de introducir de nuevo el conocimiento esencial y especulativo, tanto en Medicina como en Ética. Tres han sido los movimientos más significativos a este respecto: el Racionalismo del siglo XVII; el Idealismo del XVIII y; el Positivismo del siglo XIX.

Estos tres movimientos quisieron reinstaurar el saber empírico sobre bases ciertas y científicas; pero han acabado fracasando en su intento. Nunca ha estado tan clara la conciencia de su fracaso como en el siglo XX y, más en concreto, como en estas últimas décadas. Por más que sigan quedando muchos médicos dogmáticos, nunca ha estado tan clara como hoy la conciencia antidogmática en medicina. Y por más que sigan siendo muchos los dogmáticos en ética y en bioética, nunca como hoy ha sido posible la deliberación amplia y participada de estas cuestiones en busca de decisiones razonables y prudentes.

El método de la ética clínica

Los juicios morales, como los médicos, son primariamente empíricos y concretos. En ellos se cumple el principio de que la realidad concreta es siempre más rica que nuestros esquemas intelectuales y que por tanto los desborda. De ahí que el procedimiento de toma de decisiones no pueda consistir en una pura ecuación matemática, sino en el análisis cuidadoso y reflexivo de los principales factores implicados. Esto es lo que técnicamente se conoce con el nombre de “deliberación”.

Hay deliberación clínica, aquella que el profesional sanitario realiza siempre que se encuentra ante un paciente concreto, y hay deliberación ética. La deliberación ética no es tarea fácil. De hecho, muchos no saben deliberar, a la vez que otros no consideran que la deliberación sea necesaria, o incluso importante. Sucede lo mismo que en clínica.

Hay profesionales que toman decisiones en arco reflejo, rápidamente, sin pasar por el largo proceso de evaluación del paciente. Esto se suele justificar apelando al llamado “ojo clínico”. Del mismo modo que hay personas que creen poseer ojo clínico, hay otras muchas que se consideran dotadas de “olfato moral”⁵. Éstas creen saber la respuesta ya de antemano, sin necesidad de deliberación.

Esto se debe, las más de las veces, a inseguridad y miedo ante el proceso deliberativo. Por eso puede decirse que el ejercicio de la deliberación es un signo de madurez psicológica. Cuando las personas se hallan dominadas por la angustia o por emociones inconscientes, no deliberan sus decisiones sino que las toman de modo reflejo, automático, pulsional. Sólo quien es capaz de controlar los sentimientos de miedo y de angustia puede tener la entereza y presencia de espíritu que exige la deliberación.

Las emociones llevan a tomar posturas extremas, de aceptación total o de rechazo total, de amor o de odio, y convierten los conflictos en dilemas, es decir, en cuestiones con sólo dos salidas,

que además son extremas y opuestas entre sí. La reducción de los problemas a dilemas es por lo general producto de la angustia. La deliberación busca analizar los problemas en toda su complejidad. Eso supone ponderar tanto los principios y valores implicados como las circunstancias y consecuencias del caso, lo que permitirá identificar todos o, al menos, la mayoría de los cursos de acción posibles.

Puede tomarse como norma que los cursos posibles son siempre cinco o más, y que cuando se han identificado menos es por defecto en el proceso de análisis. Por otra parte, el curso óptimo de acción no está generalmente en los extremos sino en el medio o cercano a él. De ahí que el resultado del proceso deliberativo suela ser tan distinto al de los procedimientos dilemáticos. Ya dijo Aristóteles que la virtud solía estar en el punto medio.

El proceso deliberativo exige la escucha atenta (la angustia no deja por lo general escuchar al otro, precisamente porque se tiene miedo de lo que pueda decir), el esfuerzo por comprender la situación objeto de estudio, el análisis de los valores implicados, la argumentación racional sobre los cursos de acción posibles y los cursos óptimos, la aclaración del marco legal, el consejo no directivo y la ayuda aun en el caso de que la opción elegida por quien tiene el derecho y el deber de tomarla no coincida con la que el profesional considera correcta, o la derivación a otro profesional en caso contrario.

¿Qué es un conflicto moral?

Todos tenemos de vez en cuando conflictos que llamamos morales. Lo que nos resulta más difícil es definir en qué consisten y por qué los consideramos tales. Un conflicto es una cosa muy determinada. No es lo mismo, por ejemplo, un conflicto que un problema.

El término problema procede del griego *próblema*, que a su vez deriva del verbo *pro-bállo*, que significa arrojar hacia delante,

pro-poner. La vida es un problema, porque tenemos que estarla “pro-yectando” continuamente, eligiendo entre las distintas alternativas que se nos presentan en cada situación. Elegir es siempre un problema.

Cuando la elección se hace entre dos alternativas, hablamos de “dilema”. Es algo completamente excepcional. Lo frecuente es que tengamos que elegir no entre dos sino entre muchas alternativas, y eso es exactamente un “problema”. El que se hable tanto de dilemas, por ejemplo en el mundo de la bioética, es sólo índice de pereza mental.

Para simplificar el análisis, tendemos a transformar los problemas en dilemas. Es algo que suele tener consecuencias trágicas, ya que las dos alternativas más fáciles de ver son siempre las extremas, siendo así que en ética, como Aristóteles nos enseñó, la decisión óptima suele ser intermedia. Más tarde volveremos sobre esta cuestión de los problemas. Ahora sólo intentábamos diferenciarlos de los conflictos.

Un problema no es un conflicto. El problema surge por la necesidad que tenemos de elegir entre distintos posibles cursos de acción. El conflicto, por el contrario, consiste en el choque entre dos o más cosas. Este término procede del latín *conflictus*, que a su vez lo hace del verbo *confligo*, que los diccionarios suelen traducir por pelear.

Pero si se busca su raíz, ésta es el verbo latino *fligo*, que significa chocar. *Confligo* es el chocar de cosas entre sí, y *conflictus*, el choque de dos o más de ellas. Un conflicto es un choque. Si en vez de la partícula unitiva *cum* se antepone la negativa *a*, lo que da es *affligo*, abatir, y *afflictus*, abatido, afligido. En el choque se pierde siempre algo, y ese es el origen de la aflicción.

Conflictos los hay de varios tipos. Hay “conflictos de hechos”. Hay hechos conflictivos, porque son el resultado del choque de dos cosas o realidades. Así, los conflictos armados, las guerras, o tantos

otros. Hay conflictos de otro tipo. Se habla mucho, por ejemplo, de “conflictos de valor”. Y, sobre todo en el ámbito jurídico, no es infrecuente la expresión “conflicto de deberes”. También existen los llamados “conflictos morales”. Para precisar el sentido de cada uno de ellos, es preciso que comencemos analizando lo que son “hechos”, “valores” y “deberes”.

En primer lugar, los “hechos”. Este es un término que utilizamos continuamente en el lenguaje coloquial. Cuando queremos dar a entender de algo que es indiscutible, afirmamos que es un hecho. Los hechos son contundentes, rotundos, definitivos. Esa rotundidad se la da el que sean datos de percepción. Lo que vemos, lo que oímos o tocamos, se nos impone de modo inapelable. Tiene la fuerza de todo lo inmediato.

Los filósofos, a eso que en el lenguaje coloquial llamamos inmediato, lo suelen denominar intuitivo. Los sentidos nos dan intuiciones, las llamadas intuiciones sensibles. Y las intuiciones son inapelables, entre otras cosas porque no puede irse más atrás de ellas. La visión del color rojo es una intuición, la intuición del rojo. Quien la ha tenido sabe perfectamente lo que es el rojo, y quien no la haya tenido nunca, por mucho que se lo expliquemos, no lo percibirá, no tendrá la intuición, no podrá saber qué es el rojo.

Piéñese, por ejemplo, en un ciego de nacimiento. Nunca podrá tener la intuición del rojo, por mucho que se la expliquemos. La visión del rojo es un “hecho” inmediato. Hay otros muchos hechos que son mediatos, ya que los vemos u oímos a través de mediaciones, como son, por ejemplo, todas las llamadas hoy en medicina, técnicas diagnósticas no invasivas. Esos “hechos mediatos”, no perceptibles directamente, son hijos de los progresos de la ciencia y la técnica. Ambas se mueven fundamentalmente en este mundo, el de los hechos y las explicaciones de los hechos.

Todo esto da lugar a los llamados “hechos científicos” y “hechos técnicos”. Y tanto en el orden de los hechos inmediatos, como en el de los hechos científico-técnicos, hay “conflictos”. Hay conflictos

de hechos. La naturaleza, en el fondo, es una serie interminable de conflictos.

Esto es lo que ya le hacía decir a Heráclito que “*la guerra [pólemos] es el principio de todo*” (22 B 53). Muchos siglos después, Darwin la definiría como “*lucha*” [*struggle*]. Son los conflictos de hecho. Todo esto nos resulta hoy tan obvio, que las explicaciones parecen superfluas. Lo difícil para la persona actual es entender que haya algo que no sean hechos, y hechos científicos. Son los componentes de los otros dos niveles, los propios de los valores y de los deberes. Veámoslos.

Los hechos se perciben directa o indirectamente, de modo inmediato o mediante instrumentos más o menos complejos. Pero hay cosas en la vida que, a pesar de ser fundamentales, no son estrictamente hablando datos de percepción, ni por tanto hechos. Es el caso de los valores.

Los valores no se perciben, se estiman, aprecian o valoran. No es lo mismo valorar que percibir. Percibiendo lo mismo, podemos valorar de modo distinto, y viceversa. Puede cambiar el valor de algo sin que se modifique el hecho, y al contrario. El valor económico, el precio de las cosas, varía sin que éstas cambien. Y el valor del dinero cambia continuamente, se devalúa o revalúa en relación a las otras monedas, sin que cambie la materialidad de los billetes de banco.

Lo mismo cabe decir de un cuadro. Las pinturas del Greco están siendo contempladas desde que él las pintó, en la segunda mitad del siglo XVI y durante los primeros años del XVII. Pero la estimación por ellas ha variado enormemente a lo largo del tiempo. El “*hecho*” ha permanecido idéntico, pero el “*valor*” ha cambiado. Hechos y valores son dimensiones distintas de las cosas, cada una con sus propias leyes.

Lo que es evidente, es que sin hechos no habría valores. Si se hubieran quemado todas las obras del Greco, si no hubiera

quedado rastro de ellas, de esos lienzos, de las pinceladas que los cubren etc., la sensación estética que producen esos cuadros habría desaparecido. El valor es distinto del hecho, pero depende de él. Dicho de modo algo más técnico, los hechos son los “soportes” de los valores. Son como las perchas en las que están colgados los valores. Una cosa es la percha y otra lo que se halla colgado en ella. Pues bien, aquí sucede lo mismo. Una cosa es la percha, el hecho, y otra lo que soporta, el valor.

El mundo de los valores es de una riqueza extraordinaria, tanta o más que la del mundo de los hechos. Esto puede resultarnos sorprendente, pero ello sólo se debe a nuestra ignorancia supina de las constelaciones de ese enorme universo. Por más que valorar sea una función imprescindible en la vida, exactamente igual que el respirar, la solemos ejecutar de modo natural y espontáneo, sin conciencia de ello y menos aún con una educación adecuada y un lenguaje preciso. En el mundo del valor somos casi analfabetos. No sabemos ni hablar de él, no conocemos su lenguaje.

Y sin embargo, los valores son lo más importante en nuestras vidas. Lo es, sin duda, el valor económico. ¿Quién no aprecia o desprecia las cosas que ve, y por tanto quién no las pone precio? Todo tiene precio. No hace falta saber nada de teoría de los valores para realizar ese acto de apreciación económica.

Pero de igual manera apreciamos, estimamos o valoramos las cosas y las personas estéticamente, moralmente etc. ¿Acaso la elección de carrera no se hace por motivos de valor? ¿Y la que los antiguos manuales de ascética llamaban elección de estado? ¿Qué es lo que nos lleva a querer compartir con otra persona el resto de nuestras vidas? No lo dudemos, los valores son lo más importante de nuestras vidas.

Si los médicos manejáramos con soltura el mundo del valor, veríamos con claridad que salud y enfermedad no son puros hechos, sino valores. Durante la carrera hemos aprendido muchos hechos clínicos, lesiones, disfunciones, infecciones etc., que son

patológicos, y esto nos ha llevado a pensar que la enfermedad es un puro hecho biológico. Nada más alejado de la realidad. Es un sofisma que en los libros de lógica se conoce con el nombre de *pars pro toto*.

Claro que en la salud y en la enfermedad hay cuestiones de hecho. Pero sobre ellas se montan valores. Salud y enfermedad son estimaciones, valoraciones. No entenderlo así es cerrar los ojos a la realidad y exponerse a no entender casi nada.

Los valores son de muchos tipos, religiosos, jurídicos, estéticos, lógicos, vitales, económicos etc. Tienen muchas propiedades. Una es la cualidad. Todos esos valores son cualitativamente distintos. Otra es el rango o la jerarquía. No todos los valores son del mismo nivel. En general, se considera que los valores de cosa o materiales son jerárquicamente inferiores a los de ser vivo o vitales, y éstos inferiores a los de ser humano o espirituales. Hay todavía otras propiedades.

Pero lo que aquí nos interesa es llamar la atención sobre el hecho de que los valores pueden resultar incompatibles entre sí. Esto es lo que se conoce técnicamente con el nombre de "conflicto de valores". Los valores pueden entrar en conflicto. Lo vemos todos los días en la práctica clínica. Un valor material, el dinero, puede entrar en conflicto con un valor vital, la salud. Y ésta también puede entrar en conflicto con valores estéticos, éticos, religiosos etc.

Tras lo dicho, la expresión "conflicto de valores" pueda parecer clara, pero en el fondo es sumamente oscura. ¿Qué significa que los valores entran en conflicto entre sí? Los valores en sí no son conflictivos; son, valen y nada más. Volvamos a uno de los ejemplos anteriores.

Un valor es el económico, y otro el valor salud. En tanto que valores, son completamente distintos. Los valores son cualidades que se tienen o no se tienen. El conflicto nunca está en el valor, sino en su *realización*. El conflicto surge cuando intentamos

realizar valores, pues entonces sí que la promoción de uno impide muchas veces la realización de otro o, al menos, su no lesión. Eso sí es un conflicto. Pero los conflictos no afectan a los valores en sí, sino a su *realización*.

Conviene analizar con mayor detalle en qué consiste esto de la realización de valores. Los valores valen, decíamos hace un momento. ¿Qué significa esto? Significa que si un valor desapareciera de la Tierra, habríamos perdido algo importante. Pensemos, por ejemplo, en la belleza, o en la amistad, o en el amor. Decimos que son valores. Y lo son porque valen en sí. Moore los llamaba por eso valores intrínsecos ⁶.

Algo tiene valor intrínseco cuando caso desapareciera, perderíamos algo importante. No hay duda de que nuestro mundo es muy injusto y de que en él abundan las guerras. Pero tampoco la hay que la justicia y la paz son valores intrínsecos, porque en caso de que desaparecieran para siempre habríamos perdido algo importante.

Pues bien, en el ser humano hay un tercer mundo, además del de los hechos y el de los valores. Es el mundo de los deberes. Es un mundo extrañísimo. Los seres humanos creemos que debemos hacer ciertas cosas y evitar otras. Es también una experiencia universal, consustancial con la naturaleza humana. Podremos divergir en cuanto a los contenidos de nuestros deberes, pero la experiencia del deber es prácticamente universal.

¿Y qué es lo que debemos? Realizar valores. Precisamente porque los valores valen, el ser humano cree que debe realizarlos, hacerlos realidad en el menor tiempo posible. Es un deber hacer lo posible para que se realicen el valor paz, y el valor justicia, y el amor, y la belleza etc. Todos deseáramos que nuestro mundo fuera así. Y tenemos del deber de hacer lo posible para que nuestro mundo real, esta "edad de hierro", que decía don Quijote de la Mancha, se transforme en la "edad dorada", plena de verdad, de justicia, de amor y de paz, en el menor tiempo posible.

Aún más, estamos obligados a hacerlo, mismo a sabiendas de que no lo conseguiremos nunca. Es algo sumamente paradójico: lo ideal, como el valor justicia, tiene efectos reales sobre nosotros, nos obliga realmente, exigiéndonos su realización. No es lo real lo que se impone a lo ideal, sino lo ideal a lo real. Como solía decir un amigo mío, lo que fallan no son las utopías; falla la realidad.

Este tercer mundo, el mundo de los deberes, se monta sobre el de los valores. Sucede algo similar a lo que ya vimos a propósito de las relaciones entre hechos y valores. Decíamos entonces que los hechos eran soporte de los valores. Pues bien, ahora hemos de afirmar algo similar, que los valores son soporte de los deberes. El deber no es hueco, no está vacío; tiene siempre un contenido, una materia. Y su materia son los valores. Nuestro deber es realizar valores.

Volvamos ahora al tema del conflicto de valores. Los valores sólo entran en conflicto entre sí cuando se pasa del segundo mundo al tercero, cuando se pasa de la axiología a la ética; es decir, cuando se trata de realizar valores. Entonces sí entran en conflicto, porque nuestra capacidad de realizar valores es muy limitada, siempre, desde luego, menor que la pugna de los valores por realizarse, por hacerse reales. El llamado conflicto de valores es, pues, conflicto en la realización de valores.

Esto significa que en el mundo del deber hay a su vez dos niveles o momentos. Uno es el nivel ideal en el que los valores pugnan por su realización, pero sin tener en cuenta las circunstancias concretas. Este nivel es muy importante, porque es el que orienta nuestra vida moral. En este primer nivel, todos los valores positivos crean en nosotros una obligación, la de realizarlos, y caso de que no entren en conflicto entre ellos, esa obligación abstracta o ideal se convierte *ipso facto* en obligación real.

¿Hay conflictos a este primer nivel? Por supuesto que sí. Pensemos en dos valores positivos, cada uno de los cuales exige su realización. Uno es el valor vida, y otro el valor religioso, el ordenar

la vida conforme a las propias creencias. Esos dos valores tiran de nosotros, exigiéndonos su cumplimiento. Pero en su realización entran en conflicto. Es el caso, por ejemplo, de los Testigos de Jehová. Si se es fiel a las propias creencias, se corre el riesgo de perder la vida, y viceversa. Eso es lo que suele considerarse un "conflicto de valor". Con lo cual ahora podemos entender lo que significa esa expresión de modo más preciso. Es que dos o más valores entran en conflicto a la hora de ponerse en práctica, de realizarse. Los llamados conflictos de valores son, en el rigor de los términos, conflictos de deberes. Pero de deberes en este primer nivel, el nivel ideal. Hay valores que a la hora de realizarse resultan conflictivos entre sí.

Hay un segundo nivel. La realización tiene que hacerse siempre en condiciones concretas, contando con unos medios y no con otros. Esto hace que la realización esté siempre situada en el espacio y en el tiempo. Yo tengo que realizar la justicia, o la paz, en condiciones concretas, contando con las circunstancias propias de una situación concreta, y además teniendo en cuenta las consecuencias de la decisión que tome.

Si el anterior era el nivel de obligación de los valores puros, ideales, este segundo es el nivel de obligación de los valores en situaciones concretas. Por ejemplo, por más que en el primer nivel yo crea que no debe mentirse, que la veracidad es un valor que exige su respeto y realización en el mundo, yo puedo encontrarse en situaciones tales que crea que no debo decir la verdad, por ejemplo, a un paciente.

Afirmando la veracidad en el primer nivel, me considero autorizado para no decir toda la verdad, o mentir, en este segundo nivel. Son cosas perfectamente compatibles. A la vez que hago en la práctica una excepción al principio de veracidad, puedo seguir afirmándolo en el otro nivel, y creer que éste me sigue obligando, de tal modo que en cuanto cambien las circunstancias tendré que volver a ser veraz.

En el idioma español esta diferencia de niveles no se entiende muy bien, porque nosotros utilizamos el mismo verbo para expresar estas dos situaciones. En otros idiomas no es así. En inglés, por ejemplo, el primero se expresa mediante el verbo *shall*, y más en concreto mediante su pasado, *should*, que nosotros traducimos por “debería”.

El segundo nivel se expresa mediante los verbos *ought to* o *must*, que traduciríamos por “debe”. Lo mismo pasa en alemán, donde *sollen* se diferencia perfectamente de *müssen*. En español decimos todo eso con el mismo verbo, *deber*, colocándolo en diferentes tiempos. El primero con el tiempo llamado potencial, “debería”, y el segundo el presente, “debe”. Potencialmente debería decir la verdad, pero en el presente debo mentir. En nuestra lengua tiene perfecto sentido decir: “debería decir la verdad, pero en este momento creo que debo mentir”.

Este juego verbal permite ver con toda claridad que también aquí hay conflictos. Ya no se trata de conflictos entre valores que pugnan por su realización, sino de conflictos entre el debería y el debe, entre la exigencia ideal de los valores y la condiciones reales. Esto es el que cabe llamar, con toda precisión, “conflicto de deberes”.

Cuando creo que puedo hacer una excepción al principio de veracidad, dado que en caso contrario estaría faltando al respeto a un paciente concreto, existe un conflicto entre dos valores, el de veracidad y el de respeto, pero no porque ambos sean en sí incompatibles, sino porque resultan incompatibles en una situación concreta. No se trata de conflicto de valores, sino de conflicto entre el debería y el debe, entre lo que debería hacer y lo que debo hacer. Esto diferencia claramente el ejemplo de la veracidad que hemos expuesto, del ejemplo del testigo de Jehová. En este último caso el conflicto no viene producido por las circunstancias concretas, sino porque ambos valores resultan incompatibles: el respeto de las creencias exige el sacrificio de la vida, y viceversa.

El último tipo de conflicto, el que hemos llamado conflicto de deberes, es el que trató de expresar magníficamente David Ross en su libro *The right and the good*, distinguiendo dos niveles o tipos de deberes, los que llamó “deberes *prima facie*” y “deberes reales y efectivos”⁷. El deber tiene siempre esas dos dimensiones.

Ahora podemos dar una respuesta a la pregunta que encabezaba este párrafo: ¿Qué es un conflicto moral? No es, ciertamente, un conflicto de hechos, sino un conflicto de valores y de deberes. El conflicto moral es siempre conflicto en la realización de valores. Por eso es moral, porque tiene que ver con la realización de valores.

Pero en esa realización hay siempre dos niveles, el del debería y el del debe. En ambos caben los conflictos. Hay conflictos en que la dificultad viene de los propios valores, y hay conflictos que se deben a las condiciones empíricas que condicionan su realización. En el caso del testigo de Jehová, el conflicto procede de la propia materia del valor, que exige la no transfusión de sangre, lo que supone un riesgo para la vida. Esos son los que deberían llamarse conflictos de valor en sentido estricto.

En otros casos, los valores no tienen en su materia nada que les haga incompatibles entre sí. El conflicto viene de las condiciones empíricas en que ha de realizarse el valor. Así, en el caso de la veracidad y la lesión del respeto de un paciente. Son las condiciones psicológicas concretas del paciente, no el valor del respeto en sí mismo, las que generan el conflicto. El conflicto ahora no es entre valores, sino entre el *debería* de su realización ideal y el *debe* de su realización concreta. A esto último es a lo que debería llamarse, en sentido estricto, conflicto de deberes. La expresión “conflicto moral” abarca tanto los conflictos de valores como los conflictos de deberes. Todos son, en última instancia, conflictos morales.

La lógica del razonamiento moral

Una vez que sabemos con alguna precisión qué son o en qué consisten los conflictos morales, hemos de preguntarnos ahora

cómo se manejan y, si es posible, cómo se resuelven. Para lo cual, es primero necesario aclarar la lógica de los conflictos, o lo que es lo mismo, la lógica del razonamiento moral.

A todos nos gustaría que los conflictos morales pudieran resolverse de modo tajante, total y absoluto. Desearíamos manejarlos como los problemas de álgebra o de trigonometría, en los que un problema suele tener una solución y sólo una, y además puede demostrarse qué solución es la verdadera y que todas las demás son falsas. Esta es la lógica que desde el tiempo de los griegos se llama apodíctica.

Pues bien, esta no es la lógica aplicable a las cuestiones normales de la vida. Tampoco es la lógica del ejercicio clínico, ni la lógica del razonamiento judicial, ni, en fin, la lógica de la ética. Las decisiones morales tienen que ser racionales, pero no son apodícticas. Pertenecen a otro tipo de lógica que Aristóteles llamó dialéctica. Es la lógica de la opinión.

Las opiniones son juicios racionales, pero que no agotan el problema, y que por tanto permiten otros razonamientos distintos e incluso opuestos, que pueden ser verdaderos, a la vez que lo sean los nuestros. Es la lógica polivalente de la probabilidad, no la lógica bivalente de la verdad y el error. Por eso aquí no podemos buscar decisiones completamente verdaderas, sino decisiones razonables y prudentes.

El objetivo del razonamiento ético es la prudencia. Y el procedimiento es lo que Aristóteles llamó deliberación. La deliberación consiste en la ponderación de los factores que intervienen en un hecho concreto, a fin de tomar una decisión razonable y prudente. Bien entendido, que personas con diferente saber y experiencia, pueden tomar decisiones distintas de la nuestra, las cuáles también aspirarán a ser prudentes.

El método de la ética es, pues, la deliberación. Por ejemplo, para saber si en una situación concreta podemos o no hacer una excepción al principio de veracidad, tenemos que deliberar. Eso

es lo que en principio cabe entender por deliberación moral, la deliberación sobre los deberes; sobre el debería y sobre el debe, que no necesariamente tienen que coincidir.

Podría parecer que con esto queda cubierto el espacio de la deliberación. Pero no es así. Hay deliberación sobre los deberes, ciertamente. Pero como los deberes se montan sobre los valores, también deberá haber deliberación sobre los valores. Y ello por varias razones.

En primer lugar, porque los valores no son nunca del todo racionales, pero sí necesitan ser razonables. Los valores deben mucho a las emociones, a las tradiciones y a otras muchas cosas que no son del todo racionales. Pero sí necesitan ser razonables, y por tanto hay que deliberar sobre ellos. Por otra parte, esos valores son los que van a constituir la base de nuestros deberes, y por tanto habrá que deliberar sobre qué valores son los que están en juego en un caso concreto, si entran en conflicto entre sí, si son jerárquicamente del mismo nivel etc. Pero aún hay más.

Los valores están soportados por los hechos, aunque no se identifiquen con ellos. Eso significa que también hemos de ocuparnos de los hechos, incluyéndolos en nuestro proceso de deliberación. Pensemos, por ejemplo, en un caso clínico que plantea un problema moral, el de una persona que se halla en estado vegetativo permanente desde hace diez años y que se plantea la cuestión de retirarle o no la alimentación e hidratación. Lo primero que en este caso tendremos que analizar con todo cuidado son los hechos clínicos, es decir, si esa persona se encuentra, en efecto, en estado vegetativo persistente, porque caso de cometer un error en este nivel lo arrastraremos a los otros niveles ulteriores, el de los valores y el de los deberes.

¿Cómo proceder?

La deliberación moral, por tanto, tiene niveles, al menos tres. Hay primero que deliberar sobre los hechos, luego sobre los valores y,

finalmente, sobre los deberes. Esto, que puede parecer complejo, no lo es tanto si se sigue un procedimiento que nos exija ir paso a paso. La experiencia de muchos años me ha convencido de que un buen procedimiento de deliberación moral ha de constar de los siguientes pasos: deliberación sobre los hechos; deliberación sobre los valores y; deliberación sobre los deberes.

La deliberación moral

Deliberación sobre los “hechos”

1. Presentación del caso o problema
2. Análisis de los hechos clínicos del caso

Deliberación sobre los “valores”

3. Identificación de los problemas éticos
4. Elección del problema ético a discutir
5. Identificación de los valores implicados

Deliberación sobre los “deberes”

6. Identificación de los cursos de acción posibles
 - a. Identificación de los cursos extremos
 - b. Identificación de los cursos intermedios
 - c. Identificación del/de los curso(s) óptimo(s)
7. Pruebas de consistencia de la decisión:
 - a. Prueba de la legalidad: ¿es la decisión que vas a tomar es legal?
 - b. Prueba de la publicidad: ¿estarías dispuesto a tomar esa misma decisión si ésta se hiciera pública?
 - c. Prueba del tiempo: ¿tomarías la misma decisión si pudieras esperar unas horas o unos días?
8. Toma de decisión

El proceso de deliberación se pone en marcha siempre ante la existencia de un problema. Alguien que necesita tomar una decisión tiene problemas para saber qué debe decidir. De ahí que el procedimiento se inicie con la presentación, por parte de quien lo tiene, del problema o caso (punto 1). Esto es lo que hacemos todos cuando buscamos el consejo de alguien. Lo primero que hacemos es plantearle el problema.

En medicina, eso que aquí llamamos problema suele denominarse caso clínico. Los casos clínicos encierran múltiples problemas. A un comité de ética es lógico que se lleven aquellos casos que plantean problemas morales. Luego intentaremos definir qué es eso de un problema moral. Ahora basta con decir que en este primer punto, quien tiene el problema ha que exponerlo, exponer el caso, exactamente igual que se hace en una sesión clínica.

El punto 2 es también idéntico a lo que es usual en cualquier sesión clínica. Si se trata de un problema ético relacionado con un paciente o una enfermedad, lo primero que hemos de hacer es conocer muy bien los hechos, en ese caso los hechos clínicos. Esto supone analizar con la mayor precisión posible la situación clínica del paciente, su diagnóstico, su pronóstico y su tratamiento. Nunca podremos reducir a cero la incertidumbre, pero sí es necesario limitarla lo máximo posible, ya que toda esa incertidumbre la arrastraremos necesariamente a los pasos ulteriores del análisis. Y, por supuesto, un error en el orden de los hechos puede condicionar completamente todo lo que hagamos después.

Los dos primeros puntos están dedicados a la deliberación sobre los hechos del caso a estudiar. Es importante que entendamos por qué la deliberación es aquí imprescindible. Como dice Aristóteles, no se delibera sobre lo que no puede ser de otra manera. Sobre que dos y dos son cuatro, añade, no se delibera. *Se delibera sobre lo que admite diversas respuestas*. Hay problemas que tienen más de una respuesta correcta, por extraño que ello pueda parecer. Y entonces la cuestión está en determinar qué condiciones tiene que cumplir cualquier respuesta que podamos considerar correcta.

Pongamos un ejemplo concreto, el de un enfermo. Por más que lo analicemos y exploremos, nunca le agotaremos, nunca podremos conocerle de modo completo. Nuestro conocimiento del mundo exterior, de las realidades empíricas, es siempre incompleto, imperfecto. De ahí que nuestros juicios sobre ellas tampoco puedan aspirar a la exhaustividad.

Nadie explora completamente a un enfermo, ni puede estar completamente seguro de lo que le pasa. Es una tarea imposible. Quien quisiera proceder así, tendría que iniciar una exploración indefinida, infinita de su paciente, que al final siempre acabaría falleciendo en el proceso. Proceder así nos parece, por ello, imprudente. Y, en efecto, lo es.

El objeto de la deliberación no es tomar decisiones ciertas sino prudentes, por más que sean sólo probables. Una decisión es prudente cuando, a pesar de no ser cierta, resulta la óptima en un momento concreto. Pues bien, esto es lo que le sucede al clínico que estudia a un paciente.

De ahí que el propio acto clínico sea un proceso de deliberación. Una buena deliberación sobre los hechos clínicos (puntos 1 y 2) del caso es el mejor comienzo de una buena deliberación moral. Esto es algo que pocas veces se tiene en cuenta, y que resulta fundamental. Muchos de los errores en los juicios morales se deben a un mal análisis de los hechos.

La primera parte del estudio de un problema ético en un comité debe ser similar a cualquier sesión clínica. Y como en ellas, es preciso dedicar tiempo a estos dos primeros puntos. Sólo el estudio cuidadoso y la acumulación de perspectivas distintas, debidas a la intervención de personas con formación y experiencias también distintas, puede ayudarnos a conocer mejor los hechos del caso y a tomar decisiones diagnósticas, pronósticas y terapéuticas más prudentes.

Ciertamente puede haber imprudencia por morosidad excesiva en el análisis, buscando lo que éste no puede dar, certeza. Pero lo más

usual no es eso sino lo contrario, la imprudencia por ligereza en el análisis, por no dedicarle el suficiente tiempo, por pensar que ya sabemos lo que tiene el paciente y que no necesitamos mayores precisiones. Esto que los alemanes denominan *Blitzdiagnosen*, diagnósticos relámpagos, y que entre nosotros suele llamarse “ojo clínico”, es el gran enemigo de la deliberación sobre los hechos clínicos.

La precipitación, la petulancia, la suficiencia, están en los antípodas de la prudencia. Es función de quien modera un grupo de deliberación, conceder suficiente tiempo al segundo punto del procedimiento, a fin de evitar errores fatales. El mejor modo de saber cuándo el debate sobre los hechos no reduce ya significativamente la incertidumbre y debe finalizar, es estar atentos a las redundancias. Cuando los argumentos empiezan a repetirse, cuando en la discusión no se avanza ya más, no se introducen perspectivas realmente nuevas, es que el proceso de análisis ha llegado a su final. Es necesario pasar al punto siguiente.

Con el punto 3 se inicia la segunda parte del proceso, la deliberación sobre los valores. Este tema de los valores es complejo, como ya ha quedado dicho, y por tanto necesita ser analizado con un cierto orden. Primeramente es preciso identificar bien el problema ético a tratar (punto 4), para después ir en busca de los valores en conflicto que lo han generado, o del conflicto de valores que hay en su interior (punto 5). Para identificar el problema ético a discutir, es conveniente, cuando no necesario, dedicar algunos minutos a la búsqueda de todos los problemas éticos que seamos capaces de encontrar en el caso que nos han presentado (punto 3).

En este punto, el método de la deliberación es deudor del tipo de enfoque de la historia clínica iniciado por Lawrence Weed en 1968 en la Case Reserve Western University, en Cleveland, Ohio ⁸. Allí dice Weed que ha utilizado el término “problema” por su amplitud y ambigüedad. Un problema clínico es todo lo que para alguien, el médico, el paciente, es un problema. Por tanto, un problema es un

síntoma, pero lo es también un signo, un hallazgo de laboratorio, un dato fisiopatológico, un diagnóstico, etc.

La tesis de Weed es que la historia clínica clásica ha perdido una enorme cantidad de información, precisamente porque se ha centrado en un solo problema, aquél por el que el paciente acude a la consulta, y no en el conjunto de problemas clínicos que éste presenta. La vida es una sucesión continua de problemas, también de problemas clínicos. La concepción es ya un problema, probablemente el primero, y morir, el último.

Entre esos dos extremos – nacimiento y muerte – todos tenemos múltiples problemas sanitarios simultáneamente. Muchos de ellos los tenemos controlados, o no nos preocupan, pero están ahí, y conviene tenerlos en cuenta. Los problemas se van sucediendo, de tal modo que comienzan en un cierto momento y finalizan en otro. La historia clínica por problemas intenta recoger toda esta información, identificando todos los problemas, fijando la fecha de su aparición, cuándo terminan, y con qué otros problemas se hallan relacionados.

Pues bien, en el punto 3 del método aplicamos algunas de las ideas fundamentales de Weed al caso particular de la ética. Lo que hacemos en este momento es identificar todos los problemas éticos que creamos existen en el caso objeto de estudio. El término problema lo utilizamos intencionadamente en toda su ambigüedad. Problema ético es todo lo que para alguien es un problema ético.

Si alguna situación es problema ético para alguien, ya es un problema ético, al menos para él. Por tanto, no nos hacemos cuestión de qué es un problema ético o cómo hay que definirlo. De este modo, intentamos romper el miedo que en un principio existe a la identificación de los problemas éticos.

Las personas muchas veces se muestran reservadas a la hora de expresar el problema ético que creen han identificado, por si acaso

no es un problema ético. Esa reserva debe desaparecer. Todo el que cree que ha identificado un problema ético debe decirlo, porque por ese mismo hecho ya interesa como problema ético.

La mayor dificultad, en cualquier caso, no está en la identificación de los problemas éticos, sino en su verbalización, en su expresión verbal. Nuestro lenguaje para expresar con precisión las cosas que suceden en el mundo de los hechos es muy amplio y bastante preciso, pero no sucede lo mismo en el ámbito de los valores. La pobreza verbal en este campo es sorprendente.

Esto hace que las personas suelen tener dificultades para expresar con palabras el problema que han identificado. Ello hace que intenten verbalizarlo con frases largas, que denotan siempre lenguaje poco preciso. Y cuando se les pide precisión, acuden por lo general a lenguajes muy abstractos, como el de los principios de la bioética, el de los derechos humanos, o algún otro similar.

De ese modo, dicen que han identificado un problema de autonomía, o de beneficencia, o de no-maleficencia, o de justicia. Con este procedimiento, es obvio que casi nos podíamos ahorrar la identificación de problemas, y simplemente enumerar los cuatro principios de la bioética, ya que será difícil que en un caso no haya algún elemento relacionado con cada uno de ellos.

Pero los problemas son siempre concretos, y por tanto no deben expresarse en lenguajes tan abstractos como el de los principios o el de los derechos humanos, o cualquier otro similar. Los problemas son concretos, y el lenguaje que debe utilizarse ha de ser también concreto. Eso que en abstracto se llaman problemas de autonomía, serán de falta de información, o de dudosa capacidad para decidir por parte del sujeto, o de posible coacción etc.

Lo mismo sucede con los demás principios. Un problema de justicia puede ser la discriminación por razón de edad, o de sexo, o de procedencia; o la inadecuada distribución de recursos, o la falta de recursos. Es conveniente expresar los problemas de este

modo, describiéndolos de la forma más precisa posible y con el menor número de palabras de que seamos capaces. Puesto que de problemas se trata, lo lógico es formularlos entre interrogaciones, y dado que hablamos de problemas éticos, también parece obvio que el verbo de la frase ha de ser, de preferencia, el verbo deber. Todo esto no es fácil y necesita de un entrenamiento específico. La identificación de problemas éticos y la expresión de esos problemas en palabras, son habilidades que hay que adquirir en un proceso de entrenamiento que la experiencia demuestra que no puede ser corto.

¿Para qué sirve identificar los problemas éticos presentes en un caso o en una historia clínica? Por lo pronto, sirve para adquirir las habilidades a las que acabamos de referirnos. Pero además resulta fundamental para orientar todos los pasos ulteriores del análisis. Si no se hace así, en el debate posterior es obvio que, a pesar de estar hablando sobre el mismo caso, cada uno puede estarse refiriendo a un problema distinto, con lo cual la discusión se diluirá en mil cuestiones distintas y será imposible ponerla término o llegar a una solución.

La experiencia demuestra que sólo identificando los problemas y eligiendo uno concreto para analizar o discutir, el debate ulterior puede hacerse con orden y cabe llegar a soluciones concretas. No es que los demás problemas no interesen. Todos son, sin duda, interesantes. Pero no todos pueden discutirse simultáneamente. Habrá que ir de uno en uno.

Por tanto, habrá que elegir un problema, a fin de discutir ése y no los demás, a no ser que se hallen relacionados con el primero, y en este caso se analizan sólo en tanto en cuanto están relacionados con él. Por supuesto, tras finalizar el análisis de un problema puede empezarse el de otro, y así sucesivamente, pero no todos a la vez. La experiencia demuestra que el análisis correcto de un solo problema dura no menos de dos horas, y que una sesión de ética no da más que para el análisis sistemático de uno. Los demás deberán analizarse en sesiones ulteriores.

Con esto se ha dado ya el paso al punto 4, el de la identificación del problema a discutir. Sólo podemos analizar un problema y es necesario elegir cuál va a ser éste. Esta elección no la debe hacer ninguno de los participantes del grupo, ni tampoco su moderador, sino la persona que ha presentado el caso, aquél que ha hizo la consulta porque quería que le asesoráramos en un problema concreto. Es bueno que en el paso 3, el de identificación de los problemas del caso, no participe activamente quien presenta el problema, sino que lo hagan los distintos miembros del grupo de deliberación.

Tras hacer la lista de problemas éticos, debemos preguntar a quién nos hizo la consulta si entre los problemas identificados está el que le preocupa. Es frecuente que diga que sí y señale el problema concreto que quiere que se analice. Otras veces no sucede eso, y entonces resulta que nuestra lista de problemas tiene que ampliarse con otro problema nuevo, el problema por el que esa persona ha venido a consultarnos.

Una vez determinado el problema a deliberar, es preciso dar un paso más, el 5, e identificar los valores implicados. Lo que hacemos ahora es pasar del lenguaje concreto de los problemas al lenguaje abstracto de los valores. Todo problema ético, por las razones que ya hemos explicado, es, en el fondo, un conflicto de valores. Lo es, bien porque haya dos valores que por su propio contenido entran en conflicto (lo que antes hemos llamado un “conflicto de valores” en sentido estricto), o porque las circunstancias les hagan conflictivos en una situación concreta (el denominado “conflicto de deberes”).

Por una vía o por otra, dos valores entran en conflicto, y esto es lo que en un sentido lato llamamos ahora “conflicto de valores”. Engloba tanto los conflictos de valores propiamente dichos, como los conflictos de deberes. Si alguien tiene un problema moral, es porque en el fondo percibe un conflicto de valores en este sentido amplio, aunque no sepa muy bien en qué consiste éste o cuáles son los valores en conflicto. Esa es la labor que tenemos que

realizar ahora, identificar los valores en conflicto en ese problema concreto. El punto quinto del procedimiento consiste, pues, en transformar el problema en conflicto; pasar del lenguaje del problema al lenguaje, más abstracto, del conflicto.

También aquí se necesita proceder con cuidado. Si hay un conflicto de valores, es porque dos o más de ellos pugnan por realizarse en esa situación concreta. Esto significa que tenemos que ser capaces de señalar los valores en pugna. No todos los valores pueden entrar en conflicto entre sí.

Es bien sabido que una característica del mundo del valor es su polaridad: a todo valor positivo se opone un valor negativo. Así, por ejemplo, el valor belleza tiene su opuesto en fealdad. Entre fealdad y belleza no cabe conflicto.

El conflicto se da siempre entre dos valores que pugnen por realizarse, que haya obligación de realizar, y que por tanto tienen que ser positivos. El valor fealdad no es positivo, es negativo. Si el conflicto fuera entre el valor belleza, por un lado, y el valor fealdad, por otro, la solución sería evidente. Más aún, lo que tendríamos que decir es que no habría conflicto. Ver un conflicto en el fondo de eso sería por completo artificial. Y la deliberación sobre el asunto sería absolutamente innecesaria.

El conflicto tiene que ser siempre de dos valores positivos, que exigen su realización. En el caso del testigo de Jehová, es el conflicto entre un valor positivo, el valor vida, y otro también positivo, el respeto de las propias creencias religiosas. En el caso de la mentira, el conflicto es entre el valor veracidad y la no lesión de una persona en una situación concreta. Éstos sí son conflictos, y en ambos casos es necesario que deliberemos, a fin de encontrar las soluciones más prudentes, las soluciones más adecuadas.

Una vez identificados los valores en conflicto, comienza la tercera fase del procedimiento, la deliberación propiamente moral. De lo que se trata ahora es de definir nuestros deberes. Por tanto,

de saber qué valor debemos realizar. El criterio para resolver el conflicto de valores es siempre el mismo: tenemos que realizar todos los valores implicados en el caso lo máximo posible, o, dicho en negativo, estamos obligados a lesionarlos lo mínimo posible.

Esto significa que la obligación moral no está, como suele pensarse con demasiada frecuencia, en hacer lo bueno y evitar lo malo. Nuestra obligación moral no consiste en hacer lo bueno, sino lo *mejor*, lo *óptimo*. Lo que tenemos que ver es cómo salir de modo óptimo del conflicto; por tanto, cómo realizar los valores lo más que se pueda, o cómo lesionarlos lo menos posible.

Este es el objetivo del punto 6 del método. Para ello, vamos a concretarnos en el análisis de los cursos de acción posibles. No es una arbitrariedad. Los cursos de acción son las salidas que cabe imaginar en una situación concreta. Es el intento de responder a la pregunta: ¿qué podemos hacer ante este conflicto?

La mente humana, quizá por pereza, o por lo que se conoce como navaja de Ockam o principio de economía del pensamiento, tiende a reducir todos los cursos de acción a dos, y además verlos como extremos u opuestos entre sí. Es la lógica que los medievales llamaban del *aut, aut* y los ingleses modernos del *either or*, o esto o lo otro, o lo tomas o lo dejas. Este es un fenómeno tan curioso como preocupante.

Los seres humanos tendemos a reducir todos los cursos a dos, que identificamos además con los cursos extremos, sin ver los posibles cursos intermedios. Vemos el blanco y el negro, pero no toda la gama de los grises. Lo cual en ética resulta catastrófico, pues desde Aristóteles sabemos bien que el curso de acción óptimo suele ser intermedio, y que los cursos extremos resultan por lo general tremendamente lesivos para los valores.

En cualquier caso, y dada nuestra propensión a identificar cursos extremos, conviene comenzar por ellos. Los primeros cursos de acción que debemos identificar son los extremos (punto 6 a). Los

cursos verdaderamente extremos son tan lesivos, que difícilmente se le ocurrirían a nadie como óptimos. Pero conviene identificarlos.

Los cursos verdaderamente extremos consisten siempre en lo mismo: en la opción por uno de los valores en conflicto, con lesión total del otro, y viceversa. De tal manera que los cursos extremos pueden identificarse de modo casi automático, optando por uno de los valores identificados en detrimento total del otro, y al contrario. Naturalmente, la pérdida completa de un valor es siempre una tragedia. Los cursos extremos son trágicos. Esto hace que no puedan elegirse más que cuando han fallado todos los cursos intermedios.

El siguiente paso es, pues, la búsqueda de cursos intermedios (punto 6 b). No es tarea fácil. Hay que dedicarla tiempo e imaginación. Por ello mismo, es conveniente que en los casos complejos la búsqueda de cursos intermedios deba hacerse en grupo, colectivamente. La diversificación de formaciones y de experiencias enriquecerá el proceso y permitirá ampliar el número y la calidad de las salidas. Muchas veces es conveniente dibujar los diferentes cursos en un diagrama en forma de árbol, a fin de situar cada curso en su lugar apropiado, entre los dos cursos extremos.

Un factor fundamental a tener en cuenta en la identificación de cursos es el tiempo. Muchas veces nos empeñamos en limitar los cursos a aquellos que permiten tomar la decisión en el momento presente, sin tener en cuenta que hay decisiones que no son tan urgentes que no puedan esperar un cierto tiempo. Pues bien, el manejo de la variable tiempo permite encontrar cursos que muchas veces son preferibles a todos los actuales. El tiempo se encarga de aclarar muchas cosas, y de resolver otras.

Una vez identificados los distintos cursos de acción, tanto extremos como intermedios, es necesario que deliberemos sobre qué curso nos parece óptimo (punto 6 c). La experiencia demuestra que resulta por lo general fácil llegar a un consenso sobre el curso óptimo. No suele ser éste un punto difícil ni conflictivo del

método. Pero, en cualquier caso, conviene tener presente que la deliberación no tiene por objeto la búsqueda del consenso, sino la toma de decisiones prudentes.

Como ya ha quedado dicho, ante un mismo caso pueden adoptarse decisiones muy distintas entre sí, que sin embargo sean todas prudentes. Un clínico y un cirujano pueden tomar decisiones muy distintas ante un mismo paciente, sin que eso signifique que la decisión de uno de ellos tenga que ser necesariamente imprudente. Pues bien, en ética sucede lo mismo. El método no busca la unanimidad en la decisión, ni puede considerarse un fracaso el hecho de que esa unanimidad no se logre. Lo que el método busca es que todas las decisiones que se tomen, sea una o sean varias, puedan considerarse prudentes.

Adviértase que para que alcancen ese estatuto de prudentes, es necesario que sean realistas, es decir, realizables. Ahora estamos descendiendo de nuevo a la realidad, a las condiciones concretas. En el punto 5 nos elevamos al lenguaje abstracto de los valores, y en el 6 hemos comenzado identificando los cursos extremos de acción, que en la práctica resultan casi siempre irrealizables. También les sucede eso a muchos cursos intermedios. Era conveniente, sin embargo, tenerlos en cuenta, en un esfuerzo por extender y ampliar el análisis todo lo posible.

Pero una vez realizado todo esto, es necesario volver a la realidad, a la situación concreta del caso, con todas sus circunstancias. Una decisión nunca será óptima si no tiene en cuenta las circunstancias existentes y las consecuencias previsibles. Estamos pasando de lo que más arriba denominamos nivel del “debería” al nivel del “debe”. El deber es siempre concreto, es el deber aquí y ahora, en esta situación, con estas circunstancias, y previendo determinadas consecuencias.

Como las circunstancias reales siempre limitan la realización de valores, resultará que la solución óptima en una situación concreta no coincidirá por lo general con la óptima en general; no

será, por tanto, la solución “mejor”, sino la “menos mala”. Dicho de otro modo, el “debe” no suele coincidir nunca con el “debería”. Eso es lo que llamábamos un “conflicto de deberes”.

La solución óptima será siempre el resultado de resolver este conflicto, lo cual se hace siempre de la misma manera. Ésta consiste en ver si las condiciones reales nos obligan a hacer una excepción al deber que tenemos de realizar un valor. Por ejemplo, cuando yo no me atrevo a decir toda la verdad a un paciente, porque le encuentro muy perturbado emocionalmente e incapaz de asumir lo que le está pasando, lo que hago es justificar una excepción al principio de veracidad, a la vista de las circunstancias que concurren en ese caso concreto.

Naturalmente, las excepciones han de ser siempre excepcionales y no pueden convertirse en regla. Quiere ello decir que tendré que cargar con la prueba de que la excepción es necesaria, en primer lugar, y en segundo, que sólo podré hacer uso de ella excepcionalmente, en tanto se mantengan las circunstancias que me han permitido hacer la excepción. En cuanto éstas cambien, tendré que replantearme el problema y ver si la excepción sigue vigente, porque en caso contrario vuelve a cobrar toda su fuerza el principio de veracidad y a exigirme su más estricto cumplimiento.

En cualquier caso, cuando eso sucede, cuando alguien se cree legitimado a hacer una excepción a la realización de un valor, es claro que está definiendo su “debe” de modo distinto a su “debería”. Cree que debe mentir, aunque al mismo tiempo afirma que en principio no debería mentir, y que tendrá que dejar de mentir en cuanto las circunstancias cambien. En esto consiste la resolución del que hemos llamado conflicto de deberes. La decisión final (punto 6 c) no puede tomarse hasta no haber ponderado las circunstancias del caso, y de ese modo haber dado una solución a ese conflicto.

En buena lógica el método debería acabar aquí. Pero la prudencia exige algo más. Exige verificar la consistencia de esa opción que

hemos hecho (punto 7). Y eso suele realizarse sometiendo la decisión a ciertas pruebas de consistencia. Hay varias. Las más importantes son tres, la prueba de la legalidad, la prueba de la publicidad y la prueba del tiempo. Las tres son muy importantes.

La primera, la prueba de la legalidad, tiene por objeto asegurarse de que la decisión que tomamos no es ilegal o antijurídica. Ética y derecho son cosas distintas, y una decisión puede ser moral e ilegal a la vez, y también legal e inmoral. Esto es evidente. Por eso mismo el procedimiento no ha tenido en cuenta la ley hasta ahora, al final de todo el proceso.

Esto porque es un error tan grave como frecuente confundir el análisis ético de un caso con su análisis jurídico. Cuando se plantea un problema a alguien, es frecuente que éste pregunte en primer lugar por lo que dice la ley al respecto. Es un mal procedimiento, ya que lleva a iniciar un proceso de análisis jurídico que dificulta, cuando no impide, el análisis ético.

Lo que aquí hemos ofrecido es un procedimiento de análisis ético de los problemas, no jurídico. Pero ahora, al final, es conveniente preguntarse por lo que dice la ley al respecto. Y ello por varias razones. En primer lugar, porque no es prudente dar consejos antijurídicos a los demás. Y en segundo, porque si alguien ha decidido que la óptima es una opción claramente antijurídica, conviene que sea consciente de esto último antes de elevarla a definitiva. Dicho de otro modo, las decisiones antijurídicas deben tomarse con plena conciencia de lo que se está haciendo (punto 7 a).

La segunda prueba es la de la publicidad. Todos estamos dispuestos a tomar muchas decisiones, con tal de que no se enteren los demás de ellas. Pues bien, tomar ese tipo de decisiones es, por lo general, imprudente. Sobre todo porque nadie puede estar seguro de que esa decisión no vaya a hacerse pública, o a llegar a los tribunales. Si alguien no se ve capaz de justificar públicamente la decisión que ha tomado, debería revisarla antes de elevarla a definitiva (punto 7 b).

Finalmente, está la prueba del tiempo. Muchas veces esta prueba se entiende mal. No se trata de aparcar la decisión por horas o días. Esto, en muchos casos, y concretamente en medicina, no resulta posible. Pero no se trata de eso. Se trata, simplemente, de dedicar unos momentos a realizar un pequeño ejercicio mental, el de pensar si tomaríamos la misma decisión caso de que pudiéramos esperar algunas horas o días.

Es bien sabido que todos estamos dispuestos a tomar ciertas decisiones en momentos de gran implicación emocional, cuando estamos muy furiosos, o muy emocionados por algo, y que esas decisiones no las tomaríamos en situaciones anímicas menos violentas o pasionales. Pues bien, esas decisiones acaloradas, fruto de la emoción o del apasionamiento, no suelen ser prudentes. San Ignacio de Loyola decía a sus compañeros: *"en tiempo de turbación, no hacer mudanza"*, que en castellano moderno vendría a significar: no tomes decisiones cuando te encuentres muy turbado. En estos casos, lo más prudente es esperar a que mejore la situación emocional (punto 7 c).

Si una decisión resiste el contraste con estas tres pruebas, podemos estar razonablemente seguros de que es prudente; por tanto, podemos elevarla a definitiva (punto 8). Es el último punto del método.

¿Complicado? Más de lo que parece. Someterse a este procedimiento es más difícil de lo que cabe suponer. Ello se debe a que supone aceptar muchas cosas. Una, que no somos omnipotentes, que no tenemos *a priori* respuesta a todas las cuestiones, que nos podemos equivocar, que nuestro punto de vista es siempre parcial, y que para aumentar nuestra prudencia es importante ampliar las perspectivas, cosa que necesita no sólo de tiempo, sino muchas veces de la participación de otras personas. De ese modo, la deliberación, de ser individual, pasa a ser colectiva.

En este proceso colectivo tenemos que ser capaces de escuchar a los otros, de pensar que pueden ayudarnos en nuestra búsqueda

de la verdad, tanto más cuanto más distintos sean sus puntos de vista de los nuestros. Todo esto exige una gran madurez psicológica y humana. Deliberar no es fácil. Es una tarea que exige no sólo conocimientos, sino habilidades, como hemos visto, y ciertas actitudes básicas. Requiere una cierta humildad intelectual. Y una buena madurez psicológica.

De ahí que aprender a deliberar lleve a conocerse un poco mejor a uno mismo y a respetar más a los otros. La gran tragedia de nuestro tiempo está, a mi modo de ver, en esto, en la escasísima capacidad para la deliberación. En vez de enseñarnos a deliberar ya desde la escuela primaria, se nos forma en lo contrario, en imponer nuestro propio punto de vista, en dogmatizar nuestras afirmaciones, en optar por los cursos extremos. De ahí que la bioética tenga hoy, en estos comienzos del siglo XXI, una función social de primer orden, promover la deliberación, no sólo en el ámbito sanitario, sino en la sociedad toda.

Referências

1. Hippocrates. Sobre el médico. In: Gual CG, editor. Tratados hipocráticos. Madrid: Gredos; 1983. v. 1. p. 173-6.
2. Aristóteles. Ética a Nicómaco. Madrid: Instituto de Estudios Políticos; 1970. p. 37-1.112b.
3. Leibniz GW. Monadología. México: Porrúa; 1984. nº 83. p. 399.
4. Aristóteles. Política. Madrid: Instituto de Estudios Políticos; 1970. p. 9-10.
5. Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Eudema; 1991. p. 10.
6. Moore GE. Principia ethica. Cambridge: Cambridge University Press; 1903.
7. Ross WD. The right and the good. Oxford: Oxford University Press; 1930.
8. Weed LL. Medical records that guide and teach. N Engl J Med. 1968;278(11):593-600.

Ethical deliberation for bioethics: capacitating ethical reasoning in the classroom

Georges-A. Legault

When faced with the task of developing a course in bioethics, any professor will be confronted with Aristotle's question, "Can we teach ethics?". The answer to this question will vary according to what is considered to be qualified as ethics. In many countries there are laws that govern professional healthcare practices and their associated codes of ethics. There are also various kinds of ethical committee, such as research ethics boards for research on humans, clinical ethics committees for physicians and other healthcare professionals, and even ethical advisory boards on the development of science and technology.

Since 1970, bioethics has become a vast domain covering diverse sets of regulations and fields of practice. That is why in Québec it is mandatory for future medical professionals to receive instruction in the legislation and regulations governing their practice; this training is offered via a web platform (Collège des Médecins du Québec n.d.)¹. Nobody would deny that future healthcare professionals must familiarize themselves with the various sets of regulations that guide their fields of practice in order to be able to comply with those regulations.

But is this sufficient? Can we unequivocally defend the view that based on this type of learning future professionals are fully equipped to face the bioethical dilemmas they will encounter in practice? In the first part of this paper, I will rapidly identify certain inadequacies in the regulation-based approach to learning bioethics. In the second part, I will show that legal bioethics, like other norm-based ethical approaches, takes for granted ethical reasoning and motivation as the basis for compliance. In the third

part, I will show that we can remedy the inadequacies of a norm-based ethics by endowing the professions with a values-based ethics; this we do by focusing on dialogical ethical deliberation about practical dilemmas.

Learning bioethics by learning legislation and regulations

What is the pedagogical objective of teaching the legislation and regulations that govern a professional healthcare practice? Comprehension of the legal aspects seems to be the primary objective; but the degree of comprehension may vary according to the number of credits a course is worth. Given the quantity of laws and regulations that guide a field of practice, the most a teacher can hope is that students will remember that certain sectors of their practice are regulated. The students will at least be capacitated to take into consideration that their professional acts constitute not just a scientific application to a case but also a professional relationship guided by laws and regulations. Knowing this, students can use these reference points in the future when confronted by ethical dilemmas.

Three major inadequacies can be identified in this learning model for bioethics. The first concerns the object of bioethics. In this learning model, bioethics is reduced to systems of laws and regulations; it assumes that bioethical dilemmas are legal ones. Yet when you look at the ethics in bioethics, you usually think of something different than law. In our philosophical and theological traditions, ethical questions have been answered by moral systems. In bioethics, since the beginning of the Hastings Center Report, both philosophy and theology have been present in the process of thinking an ethics for today. The internet encyclopedia of philosophy introduces its discussion of the topic of bioethics by stating:

"Bioethics is a rather young academic inter-disciplinary field that has emerged rapidly as a particular moral enterprise against the background of the revival of applied ethics in the second half

of the twentieth century. The notion of bioethics is commonly understood as a generic term for three main sub-disciplines: medical ethics, animal ethics, and environmental ethics. Each sub-discipline has its own particular area of bioethics, but there is a significant overlap of many issues, ethical approaches, concepts, and moral considerations”².

Reducing bioethics to the study of legislation and regulations gives students a false impression of the ethical discussions that always sit at the heart of their practice.

The second inadequacy flows from the limits of the scope of what is learned. As mentioned in my opening remarks, bioethics does not consist only of legislation and regulations applied by a judge or a committee governing a professional code. Bioethics is also various practices in society that rely on participation by professionals, such as research ethics boards for human research, clinical committees, and national advisory boards on ethics. Healthcare professionals work within a society, and even if some are independent workers, they participate in a healthcare system.

If future professionals think about the practice of the profession exclusively on the clinical basis of their relationship with patients, they will not take into consideration the whole social context of that practice. This is one reason why the ethics committees mentioned above have difficulty bringing on board members of certain professions, like physicians. How can professionals think their social roles and responsibilities if all that is focused on is the clinical relationship with the patient? Furthermore, multi-professional guidance is needed today to treat complex cases. Dialogical capabilities are therefore needed and should be recognized as relevant to ethics courses.

The third inadequacy is common to all theoretical learning in professional schools. It is the gap between the general knowledge provided by the teaching of a science (psychology, anatomy, biology etc.) and the practice of the profession. In their book designed to enhance professional effectiveness, Argyris and

Schön³ emphasized that such enhancement can only be reached if we change our implicit model of practice. A professional does not apply general principles to cases; the reasoning done consists not of a logical deduction but of a circular motion between the specific elements of a case and the general knowledge that can help one solve the problem another one is confronted with.

This influential book inspired specialists in pedagogy to propose a problem-solving approach to medical training. Students can learn better when they are confronted directly with a problem and required to find out how to solve it with the help of the various kinds of scientific knowledge at their disposal. The first capability entailed by problem solving is related to the attention given to the details of the case. It is this attention that promotes the circular motion between facts and general knowledge, where facts guide the selection of knowledge and the confirmation of the pertinence of the selection. Finally, this reflective approach to practitioners' problem-solving develops the capacity to provide an explicit account of what the diagnosis and the recommended intervention rest on.

The limits of a norm-based ethics

A legal bioethics is similar to a norm-based ethics arising out of philosophical and theological morality. What they all have in common is their background conception of ethical guidance based on recourse to norms. A dictionary definition of "norm" reads as follows: "*a principle of right action binding upon the members of a group and serving to guide, control, or regulate proper and acceptable behavior*"⁴. In other words, a norm imposes a mode of conduct: it creates an obligation to do or not do something in a given context.

Except for specific instances, norms are general, since they convey the message that a certain type of conduct is unwarranted. Take the commandment "*Thou shalt not kill*." We have a general idea of its meaning, but in concrete cases it is not clear whether, for

example, killing in self-defense, or refusing treatment that could be lethal to a patient, is included under the prohibition.

When bioethics courses emphasize learning various sets of norms applicable to a profession, they essentially concentrate on how the norms are formulated: *“What precisely are the norms in question? What do they say?”* But there is more to norm-based ethics than familiarity with the norms. Practical reasoning is needed to link the general norm to the particular facts, in order to say whether the norm applies in a particular case.

In the Catholic tradition, priests give moral guidance because they have the authority to say whether a norm applies in a particular situation. At its root, this is what constitutes what is properly called casuistry. As Jonsen and Toulmin ⁵ have documented, casuistry sits at the heart of our moral tradition. As with the Common Law in the Anglo-American legal tradition, in *the practice of casuistry principles are clearly enacted only through the unfolding of the circular motion between facts and principles that settles the moral dilemma.*

Today, lawyers are legal casuists who defend different interpretations of what is binding in a particular case according to a general law. In law, a judge must decide which interpretation represents the best way to settle a case. But judges have to justify their judgments and state the grounds for a decision to recognize a specific action as mandatory or not mandatory under law. In moral reasoning there is no judge, but this does not mean that our moral decisions do not require similar justification. Healthcare professionals can be, and are, asked by patients, colleagues, and supervisors to state the reasons that justify their actions in particular cases.

In a bioethics classroom where a norm-based ethics is learned, more time must be given to developing the capacity for practical reasoning than to the learning of existing sets of norms. When students have a scenario placed before them and are asked if

the action taken by the professional complies with the laws and regulations that govern the practice in question, they are usually puzzled. First of all, they are confronted with the problem of identifying those problematic aspects of the situation that relate to a specific norm. The circular motion between facts and norm is not easy to perform, because one must have an awareness that something is problematic in the situation in order to start the process of specifying what category of norm can help with identifying the problem.

After this first step, a more precise analysis must be done regarding which norm is specifically concerned in the case. Here again, the operation is not obvious and needs discussion as to how it is to be done. Finally, the judgment as to whether in this particular situation we are or not violating the norm in question is very controversial, since it depends on an interpretation of the norm's scope. In classroom debates on the application of a norm to a specific case, we very often witness an opposition between two implicit conceptions of legal constraint.

On one side, we have the traditional liberal view of legal constraint in which the law sanctions someone only if the act in question clearly and significantly harms another person. On the other side, we have a more moralistic point of view, in which the law's constraint should be applied with little tolerance for deviation. Discussion of this nature serves as an opportunity to open up dialogue on the aim of legal constraints in society and on the distinction between law and a code of professional ethics, with the latter seen as a moral code setting higher standards than the law. Absent the appropriate pedagogical guidance, the capacity for practical reasoning will not be developed; and classroom discussion will be nothing more than a clash of positions on the situation, without prompting the reflective stance needed for justifying one's position. And without this capacity, it will be difficult for practitioners to share a common approach to bioethics based in a shared professional code.

When norm-based bioethical learning takes into account the importance of practical reasoning, it often takes for granted the motivation for compliance with the law. Because a norm is by definition binding, the question of knowing if a student is really compelled by the norm rarely arises in the classroom. But in real life situations, people often decide not to comply with the law. Their decisions take into account other motives for action that are stronger than the motive of obeying the law. In a norm-based ethical approach, the reason for obeying the law and complying is grounded in the authority enacting the law in question.

Be it God in the case of theological moral norms, be it humanity in the case of philosophical norms, be it democracy for legal norms: each in its own way proposes a source of motivation to obey the norms in force. But we must ask ourselves honestly if these motives are really operational today with our students. When asked why they obey the law, some of my students say it is because a law is a law; others say it is because of the fear of sanctions. If the former are responding, as appears to be the case, from a moral point of view, there is no specific appeal to reason in complying. The latter justifies compliance with a norm solely on the basis of egoistic interests (fear of sanctions), which is not a moral point of view. In the classroom, discussions on motives for obeying the law rapidly turn into inquiries on how we can nowadays think the authority of law and the implicit model we have for grounding the motive to comply with authority.

In our Western traditions, morals and laws have been framed on the basis of an implicit “command” type speech act ⁶. According to the performative structure of speech acts, to command someone to do something amounts to creating an obligation for that person to act as commanded. The command can only be given by someone in authority and the person commanded recognizes an obligation simply by virtue of being under the authority of the person commanding.

In our liberal societies today, we must ask ourselves if the performative structure that underlies law and morals is still operational. In classroom discussions, the reasons for obeying a given law are usually formulated in terms of the law's purpose and the values it serves to protect. An essay on applied ethics by the late Paul Ricoeur ⁷ develops this same point philosophically. By bringing values into the discussion, Ricoeur seeks to remedy the limitations of the Kantian imperative as the only source of motivation for complying with the law ⁸.

Ethical deliberation for classroom bioethics

• The general approach of ethical deliberation

The pedagogical approach to the classroom teaching of ethics that is presented here was first developed for a course in professional ethics for engineering students. It was subsequently reframed to serve in the training of other professionals, including healthcare professionals ^{9,10}. This model of ethical deliberation is also used by various ethics committees (working in the spheres of research, clinical practice, and organizational practice) and in many courses on professional ethics. This approach has been adapted in our NE³LS research and structures our interdisciplinary approach to accompanying developments in nanotechnology (see in these proceedings Patenaude and Legault, A Proposal for an E³LS – ethical, environmental, economic, and social) approach to the regulation of nanomedicine.

For an understanding of this approach, *we must distinguish between norm-based and values-based ethics*. A norm-based ethics, as we have seen, guides human conduct by appealing to a rule that imposes a course of action, whether general or particular. The implicit decision-making model conveyed can be summed up as follows: People act on the basis of self-interest and the concern for others can only be ensured through respect for a rule. To decide what to do in a given situation is to confront our drive to maximize our self-interest with rules (moral or legal) that oblige us to take

others into consideration. A *values-based ethics* proposes another view of human decision-making. To make a decision is, in a certain context, to assess a possible course of action by looking closely at its consequences for ourselves and others, by assessing these consequences, and finally by weighting value judgments in order to arrive at the best course of action.

A deliberative approach defines human liberty as the capability of decision-making for action. Of course, human actions often look like automatic reactions to stimuli in a context, but they cannot be reduced to a mere stimulus-response model. All norm-based ethics assume that human have the choice of following the rules or not; and legal and moral responsibility can be attributed to human actions. If we take liberty seriously, and if we acknowledge that socialization rests on educating liberty, then ethical development will consist of capacitating individuals to make responsible choices.

In a deliberative model, responsibility has two meanings. The first is the same as the meaning it has in law: a person is responsible for the impacts of her or his conduct. If a certain conduct produces harm to others, the person is accountable for her or his action. The second meaning is the capacity to respond to others by being able to explicate the reasons that justify the decision to follow a course of action. In values-based ethics, the justification for a decision is not presented to an external authority (a judge or a priest) but rather to the others with whom we live. Living-together is only possible when shared values ground our decisions. If as professionals we can explicitly provide the reasons that justify why a certain course of action has been deemed to be the best one for ensuring our living-together, then we can open up dialogue on social responsibility with our fellow social actors.

The place of values in a values-based ethics is different than the psycho-sociological definition of values as psychological facts. In the latter approach, people have values or they do not, and these values play an important role in explaining behavior. Conflicts of

values are interpreted as conflicts of motivational forces that drive human behavior. In contrast, in a deliberative approach, values operate as criteria for making value judgments. Values have an emotional dimension, because as criteria for value judgments they attribute a state of desirability to something. This is why deciding what is the best thing to do in a given context always consists of judging not just the value of the action in question but also the action's desirability.

How the model works in a classroom

- *Working in dialogue*

The premise of this pedagogical approach is that healthcare professionals should determine what constitutes the best practices in their fields. To capacitate them for this, they must first be placed in a dialogue setting. This setting could be a committee that oversees professional practice, with a discussion group of five to seven professionals. The aim of group discussion will be to try to arrive at consensus about the best practice in a particular case.

If the group cannot arrive at consensus, they must state the reasons that have prevented it. In a process of communication about a best practice, participants will tend to defend their personal positions on what constitutes the best practice, using rational arguments. They will try to convince each other that they hold the right position. Argumentation is not dialogue, since it tries to convince others that a point of view is *the* point of view on a question.

What we forget is that stating what is the best practice constitutes not a factual judgment but a value judgment, and value judgments are not liable to truth conditions. To share best practices means sharing the value judgments we have made about a particular course of action in a certain context. Best practices are not given beforehand; they are constituted in the midst of dialogue on what is the best course of action in a specific context.

Abandoning the forum of argumentation for an agora where dialogue is possible means abandoning a position-based approach in favor of a problem-solving one. In a dialogue, we are all together and involved in a process of solving a professional problem: “What is the best practice in this case?” Everybody has a view on the subject, but the process in question means we must reflect on our spontaneously-held views by analyzing the bases for our judgments.

• *The starting point: What is problematic in the context?*

In a healthcare situation, the medical background of the case must be clearly stated. What is the patient’s condition? What is the prognosis? What are the options? Can the patient understand what is going on and make unconstrained decisions? If the medical background is not shared at the outset, it will be impossible to assess a particular course of action. Dialogue on the medical background is a priority in setting the context.

Furthermore, in healthcare cases, other people than the patient are concerned. In a holistic approach to healthcare, the patient’s medical condition is one aspect of the social setting for the patient and the patient’s family. Medical treatment must take into account personal living factors. Furthermore, the network of informal caregivers is important to the ultimate success of the intervention. A holistic approach to a patient’s care, taken by an interdisciplinary team of professionals, rests on the capacity to establish a shared view of the context that takes into account all the findings on the case made within each discipline.

Once the context has been clarified, the discussion group will be faced with alternative courses of action, each one considered to be the best practice in the context. When a group is spontaneously unanimous about a practice, this only shows that there is a shared implicit value judgment. In order to capacitate the reflective stance in ethical deliberation, it is preferable to begin with alternative points of view. The group must determine which course of action

will be scrutinized by the approach of ethical deliberation. Usually, the discussion group will start with the option that is shared by most of the participants.

The dialogue starts with the question, "Is doing such-and-such the best course of action to pursue in the context?"

• Determining the probable impacts of the course of action on the actors

To be responsible is to be accountable for the impacts of our actions on ourselves and others in a social context. Therefore, the first step is to clearly identify what the impacts of the proposed course of action of the different actors involved in the healthcare situation are. A professional intervention involves many actors. The patient of course is at the center, but this patient has a family and sometimes informal caregivers. This patient is related to others, to neighbors and the community. As well, all professional decisions will have an impact on the professional; but they may also affect that professional's colleagues. In the case of certain decisions, the reputation of the relevant professional body may be at stake. Finally, since healthcare is institutionalized, the impact of the decision on the institution itself and on the financing of healthcare services must also be considered.

What are the potential impacts of the course of action on all these actors? To answer this question, the professional must establish the causal relationship between her or his course of action and its impacts. This relationship can only be established by an appeal to disciplinary knowledge, be it medical, psychological, or social. One of the difficulties in this process is that professionals sometimes apprehend possible impacts but cannot state on what grounds they have established the causal relationship. The learning process involved here is that of realism. Searching for the grounds that justify the statement of the causal relationship and determining the intensity of the impact on the actors prevents the consideration of purely imaginary impacts. Classroom discussion

will provide the opportunity to explore all the potential impacts to be considered.

• *The identification of norms*

Ethical deliberation must also take into consideration the social norms that guide professional conduct. Norms by definition state that if a course of action is likely to have certain impacts that are considered socially undesirable, this course of action should not be followed. In other words, norms express the stance that certain actions are not acceptable because they engender unacceptable impacts on certain actors. This involves the same learning process as that associated with norm-based ethics: Identifying which categories of norms (legal, professional-code-based, organizational, or moral) apply clearly to the case. At the end of this step, participants will have clearly identified all the relevant norms that govern the case.

• *Assessing the potential impacts of the course of action*

A values-based ethics, as we have briefly observed, places value judgments at the heart of ethical deliberation. The formulation of value judgments appeals to reason, since it is a rational practice of attributive judgment; and it appeals to emotion, because by attributing values, it expresses what is worth living for. In healthcare situations, the values generally taken into consideration in assessing a course of action's impacts are these: quality of physical well-being, quality of psychological well-being, safety, quality of life, autonomy, quality of professional relationships, quality of working relationships, and equity in the provision of services.

The capabilities developed in the discussion first involve the process of attributing a specific value to the impacts identified in the preceding steps of the deliberative process. But it is not sufficient to say that these impacts affect this value. Value judgments differ from factual judgments in that they imply a degree of attainment rather than a binary evaluation. For example, to the question "Is it

raining?" we can only answer "Yes" or "No". But when we attribute a value to something like a student paper, we find that some papers are better than others. Some are no good, some are barely good, some are moderately good, and some are excellent.

Furthermore, an impact may be positive, in that it promotes a value, or it can be negative, in that it diminishes that value. When attributing a value to the use of a medical intervention like an operation, the final impact of the patient's physical well-being must be assessed: Is the quality of physical well-being barely, moderately, or greatly enhanced? The patient could also die during the operation. That is why the final value judgment about the operation must take all the probabilities into consideration. Of course, the grounds for this value judgment rest on the specific degree of the intensity of the impact identified. Value judgments must be grounded in reality to be functional.

When participants have reached consensus as to what the value judgments involved are and what the impacts of the course of action are, they have a picture of the conflicts of values at the heart of the decision to be made. To deciding is to resolve conflicts of values: to determine what values have priority over others.

As we have seen with norm-based ethics, legal norms by definition state that certain impacts are unacceptable and therefore the action must not be undertaken. The norms in professional codes function like legal norms; but some also convey what kind of action must be performed. We have mentioned, in stating the inadequacies of the norm-based approach, that students today are more motivated by the values embedded in laws than by respect for the authority behind the laws.

Since, as we have shown, values are motivating factors for implementing a decision, it is important to take into consideration the values embedded in the norms that govern a practice. That is why, after stating the value judgments made about the impacts of a course of action, participants will state the values embedded in

the norms identified in the preceding steps. By this means, social value judgments made about certain impacts are clarified. The acknowledgment of the value judgment that grounds the norm under consideration is fundamental to the learning process.

Once all the value judgments have been stated, they can be grouped in a table that sets all the values that are diminished by the course of action on one side and all the values that are promoted by it on the other. It is in this final table that the conflict of the values that guide value judgments can be clearly identified. The next step will consist of resolving the conflict of values.

• Resolving the conflict of values: Weighting the value judgments

How do we resolve conflicts of values? On what grounds can we determine what the best practice in a given situation is? To resolve a conflict of values does not consist of choosing some values and rejecting others. It consists more precisely of assigning priority to some values over others. In a deliberative ethics approach, giving priority to a set of values is a final value judgment that has to be grounded in reasons. The final value judgment involves an overarching value: the quality of living-together that is the criterion that will guide the weighting process.

For example, in many healthcare situations involving senior citizens, practitioners are confronted with determining on the best practice in the use of physical or chemical restraints. The values of safety and of the quality of physical well-being conflict with those of autonomy and of quality of life. The only way to resolve this conflict is to keep in mind the kind of world we want to live in with each other. It is in the light of this ideal world that we want to live in that assigning priority to some values over others makes sense. At this stage, we express the philosophical view we hold that grounds the final judgment.

In classroom discussion, there is rarely consensus about the grounds for justifying the final value judgment. Consensus is

not important: it is the aim of attaining it that capacitates the participants in a reflective process. At the end of the process, they will have been able, through dialogue, to agree on what the conflicting values are. They will also understand that disagreement on the final judgment resides in our choice of mode of living-together. They will also have learned that living-together does not reside in a shared view, but rather in the way we resolve conflicts of value in practice.

• *Deciding on the means for resolving the conflict of values*

Ethical deliberation is a problem-solving process. In this process, the shared problem-setting is of prime importance. This is finally achieved when the table of conflicting values and value judgments has been generated. The best course of action will be the one in which concrete means are adopted to ensure that, even though a certain set of values is given priority, the other values are taken into consideration.

In deciding on the concrete means of action in a given case, two dimensions must be taken into account. The first is the effectiveness of the means. In a classroom discussion, a physician was confronted with the following problem: His patient was for some reason worried because the pill he was supposed to take was purple. The patient suspected that purple pills were not effective for him. How does a doctor deal with this situation? The doctor can prescribe the pill because it is the best medication and try to convince the patient that purple pills are not dangerous. The doctor can also prescribe another pill, one that may be chemically less effective but that the patient is sure to take. The final choice will emerge from the doctor's evaluation of overall effectiveness in enhancing the quality of well-being.

The second dimension to be taken into account in decision-making about means is the potential of a given means to promote or minimally diminish the various values that are in conflict. The best means to choose is not necessarily the one that will be the

most efficacious in promoting a given value, even if that is the value to which priority has been assigned. Making a decision is difficult because we must assign priority to some values over others and are reluctant to sacrifice any of our values.

That is why we search for means that will promote the best maximization of all the values concerned. Even when consensus is not reached in attributing priority to one set of values over others, participants in the discussion about means can arrive at the means best suited to the case in hand; practically speaking, this amounts to reaching consensus on the best practice in the situation. In the example given above of physical or chemical constraints, the balance between safety – that of the self and that of others – and autonomy will be found when determining the circumstances in which the safety of the self or that of others is at risk and the circumstances in which that risk can be run. Restraints will be deemed to be justified in certain circumstances, allowing the patient relative autonomy.

Concluding comments

Bioethics covers a large field that ranges from professional ethics in medicine and other healthcare professions to the ethics of state healthcare services. Forty years ago, medical ethics was principally concerned with the doctor-patient relationship and the values in conflict were essentially the sacred value of life on one hand and the value of quality of life on the other. Since then, the scope of health-related issues has broadened to take into account all the social and economic factors that affect health. The transition from isolated professional services to a collective interdisciplinary approach to patient care has reopened the Pandora's Box of interdisciplinary collective action. Cooperation in healthcare, as with any other services in our society, is only possible if the people involved have capabilities to act as reflective practitioners and to engage in dialogue.

The learning of ethical deliberation in the classroom consists, as we have shown, of a step-by-step approach to capacitating reflection-in-action. Spontaneous problem-solving is a circular process, since the labeling of the problem depends on the implicit theoretical framework of the discipline that permits the labeling. The solution to the problem will follow from that same framework. Reflective practice provides practitioners with an opportunity to recognize this circular pattern and recognize that what they have is one view of the problem and not *the* problem itself.

When a multidisciplinary team addresses a specific case, it offers a complex view, showing different labels for the problem and its related solutions. The task is to find an interdisciplinary solution that takes the various dimensions into account. This is where the capacity for dialogue is needed. In a deliberative ethics perspective, dialogue can be defined as the co-construction of a solution to a collective problem.

When an interdisciplinary team opens up dialogue on problem-solving to find the best interdisciplinary practice in a given case, members of the team realize not only that their discipline defines the problem a certain way, but also that they themselves carry values that guide their value judgments in the case. In my experience in Québec, I have seen clashes at work between the caring values of nurses and the curing values of physicians, as well as between the safety values of nurses and the autonomy values of social workers. Without the capacity to reflect on the value judgments embedded in their practice, professionals cannot really arrive at consensus on particular cases.

When we look closely at the various ethical scandals in our societies, we realize they are not caused by a lack of regulations. Many norms exist that govern professional practice today, but they do not guide practice effectively. The public reaction to scandals is usually to adopt more norms in order to regulate the situation. But can norms really be effective in ensuring best practices? As we have seen, laws are limited; and, as Aristotle claimed, all that laws will do is impose a minimum of ethics on those who have none.

Furthermore, a question cries out to be asked, one that is rarely voiced: "Why obeying the law?" What reasons do we give citizens today to obey the law other than the fear of sanctions? For many today, laws are only constraints on liberty and the importance of laws in implementing living-together is totally lost from view. Ethics today reframes the professional ideals, like the Hippocratic Oath, so important in Greece. The quality of living-together in a society rests on the quality of practice by all professionals. Professional practice is at the core of the social fabric. By reflecting on their practice, professionals give themselves the opportunity to discern the important role they play with every single decision they make and to identify the value judgments that guide their practice.

Referências

1. Collège des Médecins du Québec. ALDO-Québec. [Internet]. (acesso 29 ago. 2012). Disponível: <http://aldo.cmq.org>
2. Internet Encyclopedia of philosophy. Bioethics. [Internet]. (acesso 29 ago. 2013). Disponível: <http://www.iep.utm.edu/bioethic/>
3. Argyris C, Schön DA. Theory in practice: increasing professional effectiveness. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1974.
4. Merriam-Webster. Norm. [Internet]. (acesso 29 ago. 2012). Disponível: <http://www.merriam-webster.com/dictionary/norm>
5. Jonsen AR, Toulmin S. The abuse of casuistry: a history of moral reasoning. Berkeley: University of California Press; 1988.
6. Austin JL. How to do things with words. Oxford: Clarendon Press; 1962.
7. Ricoeur P. Le juste 2. Paris: Esprit; 2001.
8. Legault GA. L'éthique appliquée comme entreprise philosophique : dialogue avec Ricoeur. In: Lacroix A, editor. Déployer la raison pratique : pour une éthique pragmatique. Montréal: Liber; 2011. p. 35-70.
9. Legault GA, Racine L, Bégin L. Éthique et ingénierie. Montreal: McGraw-Hill; 1991.
10. Legault GA. Professionnalisme et délibération éthique. Ste Foy: Presses universitaires du Québec; 1999.

Agradecimentos

This study is currently being funded by a grant from the Canadian Institutes for Health Research (CIHR: 43854), entitled: *Development of an interdisciplinary framework for the analysis of the impact of nanotechnologies on health and of their social acceptability*.

Movements and movies in bioethics: The use of theatre and cinema in teaching bioethics

Jan Helge Solbakk

This paper represents in some sense a blue copy of Plato's dialogical project, i.e. to *move* students morally through the use of a medium that displays moral discourse as something taking place not between fixed arguments set up according to the logic of syllogism, but as a discourse going on between living human beings and which engages us on all levels: intellectually, esthetically, emotionally as well as somatically. Plato took his inspiration from the forum to which the citizens of Athens went when they wanted to watch moral conflicts displayed in vivo, in the ancient Greek theatre. Here attention will not only be paid to the different forms of moral dialogue displayed in Plato's dialogues and in the ancient Greek theatre, but also to the kind of forum most people visit today when they want to experience and be moved by lived morality – the cinema. The paper title aims to capture this ambition.

Since its very origins, cinema has promoted awareness of ethical problems as problems not only affecting the minds of people; they engage their appetites, beliefs, emotions and desires as well. Thus, through the cinematic medium, ethics emerges as a discipline genuinely and profoundly entangled in the human affairs of this world. With the expansion of the film industry, this way of representing moral conflicts have reached wider audiences, promoting interesting discussions inside and outside the academic world. An indicator of this is also the increase in publications on bioethics and cinema, including books, articles, websites, and even refereed journals of regular occurrence¹⁻⁷.

While there is widespread agreement on the didactic potentials related to using visual and audiovisual resources in teaching bioethics, no systematic studies on the methodological challenges pertaining to using such sources have been undertaken so far. This paper seeks to investigate not only the didactic effects of visual and audiovisual representations of moral conflicts – as displayed in the ancient Greek theatre and in movies – but also to introduce a concept that may help us to make moral sense of these effects and to propose a methodological framework to systematically make use of such poetic sources in the ethics teaching.

The concept of *catharsis*

Both in Plato's⁸ dialogues and in the Poetics of Aristotle⁹ the concept of *catharsis* is made use of – a concept which I believe captures in a very precise way the effect we aim at when teaching ethics to our students. In the dialogue the Sophist (230c3-d3), Plato uses the medical model of a physician ridding his patient of internal obstacles before the latter may be able to benefit from treatment, to underline that a kind of cathartic treatment is needed before the soul can have any hope of benefiting from moral or other forms of learning. This observation raises the question whether, and eventually to what extent, and in what forms and formats cathartic treatment can still be viewed as a necessary preliminary to moral learning.

The notion used to coin the kind of treatment Plato is alluding to – *catharsis* – belongs to a family of words (*catharos*, *catharsis*, *catharmos*) that were in use in Greek antiquity in many different contexts in the sense of 'cleaning up' or 'clearing away' obstacles¹⁰. The fact that both Plato and Aristotle in their writings on ethics and poetry make use of this notion, notably in this particular sense of 'purification' or 'clearing away', makes it all even more interesting to try to find out what kind of clarification and purification they actually had in mind.

In the first section the focus of attention will be on Plato's conception of cathartic treatment and moral regimen developed in the *Sophist* and the *Charmides*. In a second part, the notion of *tragic catharsis* in Aristotle's *Poetics* will be the subject of similar attention. From a reconstructive synthesis of Plato's and Aristotle's competing conceptions I shall then propose a notion of *catharsis* – *tempered catharsis* – that may be of help in identifying bits and parts of theatre plays, movies and other forms of fiction for use in ethics teaching. Finally, the chapter proposes a methodological framework to be used when analysing the didactic effects of such sources in teaching bioethics.

A Platonic account of *catharsis*

In Plato's dialogue the *Sophist* (1), *catharsis* is introduced as a normative method or procedure of discernment or cleansing, whereby the "better" or "good" part of the object undergoing treatment becomes separated and removed from what is "worse" or "inferior" (226d4-8; 227d5-6). In the further substantiation of this method, Plato (through the voice of Theaetetus) draws a distinction between two types of cleansing or purification, "one of them is concerned with the soul and...there is another which is concerned with the body" (227c7-9).

As for the soul, Plato (again through the voice of Theaetetus) envisages two possible kinds of badness or deficiency (*kakias*) that may require cathartic treatment: Wickedness (*ponêria*) – examples mentioned are cowardice, intemperance, and injustice (228e1-5; and ignorance (*agnoia*), which is considered a sort of disproportion or ugliness (*aischos*, 228e1-5). Of ignorance, the Eleatic visitor continues, there are two sorts which may affect the soul:

• *Techne-based ignorance, which Theaetetus argues can be removed from the soul by the teaching of handicraft arts (dêmiourgikas didaskalias), and more important;*

1. All quotations from Plato's writings are from Plato, edited by E. Hamilton, H. Cairns⁸.

- Active or willful ignorance, “when a person supposes that he knows, and does not know” (229c4-5).

The cathartic procedure prescribed for the second – and morally most relevant – kind of ignorance is the *elenchus*, the “moral methodology of testing people and their pretended knowledge and avowed moral principles”¹¹. From the further discussion, it becomes clear that the ensuing function of this procedure is to inflict *negative* learning, through the painful process of uncovering and doing away with inconsistent or unfounded beliefs and of bringing to the fore unacknowledged forms of ignorance held by the person undergoing the cross-examination (Sophist, 230b1-c2).

The *elenchus* is, however, not meant to be used only to eradicate inconsistencies of a *theoretical* nature in a person’s beliefs, opinions and thoughts. Often such inconsistencies are only symptomatic, in the sense that they may indicate the presence of deeper and more fundamental forms of incoherence in a person’s life. More appropriate, therefore, it is to say that the *elenchus* has a *critical* as well as a *therapeutic* function: It purges the soul of internal obstacles that risk interfering with learning (Sophist, 231e3-5), and in this way, it renders the ‘patient’ fit to go through the cure of moral learning as well as other forms of learning.

Plato’s conception of cathartic treatment and holistic therapy

It remains to clarify what kind of moral cure or philosophical therapy Plato envisaged should follow the elenctic cleansing of the soul. A fascinating, but at the same time puzzling attempt at prescribing such a therapy is found in one of his earlier dialogues, the Charmides. The dialogue revolves around three apparently disparate themes: the ethical virtue of temperance (*sôphrosynê*), headache, and a new conception of medicine. The men forming the physician-patient duo are Socrates and Charmides. Socrates acts as a kind of physician, pretending to know a cure for headache,

from which Charmides suffers in the mornings. Socrates offers a treatment consisting of a remedy (*pharmakon*) – a leaf – together with a verbal charm or incantation (*epôdê*). Socrates stresses that the charm must be used simultaneously with the medical remedy since, used independently, the remedy will impart no medical benefit.

Socrates claims to have learnt the treatment while on military campaign from a Thracian physician, a follower of the doctrines of the deified king Zalmoxis. In order to explain the effect of the treatment he reminds Charmides that good physicians (*iatroi agathoi*), later identified in the dialogue with Greek physicians, always treat specific organs through treatment of the whole body by means of a suitable regimen. The Zalmoxian therapy of the charm also follows this principle of treating the whole and the part together. But the Zalmoxian physician seems to carry this principle beyond the framework of Greek medicine by expanding the conception of the whole (Charmides, 156d6-157a3).

Compared to the kind of medicine practiced by physicians contemporary to Plato, the therapy of the charm seems to represent a new approach to understanding and dealing with bodily health and disease in at least two ways. Firstly, the re-conceptualization of the whole to include not only the body but also the soul of the sick broadens the scope of the physician's medical responsibility: the physician's main concern and responsibility becomes not simply the health of the body or the soul, but the health of the *whole* patient. Consequently, the Zalmoxian physician also warns against anybody attempting to treat bodily health and moral virtue in isolation from each other. Secondly, the idea that every disease originates in the realm of the soul seems to imply that medical treatment of all diseases, including those which seem to be present in the body alone, must begin as a certain kind of *therapeia tes psychês*: a moral cure of the soul.

In the secondary literature this conception of medicine has been interpreted in various ways: as pure irony directed against Greek

medicine¹²; as an authentic form of medicine¹³⁻¹⁵ and finally, as the Socratic-Platonic ideal of what medicine should strive to be^{16,17}. The problem with these interpretations, however, is that they do not take into account what happens with the proposed therapy of the charm, with which the dialogue opens. As the discussion between Socrates and Charmides' companion, Critias, develops into an investigation of what *sôphrosynê* is, six different definitions of this virtue are proposed and scrutinised only to be rejected, notably through the use of the procedure identified in the Sophist as the foremost method of *catharsis* – the *elenchus*. It becomes evident that the Zalmoxian therapy introduced at the outset of the dialogue should not be considered a new and authentic form of *medicine*. It is rather a pseudo-medical conception resulting from Plato's philosophical transposition of the good Greek physicians' holistic art of bodily good and evil over to the realm of the soul, in order to serve as a conceptual framework in his attempt at developing a general *têchne* of good and evil, i.e. a *therapeia tês psychês* – a *moral cure* or therapy for the soul.

The didactic potentials of cathartic treatment and holistic therapy

To what extent can Plato's conception of cathartic treatment and holistic cure shed light on the questions about teaching and learning bioethics formulated at the outset of this paper? As to the first question, Plato's way of conceptualizing the process of moral discourse and learning supports the view that it is a process not confined to the *rational* parts of the soul only; it engages appetites, beliefs, emotions and desires as well. Thus, moral learning emerges as a process not only targeting theoretical inconsistencies in a person's moral beliefs, opinions and thoughts; it also aims at unveiling more fundamental forms of moral imbalance and disorder in need of therapy. From these observations, several implications as to the way teachers of bioethics should conceive of themselves and didactically treat their students may be drawn.

Firstly, they should not think of themselves merely as providers of moral-theoretical knowledge; they are endowed with a role as cathartic and therapeutic agents in relation to the students' attempts at coming to terms with the different forms of disorder or imbalance (*ametria*) – intellectual, emotional, belief-based – hampering their moral lives. Furthermore, they should treat their students not merely as ignorant and passive receivers of moral knowledge, but as individuals in possession of their own moral beliefs, opinions and thoughts and who strive to live full-fledged moral lives.

Finally, recognizing cross-examination, i.e. the *elenchus* – as the foremost method of cleansing moral disease and disorder, and as a self-recruiting device of 'patients' in need of moral treatment, makes it clear that the teacher should not envisage her-self to be the doctor providing the cure nor should she think of the student to be that doctor. Instead, she should rely on the moral dialogue taking place *between* herself and the student to be the real provider of that cure. Consequently, she should look upon herself as a cleansing and therapeutic agent or remedy – a *pharmakon* – in the hands of the only true doctor of morality: the dialogue.

How ethics teachers today may make use of the paideia-gogics of moral dialogue

This last statement represents an invitation to review the dialogue-form employed by Plato in somewhat more detail and try to assess its didactic potential in practical teaching. Its first asset is that it "*preserves the form of 'living speech'*"¹⁸. Secondly, it brings drama and vivacity into the text by displaying the exchange of arguments between characters holding diametrically opposed views on fundamental issues¹⁸⁻²⁰. Consequently, the reader is exposed to a discussion evolving at a particular time and place between a multiplicity of voices²¹.

But the characters are not simply depicted as mind-puppets in a "*crystalline theatre of the intellect*", as it might be inferred from

Nussbaum's Aristotelian (mis)reading ²²; on the contrary, they stand out as utterly humane, as *whole* personalities of body, heart and soul. Thus, the dynamics of real communication is clearly portrayed in the dialogue, and by means of it ethics emerges as a discipline genuinely and profoundly entangled in the human affairs of *this* world.

Another characteristic of the literary form of dialogue is that it invites the reader to be critically engaged in the debates and controversies that take place in the text ²³. The participating 'spectators', however, are not forced to sympathise with one particular voice; on the contrary, they are free to listen actively and carefully to the different voices as they express themselves in the drama and to see where their own beliefs and convictions fit in ^{24,25}. Furthermore, as the dialogue links the different views and positions to characters of flesh and blood, it displays possible connections between belief and *lived* morality and brings us to see how moral development and moral learning might take place and materialise ²⁶.

When making moral use of bits and parts of a theatre play or of a movie I believe it might be of crucial importance to keep in mind the didactic assets of the dialogue form so mastermindedly demonstrated by Plato, if not such use may promote emotional chaos instead of *moral catharsis* in the students. For *this* reason I also believe that a combination of Plato's dialogical insights into the conception of *catharsis* and Aristotle's poetic insights into the same concept may be of help in developing a *tempered* conception of *catharsis*, a conception that insists on evoking in the 'spectators' only some sorts of emotions, *not any emotion*.

Aristotle's' poetic conception of *catharsis*

In doing this I suggest to limiting the investigation to the Poetics. There are three reasons for narrowing the scope to the Poetics. For a first, there are reasons to believe that Aristotle's conception

of poetic *catharsis* represents “...some sort of response to Plato”²⁷. Secondly, in his definition of tragedy in the Poetics, Aristotle makes a controversial connection between *catharsis* and the emotions of pity (*eleos*) and fear (*phobos*). Thirdly, there are reasons to believe that an investigation of the emotional potential of Aristotle’s poetic conception of *catharsis* may lead to a more accurate diagnostics of the particular didactic challenges involved when training students to cope morally with complex or *tragic* situations of decision-making. These are situations where one is forced to make decisions with potentially disastrous consequences for one or several of the parties involved, while at the same time one is faced with the fact that the possibility of *abstaining* from making a choice or of making a choice not contaminated with some sort of error or guilt (*hamartia*) is non-existent.

My claim is that main stream lecturers in bioethics mainly focus their attention on *instrumental* issues in their teaching, i.e. on conceptual clarifications and purifications, on methodological case study analyses and on rational strategies and theories for resolving moral dilemmas, while neglecting the cathartic role that pity, fear and other painful emotions, such as anger and embarrassment, for example, may play in the process of moral discourse and learning. In this way I also hope to show that the possibilities of developing a *therapeutic* conception of bioethics teaching and learning demonstrated in the previous part may be strengthened through the hermeneutics of the Aristotelian conception of tragic *catharsis*.

There is probably no passage in Greek literature more famous than the ten words of the Poetics where the notion of *catharsis* is dramatically depicted as interrelated with the painful emotions of pity (*eleos*) and fear or terror (*phobos*). The passage which throughout the centuries has given rise to such “*a deluge of works*” (Flut von Schriften)²⁸, reads as follows (Aristotle; Poetics 49b23-31):

“Tragedy is a representation of a serious, complete action which has magnitude, in embellished speech, with each of its elements

[used] *separately in the [various] parts [of the play]; [represented] by people acting and not by narration; accomplishing by means of pity and terror the catharsis of such emotions*"⁹.

By 'embellished speech', I mean that which has rhythm and melody, i.e. song; by 'with its elements separately', I mean that some [parts of] are accomplished only by means of spoken verses, and others again by means of song. In the secondary literature no substantial consensus has been reached as regards the exact meaning Aristotle attributes to '*catharsis*' in his definition. On the contrary, a whole range of seemingly disparate interpretations have been suggested. In the secondary literature it is possible to distinguish between at least six different groups of interpretations:

- *medical interpretations and interpretations of catharsis as a natural process of discharge/release or outlet of emotions;*
- *catharsis conceived of as emotional and intellectual clarification;*
- *moral interpretations, including interpretations of catharsis as an education of the emotions;*
- *catharsis conceived of as the experience of emotional relief;*
- *aesthetic interpretations or interpretations of a dramatic or structural nature, and finally;*
- *complex or 'holistic' interpretations of catharsis.*

I nourish no ambition of being able to settle the old controversy and determine which of the interpretations of *catharsis* mentioned best complies with Aristotle's definition of tragedy. My aim is of a rather different and more modest nature: to investigate the didactic potential of each interpretation in illuminating the process of moral discourse and learning. In other words, what I hope to achieve is to demonstrate how the different interpretations of the notion of tragic *catharsis* may be used to uncover and substantiate the variety of forms of *clarification* and *cleansing* involved in the process of moral discourse and learning. In doing this, I also hope

to make clear why *tragic* narratives should be considered the most prominent teachers and sources of ethical wisdom.

Different interpretations of ‘*tragic catharsis*’ in the Poetics

Medical interpretations

One of the most medically minded interpretations of tragic *catharsis* was launched by J. Bernays, an uncle by marriage of Sigmund Freud. In an influential essay published in 1857²⁹ Bernays advances the argument that attending a tragic play may have a direct therapeutic effect on the spectator, in the sense that it may clear and alleviate him from build-ups of undesirable emotions of pity and terror. Bernays draws support for his “pathological standpoint” (patologischer Gesichtspunkt) from Politics VIII 7.1342a4-16^{29,30}. In this passage, Aristotle explains the meaning and role of *catharsis* in relation to pity and terror by making a comparison with the psychological healing process which people affected by hysterical outbreaks of emotion (*enthousiasmos*) undergo when cathartic songs are used as therapeutic devices. Bernays makes this comparison to mean that Aristotle conceived of tragic *catharsis* as a therapeutic device in the treatment of pathological emotions^{29,30}.

An alternative approach to the *catharsis* clause in Politics VIII 7.1342a4-16 and consequently to Aristotle’s definition of tragedy in Poetics 1349b25-30, which appears to do justice to the medical allusions without turning tragic *catharsis* into a therapeutic device reserved for emotionally unbalanced people, has been suggested by H. Flashar³¹. His alternative is to unravel the medical basis of Aristotle’s understanding of pity and terror operative in both clauses. Flashar finds that in prevalent pre-Aristotelian views of the effect of poetry (in particular those of Gorgias and Plato), pity and terror are always associated with a set of *somatic* symptoms: Terror (*phobos*), with cold shiverings, tremblings, quiverings of the

heart and raising of the hair; pity (*éleos*), with weeping and tears in the eyes³¹.

Tragic *catharsis* as emotional and intellectual clarification

One of the first scholars to suggest that tragic *catharsis* means emotional and intellectual ‘clarification’ was L.A. Post. His translation of the *catharsis* clause reads as follows: “*Tragedy produces its clarifying effect by bringing to bear on the mind imaginary scenes of grief and terror, thus freeing it from preoccupation with similar emotions of its own*”³². L. Golden, the most outspoken representative of a cognitive interpretation of tragic *catharsis*, argues that this is the reading that best complies with the general line of argument in the *Poetics*³³. One observation made in relation to Golden’s interpretation which I believe is worth taking into consideration, whatever one thinks of *catharsis* as intellectual clarification, is what Keesey call the “*shiftiness*” and “*fruitful ambiguity*” of the word: “*It won’t stay put*”; in the sense that it seems to be operative on several levels and in relation to different instances³⁴. In the last paragraph of this section I shall come back to this observation.

Educative and moral interpretations of ‘tragic catharsis’

Since the age of neo-classicism educative and moral interpretations of *catharsis* have played a central role in the debate on Aristotle’s definition of tragedy. A very influential, but somewhat crude variant of this view, insists on a direct link between tragic *catharsis* and ethical teaching:

*“...tragedy teaches the audience by example – or counter-example – to curb its own emotions and the faults which they may cause: We learn through catharsis to avoid passions which can lead to suffering and tragedy”*³⁵.

A more elaborate and refined version originates from G.E. Lessing. In his *Hamburgische dramaturgie* Lessing states that by tragic

catharsis Aristotle simply meant the “*metamorphosis*” of strong emotions into virtue ³⁶. For any reader of the *Nicomachean ethics* it is evident that its author attributed the emotions with a particularly important role in moral education and building of good character. In *Nicomachean ethics* III.7 ⁹, for example, Aristotle argues that man may learn to take correct decisions and become good by developing the ability or disposition to face situations with the *appropriate* emotional response, which according to Aristotle *always represents the reaction situated in the middle between two extremes*. A man who learns this may thus use his emotional responses to situations that occur as guidance in arriving at the good and right decisions. Thereby, he brings himself “*nearer to the mean, where virtue lies and by so doing, he becomes ‘virtuous in character’*” ³⁷.

A common view among representatives of a *moral* interpretation of tragic *catharsis* is that Aristotle considered tragedy to be particularly well suited for educating the emotions and for building character; for it offers a way we can learn to know and develop the appropriate emotional responses without having to undergo ourselves in reality the dramatic situations represented in a play.

Tragic catharsis as emotional relief

Yet, in spite of the “overwhelming advantages” of the above mentioned interpretations, Lear ³⁸ finds that no version of the “education-interpretation” stands the test. He also rejects Bernays’ ^{29,30} medical interpretation and other cognate interpretations. Lear’s own suggestion as to how tragic *catharsis* should be interpreted is that Aristotle had in mind the special kind of *relief* a spectator of a play experiences when releasing tragic emotions in a safe environment, i.e. of being given the possibility of emotionally experiencing how it is to live through the worst of life situations with intact dignity ³⁸.

Lear admits, however, that to put the label of ‘*catharsis*’ on the kind of relief here experienced does not represent a content-full

characterisation of it, and he remains fairly vague when it comes to any further substantiation of its content. In fact, he restricts himself to briefly mentioning certain “consolations” inherently operative in Aristotle’s conception of tragedy, such as the rationality of the world of tragic events, the plausibility of its events and the presence of a certain form of error or mistake (*hamartia*) that makes the fall or misfortune of the tragic hero intelligible³⁸. In the last part of this section I shall return to the notion of *hamartia* and its possible role in enlightening the enigma of tragic *catharsis*.

Aesthetic, dramatic and structural interpretations of tragic *catharsis*

The present group of interpretations differ from the previous ones in that the notion of tragic *catharsis* does not primarily relate to the audience of a play, but to the poetic work itself. In other words, tragic *catharsis* represents a kind of aesthetic ordering of the pitiable and terrible material in the play so that it complies with the end or form of the play³⁹. Consequently, the kind of pleasure generated from the play is *aesthetic* pleasure⁴⁰.

Complex or ‘holistic’ interpretations of catharsis

Although Keesey draws attention to the “fruitful ambiguity” and “shiftiness”³⁴ of the word *catharsis* in Aristotle’s definition of tragedy, Laín Entralgo^{13,14} is the only scholar, to my notice, who has advocated a complex or holistic interpretation of tragic *catharsis*. He operates with a four-layered structure of tragic *catharsis* and attempts accordingly to distinguish between four different stages of the state of mind of the tragic spectator. For a first, a *religious-moral* layer and state of mind⁴¹. To the state of mind of the tragic spectator belongs for a second the *dianoetic or logical* stage, the stage that gives voice to the spectator’s knowledge of what is taking place in the play and at the same time in himself⁴². The third stage in the state of mind of the tragic spectator, and notably the one attributed with most prominence in Aristotle’s conception of tragedy, is the *pathetic or affective* stage⁴³.

Entralgo labels the fourth and final distinction necessary to make in the state of mind of the tragic spectator the “*somatic or medicinal point of tragic catharsis*”. A play does not only make its impression on a spectator’s mind and soul; it affects his hair and humors as well ⁴⁴. Thus, it becomes obvious that the sort of cleaning or clearing up that tragic *catharsis* imparts, brings order and enlightenment, and thereby pleasure, to the *whole* of one’s nature ⁴⁵.

Tragic catharsis: shiftiness within a fallible context

Before I wind up this part of the paper, it is necessary to pay a visit to a couple of observations made during the analysis: the observation about the shiftiness and fruitful ambiguity of ‘tragic *catharsis*’ and the observation about the role of some sort of error or fallibility (*hamartia*) in the shaping of tragic conflicts and situations. My suggestion is to take a closer look at the idea underlying the notion of *hamartia* present in Poetics 53a13-17 and see whether it may help to make sense of the shiftiness and ambiguity of ‘tragic *catharsis*’ and of the heterogeneity of existing interpretations. The clause in the Poetics involving the notion of *hamartia* insists that in the ‘finest’ tragedy (the example here mentioned is Sophocles’ play *Oedipus tyrannus*), the fall of the tragic agent into misfortune is not caused by wickedness, but is due to a great *hamartia* on the part of the agent himself. Since Aristotle wrote these lines the meaning of *hamartia* in relation to Greek tragedy has been subject of a controversy comparable in intensity and size perhaps only to that of the *catharsis* clause in Poetics 49b23-31.

In a paper published in 2004 ⁴⁶ I have given a detailed account of this controversy and tried to show how the broad variety of interpretations of the *hamartia* clause, ranging from purely epistemological forms of fallibility such as ‘mistake of fact’, ‘ignorance of fact’, ‘error of judgement’, ‘error due to inadequate knowledge of particular circumstances’ to full-fledged forms of moral failure such as ‘moral error’, ‘moral defect’, ‘moral flaw’, ‘moral weakness’;

'defect of character' and 'tragic guilt', mirrors the variety of tragic plots and plays Aristotle had at his disposal ⁴⁷. This, I believe, indicates that Aristotle himself imbued *hamartia* with a very broad meaning and applicability, so as to make his conception of tragedy capable of covering the variety of individual plots and plays he had at his disposal.

These observations about the broad meaning and varying applicability of *hamartia* I believe can now be used to make sense of the ambiguity and shiftiness of '*tragic catharsis*' and of the heterogeneity of its interpretations. The inference I propose to draw is the following: If it is true that Aristotle attempts to make his conception of tragedy comply with the variety of tragic plots and plays he had at his disposal, a view which the analysis of the *hamartia* clause strongly suggests, then it seems to follow that the *catharsis* clause must be imbued with a corresponding broadness and variability of meaning and applicability. In other words, as the meaning of *hamartia* may differ greatly from play to play, the kind of tragic *catharsis* evoked by different plays has to differ accordingly.

The didactic potentials of tragic catharsis

It is now due time to see whether the didactic implications of Plato's conception of cathartic treatment and holistic cure researched may be tempered through the hermeneutics of the Aristotelian notion of tragic *catharsis*. The didactic implications drawn from Plato's cathartic regimen was that the process of moral learning is not confined to a cleaning or clearing up of the *rational* parts of the soul; it engages the *whole* of the soul – its rational parts as well as its appetites, beliefs, emotions and desires. The uncovering of the broadness and variability of meaning and applicability of the conception of tragic *catharsis* makes it now possible to formulate a more differentiated and subtle answer to the question that students actually experience and learn when they attend classes ethics teaching.

For a first, it paves the way for a *psycho-somatic* conception of moral enlightenment and learning; as tragic plays affect the spectator's mind and soul as well as his bodily hair and humours, so have tragic situations of decision-making the potential to implicate students in their psycho-somatic *entirety* in the learning situation. Secondly, characteristic of the Aristotelian account of tragic emotions is that they are always displayed as accompanied by a set of somatic symptoms: pity with weeping and tears in the eyes, fear or terror with cold shiverings, tremblings, quiverings of the heart and raising of the hair. In the first part of this paper I made the claim that lecturers in bioethics mainly focus their attention on *instrumental* issues in their teaching; on conceptual clarifications and purifications, on methodological case study analyses and on rational strategies and theories for resolving moral dilemmas, while neglecting the cathartic role that pity and fear and other painful emotions, such as e.g. anger and embarrassment, may play in the process of moral enlightenment and learning.

In saying this, I do not deny the instrumental importance of such forms of analysis and clarification; I believe, however, that students of bioethics would be even better off if their teachers began to pay more serious and systematic attention to the cathartic role of pity and fear in this learning process. The Aristotelian notion of tragic *catharsis* proves here to be particularly helpful, because it provides us with a way of dealing didactically with these emotions and their relation to the most sensitive and perhaps fragile parts of our moral make ups and capabilities.

That is, by exposing students to tragic stories – to narrated or represented situations of pity and fear – they will learn to experience, in a safe environment, how it is to live through situations of decision-making that are under a *double* constraint: the necessity to decide, amidst the absence of the possibility of making a decision not contaminated with some sort of error or guilt (*hamartia*).

Thereby, living situation through film, they will also learn to acknowledge that such is the nature of tragic choice; when the de-

cision is taken, moral ambiguity and twilight will still remain ⁴⁸. Finally, by giving themselves over to the 'treatment' of tragic *catharsis* and enlightenment, students will also become aware of the limits of their moral competence and capability, as well as of that of their teachers. Hopefully, modesty and ethical wisdom may also grow from this.

The making and paideia-gogics of tragic narratives

The uncovering of the broadness and variability of the Aristotelian notions of *hamartia* and tragic *catharsis* makes it now possible to give a more systematic and differentiated account of what sort of narratives of ethical decision-making could qualify as '*tragic stories*'. I propose to do so by exploiting Aristotle's differentiation in Poetics 51a37-b33 of tragedy from history. The first of their distinguishing traits is that history narrates things that *have* happened, while tragedy relates to events or incidents that *may* happen. This is the reason why poetry, in particular tragic poetry, is more *philosophical* than history; it speaks of universals, while history is an account of particulars. "A universal", says Aristotle, "*is the sort of thing that a certain kind of person may well say or do in accordance with probability or necessity – this is what poetry aims at, although it assigns names [to people]. A particular is what Alcibiades did or what he suffered*" (Poetics 51b8-12) ⁹.

The remark about the use of *historical* names in tragedies, and thereby about the representation of events that have actually taken place, is important, because it informs us that not everything in a tragedy is made up. More important, however, it is the explanation Aristotle gives for the poet's use of historical material. For tragic accounts to be trustworthy, they must be *possible*, and things which have happened, says Aristotle, are obviously possible. Consequently, by using events, names or things that have actually existed or taken place, as templates for giving shape to a tragic plot, the poet is free to "invent for himself" a whole that *may* have taken place (Poetics 53b23-27) ⁹. Thereby, out of the creative reconfiguration of the historical and particular, it

emerges neither *imaginary* accounts nor wild *thought experiments* but accounts that are possible and at the same time of universal relevance and value.

Tempered *catharsis* and moral learning

After this attempt at arriving at a *tempered* conception of *catharsis* through a reconstructive synthesis of Platos' and Aristotele's competing conceptions of the same term, we are close to reaching a level of conceptual clarification that may prove didactically useful when exposing students to tragic stories – to narrated or represented situations of pity and fear – and to *aporetic* accounts artistically displayed in Platos dialogues, in the ancient Greek theatre and in the modern version of the ancient Greek theatre, the cinema. The meaning of the Greek word *aporia* is deadlock, impasse, lack of passage, and gives expression to a situation or position from which there seemingly is no way out, thus forcing the conflicting parties involved to come to a *mutual* understanding of their ignorance and helplessness about how to proceed. The message conveyed to the 'spectator' is that *aporia* represents a *preliminary* form of resolution of moral conflicts, in the sense that formerly held beliefs of ill-founded nature have been eradicated by the use of the *elenchus* and agreement has been established between the parties about the need for further inquiry and learning. Thus, *aporia* does not necessarily mean full stop; only that the ultimate pages of the story remain to be deciphered, and that further studies would be needed before this eventually could take place.

Finally, the concept of tempered *catharsis* may be of help in the ethics facilitator's search for bits and parts of theatre plays and movies that may help students to live through – and learn from – *aporetic* and tragic situations of decision-making, without becoming victims of emotional chaos and moral disruption. Thus, by conceiving of moral learning as a form of tempered *catharsis*, *moral doubt* will not any longer be viewed as a defeat or failure,

but as a *therapeutic* device in our attempts at coming to terms with the enigmas of morality.

The moral art of selecting and employing audiovisual narratives

As already indicated, ‘anything goes’ is not a recommendable advice when selecting such narratives to be used in the ethics teaching. In the previous sections, stories provoking therapeutic doubt and *aporia* have been suggested as forms of narrative dramatisation with considerable didactic potential. Likewise, tragic stories evoking pity and fear have been recommended for such use. In addition, a third form of poetic narrative is worth taking into account: the ancient Greek comedy, and its successors – the comic plays of literary figures such as Ludvig Holberg, Jean-Baptiste Poquelin (better known as Molière) and George Bernard Shaw – as well as comedies cinematically displayed.

Also regarding such forms of narrative dramatization, the Poetics represents illuminating reading. Tragedies, says Aristotle, dramatise irresolvable moral conflicts infected by some sort of failure (*hamartia*). A comedy, on the other hand, “*dares to say the unsayable*”⁴⁹. It deals with the unspeakable things in life, adultery, envy, frigidity and impotence, greed, piss and shit, ugliness and other shameful things. Furthermore, while the tragic hero is displayed as morally situated slightly above the ordinary citizen – someone to look up to – the opposite is the case with comic figures, like in Aristotle, Poetics, part II, last line.

This is also evidenced by the (emotional) effect the fate of a comic figure has on its audience: It is not a reaction embodying the painful feelings of awe and respect; rather it points in a different emotional direction – towards indignation, laughter and ridicule and towards situating the comic ‘hero’ in a moral sphere below the spectator herself: “*Comedy is, as we have said, an imitation of*

characters of a lower type – not, however, in the full sense of the word bad, the ludicrous being merely a subdivision of the ugly. It consists of some defect or ugliness which is not painful or destructive”⁵⁰.

Thus it becomes clear that also the comic ‘hero’ can play the function of a moral paradigm, although in a different way from that of the tragic figure, in the sense that it gives the spectator the possibility of viewing herself in a *positive* moral mirror; as somebody with a morality of a slightly better kind than that of the comic figure. As is the case with watching a tragic narrative, a moral distance between the spectator and the displayed figure is thus established, something which gives the spectator the possibility of putting her own morality in perspective and reflecting upon herself from the vantage point of a lower morality or the morality of the comic hero. And as stated by Aristotele in the Poetics, the therapeutic effect of both forms of mirroring is some sort of *catharsis*: purification in relation to the emotions evoked, be it pity and fear (the pure tragedy) or indignation, laughter and ridicule (the pure comedy), or some other sort of combination of these conflicting emotions. In fact, usually, plays and movies which contain both comic and tragic elements.

Towards a moral methodology of cathartic analysis and learning

This brings me finally to the question how one methodologically speaking should proceed when exploring the cathartic potential of such narratives. Here is a list of questions worth keeping in mind when making use of such narratives. The first four on this list aim at some sort of intersubjective problem *diagnosis*; i.e. at identifying the different problems emerging from the narrative: 1) What are the core problems of the narrative? 2) What are the *moral* conflicts, dilemmas and problems displayed? 3) What moral principles are conflicting? 4) Who are the implicated players in the narrative? In addressing these questions, it is of crucial importance that the didactic facilitator engages in a genuine dialogue with

the audience and gives the spectators the possibility to come up with their own suggestions for a diagnosis.

The second group of questions turns the attention towards the spectators themselves and their *subjective* reactions to and perceptions of the narrative they have been exposed to: To what extent does the resolution/non-resolution of the dramatized conflicts comply with the moral perceptions of the spectators? Why eventually are the perceptions of some members of the audience at odds with the resolution/non-resolution displayed in the play, opera or film subject of analysis? Furthermore, to what extent and in what ways were the spectators *moved* by the narrative? That is, what were their emotional reactions to the staged conflicts and the resolutions/non-resolutions of them? Pity and fear? Indignation? Ridicule and laughter? Doubt? Indifference? Why were some members of the audience moved/not moved by the story? How do the spectators morally speaking justify their reactions/non-reactions? What do these movements/non-movements tell about them as moral persons; about the moral convictions and principles they themselves cherish? To what extent and in what ways does this narrative challenge moral convictions present in the audience? What would for each of the spectators be the morally most salient resolution of the narrated conflicts? How would they have resolved the moral conflicts displayed if they were themselves implicated in the narrative? Furthermore, how would they proceed to recraft the story so as to make it comply better with their own moral intuitions?

Finally, while the spectators engage with each other in analysing the moral conflicts staged in the play or movie and their narrated resolution/non-resolution, the facilitator can serve as a therapeutic agent or remedy – a *pharmakon*, to use the ancient Greek word – by showing how different ethical positions and theoretical frameworks can be of help in shedding critical light on the moral conflicts displayed, on their narrated outcomes and justifications as well as on alternative exit possibilities and justifications emerging from the dialogue taking place. Hopefully then, out of

such an engagement may result the kind of *catharsis* previously alluded to as the morally most salient one; i.e. a *catharsis* of the *tempered* and *therapeutic* kind.

Referências

1. Fariña JJM, Gutiérrez C, compiladores. Ética y cine. Buenos Aires: JVE Ediciones/Eudeba; 1999.
2. Muñoz S, Gracia D. Dilemas bioéticos: sentimientos, razones y deberes. Madrid: Editorial Complutense; 2006.
3. Shapshay S, editor. Bioethics and the movies. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2009.
4. Blasco PG. Humanizando a medicina: uma metodologia com o cinema. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2011.
5. Colt H, Quadrelli S, Lester F, editors. The picture of health: medical ethics and the movies. New York: Oxford University Press; 2011.
6. Fariña JJM, Solbakk JH, editors. (Bio)ética y cine: tragedia griega y acontecimiento del cuerpo. Buenos Aires: Letra Viva; 2012. p. 192.
7. Science and Technique Program of the Universidad de Buenos Aires. Teaching bioethics: ethical issues through movies and other art resources. Buenos Aires: Teaching Bioethics; 2005 (acesso maio 2014). Disponível: http://www.teachingbioethics.org/english/index.php?option=com_content&view=article&id=18&Itemid=21
8. Plato. Apology; Charmides; Laches; Euthyphro; Gorgias; Protagoras; Meno; Phaedrus; Symposium; Republic; Theaetetus; Sophist; Timaeus; Laws; Hippias Major. In: Hamilton E, Cairns H, editors. The collected dialogues of Plato, including the letters. Princeton: Princeton University Press; 1989. (Bollingen Series LXXI).
9. Aristotle. Poetics; Nicomachean ethics; Politics. In: Barnes J, editor. The complete works of Aristotle. Princeton: Princeton University Press; 1984. (Revised Oxford Translation).
10. Nussbaum MC. Tragedy and self-sufficiency. In: Rorty AO, editor. Essays on Aristotle's poetics. Princeton: Princeton University Press; 1992. p. 261-90. p. 280-1.
11. Brickhouse TC, Smith ND. Socrates' elenctic mission. In: Prior W, editor. Socrates: critical assessments of leading philosophers, vol. III. London: Routledge; 1996. p. 119-44. p. 139.
12. Vegetti M. La medicina in Platone. Rivista Critica di Storia della Filosofia. 1966;XXI:3-39.

13. Entralgo PL. Die platonische Rationalisierung der Besprechung (Epôdè) und die Erfindung der Psychotherapie durch das Wort. *Hermes*. 1958;86:298-323.
14. Entralgo PL. *The therapy of the word in classical antiquity*. New Haven: Yale University Press; 1970.
15. Friedländer P. *Plato. The dialogues: first period*. London: Routledge & Kegan Paul; 1964.
16. Lichtenstädt JR. *Platon's Lehren auf dem Gebiete der Naturforschung und der Heilkunde*. Leipzig: C.H.Hartmann; 1826.
17. Schumacher J. *Antike medizi: die naturphilosophischen Grundlagen der medizin in der griechischen antike*. 2 Bd. Berlin: de Gruyter; 1963. Platon. p. 212-42.
18. Henry M. Introduction. In: Cushman RE. *Therapeia: Plato's conception of Philosophy*. New Brunswick: Transaction Publishers; 2002. p. xvii.
19. Roochnik D. *The tragedy of reason: toward a platonic conception of logos*. New York: Routledge; 1990. p. 141-2.
20. Kuhn, H. *The true tragedy. On the relationship between Greek tragedy and Plato I*. *Harvard Studies in Classical Philology*.1941; 52:1-40.
21. Roochnik D. *Op. cit.*; 1990. p. xii.
22. Nussbaum MC. *The fragility of goodness: luck and ethics in Greek tragedy and philosophy*. Cambridge: Cambridge University Press; 1986. p. 133.
23. Sayre K. *A maieutic view of five late dialogues*. In: Klagge J, Smith ND, editors. *Methods of interpreting Plato and his dialogues*. Oxford: Clarendon Press; 1992. p. 235. p. 221-43. (*Oxford Studies in Ancient Philosophy*. Supplementary volume).
24. Nussbaum MC. *Op. cit.*; 1986. p. 126-7.
25. Moes, M. *Plato's dialogue form and the care of the soul*. New York: Peter Lang; 2000.
26. Nussbaum MC. *Op. cit.*; 1986. p. 127-8.
27. Nussbaum MC. *Op. Cit.*; 1992. p. 281.
28. Gudeman A. *Aristotle: Aristoteles Peri poiêtikês*. Berlin: W. de Gruyter; 1934.
29. Bernays J. *Grundzüge der verlorenen Abhandlung des Aristoteles über Wirkung der Tragödie*. Breslau: E. Trewendt; 1857.
30. Bernays J. *Aristotle on the effect of tragedy*. In: Barnes J, Schoefield M, Sorabji R, editors. *Articles on Aristotle*. London: Duckworth; 1979. v. 4, p.154-65.
31. Flashar H. *Die Medizinischen Grundlagen der Lehre von der Wirkung der Dichtung in der Griechischen Poetik*. *Hermes*. 1956;84:12-48.
32. Post LA. *From Homer to Menander; forces in Greek poetic fiction*. Berkeley: Berkeley University of California Press; 1951. p. 267.

33. Golden L. Catharsis as clarification: an objection answered. *Classical Quarterly*. 1973; 23: 45-6. p. 45.
34. Keeseey D. On some recent interpretations of catharsis. *The Classical World*. 1979;72:193-205.
35. Halliwell S. *Aristotle's poetics*. London: Duckworth; 2000. p. 350-1.
36. Lessing GE. *Hamburgische dramaturgie*. Berlin: Aufbau-Verlag; 1978. p. 380. (Lessing Werke in fünf Bänden. Vierter Band)
37. Janko R. *Aristotle: poetics I with tractatus Coislinianus: a hypothetical reconstruction of poetics II: the fragments of the on poets*. Cambridge: Hackett Publishing Company; 1987. p. xviii.
38. Lear J. *Katharsis*. In: Rorty AO, editor. *Essays on Aristotle's poetics*. Princeton: Princeton University Press; 1992. p. 315-40.
39. Goldstein HD. *Mimesis and catharsis reexamined*. *J Aesthetics Art Criticism*. 1966;25:567-77.
40. Keeseey D. Op. cit.; 1979. p. 200.
41. Entralgo PL. Op. cit; 1970. p. 204.
42. Entralgo PL. Op. cit; 1970. p. 233.
43. Entralgo PL. Op. cit; 1970. p. 234.
44. Entralgo PL. Op. cit; 1970. p. 235.
45. Entralgo PL. Op. cit; 1970. p. 236.
46. Solbakk JH. *Moral dialogue and therapeutic doubt*. *J Med Philos*. 2004;29(1):93-118.
47. Solbakk JH. Op. cit.; 2004:105-12.
48. Østerud S. *Hamartia in Aristotle and Greek Tragedy*. *Symbolae Osloenses*. 1976;51:65-80. p. 75-6.
49. Segal E. *The death of comedy*. Massachusetts: Harvard University Press; 2001. p. 31.
50. Aristotle. Op. cit; 1984. part V, first paragraph.

The future of bioethics education

Henk ten Have

One of the remarkable phenomena in the recent development of health sciences is the rapid expansion of the new discipline of bioethics. Van Rensselaer Potter, who was the first to introduce and elaborate the notion of bioethics in subsequent publications from 1970, was surprised to note how quickly and widely the term became used in scholarly debates ¹. Potter, however, also lamented that the meaning of the term has deviated from the broader vision he had proposed. Bioethics has become redefined and restricted to 'medical bioethics,' focusing on ethical issues concerning individuals and relations between individuals, and neglecting ecological, population, and social problems.

In this narrow vision, bioethics debates are addressing short-term issues rather than the continued existence of the human species. It, therefore, continues examining the old problems such as abortion and euthanasia instead of analyzing problems that really matter for the survival of humankind. In Potter's assessment, bioethics has in fact become a new name for medical ethics.

The number of ethics teaching programs rapidly grew in the early 1970s, first of all in medical schools in the United States and somewhat later in many other countries. Since then, the scope of bioethics education has significantly widened. Ethics teaching came to be offered not only in the undergraduate programs but also in graduate, specialization and postgraduate education, and especially in clinical settings.

Bioethics teaching was furthermore introduced in the professional training programs of other health professions, such as nursing and scientific disciplines like biology, genetics, and life sciences. Finally, bioethics education has become relevant outside of the professional training context as a resource for experienced

practitioners, members of ethics committees, and also policy-makers, journalists, and interested parties in public debate ². This growth of bioethics education is in line with the wider notion of bioethics as a new discipline that combines scientific knowledge with philosophy and ethics in order to analyze and comprehend the contemporary challenges of science and technology for health, life, and care. But the implications of this broad notion of bioethics for educational practices are not clearly articulated. What does it mean to educate health professionals and scientists in a future that is characterized by global bioethics?

Global bioethics

Potter has argued that bioethics is not merely a short-term ethics of individuals but should have a wider perspective. In order to better articulate this perspective, he introduced the term *global bioethics* ³. This concept of global bioethics is attracting more attention nowadays than two decades ago when Warren Reich could only identify a modest legacy for Potter ⁴. Today there is an increased interest in and retrieval of Potter's original interest in global bioethics. His work has received more recognition especially outside the United States, particularly in Latin America and Europe.

In 2000, one year before his death, Potter was awarded the first Bioethics Prize of the International Society of Bioethics (convening in Gijon, Spain). More importantly, the idea that bioethics should broaden its mission seems to gain support. A growing number of publications demonstrate how bioethics has disseminated throughout the world and how it is developing in many resource-poor countries ^{5,6}. But there is also a lot more attention to global issues such as global health, global justice, poverty, inequality, and vulnerability.

More scholars are arguing that medical, social, and ecological issues are closely connected, for example in the phenomena of

climate change and environmental degradation, so that bioethics will necessarily include environmental ethics and social ethics, as advocated by Potter^{7,8}. Potter has also noticed that the search for a global scope for ethics was undertaken by world religions, especially through the activities of Hans Küng⁹. In 1993 hundreds of leaders of more than 40 religious and spiritual traditions agreed on a statement declaring that all traditions share common values such as respect for life, solidarity, tolerance, and equal rights¹⁰.

Global dimensions of bioethics education

The term *global* in connection to bioethics has two distinct meanings: worldwide and comprehensive. Both meanings are reflected in the current process of the globalization of bioethics education.

Worldwide scope

- *For bioethics education there are at least six reasons to address global dimensions*

The first is that international exchanges between medical schools and health professional training programs have enormously increased. The International Federation of Medical Students' Associations claims that annually 10,000 medical students around the world participate in exchanges¹¹. The European student exchange program started in 1987 with 3,244 students studying abroad and in the academic year 2010-2011 more than 230,000 students participated. It is estimated that more than 4% of European students will participate in international exchange at some stage of their higher education studies.

The overall average duration of studies abroad was 6 months¹². Although student mobility in the area of health and welfare is relatively low (with only 10,781 students in 2010-2011) it nonetheless means that bioethics teaching programs involve a growing

number of students from other countries. The same is true for teaching staff. In Europe, over 42,000 staff exchanges took place in the above academic year with teaching assignments or training periods abroad.

The second reason is international migration of health professionals. For decades, approximately 25% of physicians practicing in the U.S. have been trained abroad. In New Zealand, Ireland, and the United Kingdom more than a third of all doctors are educated in other countries. The majority are coming from developing countries, notably India for doctors and the Philippines for nurses. More than 50% of medical professionals educated in countries such as Liberia, Angola, and Tanzania have migrated to developed countries¹³.

In today's healthcare practice and education there is a mix of practitioners from various cultural and religious traditions. The assumption that a shared moral context or a common framework of values exists for health professionals may no longer hold; such common context and professional morality need to be created or reinforced through bioethics education.

The third reason is the new phenomenon of health tourism. Traditionally, wealthy patients from the developing world are used to seek sophisticated medical treatment in developed countries. But currently, patients from more developed countries are traveling to receive treatment in less developed countries. Thailand and Turkey, for example, are actively promoting medical interventions for visitors, ranging from cardiac surgery to hair implants.

There are also specialized forms of tourism such as transplantation tourism to China and reproductive tourism to India. In most cases, people only visit for a few days, and then return to the healthcare system in their own country. It may, for example, imply that interventions that are ethically problematic at home are performed elsewhere. The fact that health professionals will face

a growing numbers of patients treated abroad within a different medical and ethical context is another reason to broaden the scope of bioethics education.

The fourth reason is the growing international cooperation in research and healthcare. One of the striking features of globalization is the rapid expansion of medical research across the world. Particularly clinical trials have become a global industry, increasingly outsourced and off-shored to developing countries. It is estimated that currently between 40 and 65% of clinical trials are conducted outside the United States ¹⁴. Also in the field of healthcare, the number of partnerships between institutions in different countries has steadily increased ¹⁵.

A further reason, related to the above, is that health resources such as drugs and devices are increasingly produced elsewhere, like most goods in the global era. This brings not only uncertainty concerning safety and quality assurance but can also lead to misjudgments, mistakes, and even fraud. An example is the scandal that broke in 2010 concerning silicone breast implants produced by a French company. Although the FDA had introduced a moratorium in 2000, implants were massively used in Europe and Latin America until it became clear that they had an unusually high rupture rate causing infection, and possibly cancer and death because sub-standard gel had been used ¹⁶. Professional competency, therefore, requires knowledge of where and how devices are produced, and whether they are reliable.

Finally, the sixth reason to address the global dimension in bioethics education is related to the nature of contemporary bioethics problems. Bioethics nowadays does not only examine the traditional topics such as abortion, end-of-life care, reproductive technologies, and transplantation medicine. The main ethical challenge of these topics is related to the power of science and technology: how are individual patients and citizens empowered to choose treatments and interventions that will benefit them or at least not harm them?

Today, however, there is a plethora of new issues on the agenda that fundamentally have a global nature. Examples are pandemics, organ trafficking, climate change, hunger, malnutrition and obesity, corruption, bioterrorism, disasters and humanitarian relief, *bio*-piracy and loss of biodiversity, and degradation of the biosphere. These topics are not the result of scientific and technological advancement but rather the consequences of processes of globalization. They present new challenges to bioethics and bioethics education in particular.

Comprehensive approach

Global bioethics is increasingly using an encompassing and unified approach, incorporating various viewpoints and methods. Nowadays, it is combining traditional professional ethics with environmental concerns and the larger problems of society, economy, and politics. This means that the focus of ethics is widening from relations between individuals, to relations between individuals and society, and ultimately to relations between human beings and their environment.

However, the fact that there are similar bioethical problems in many countries does not entail that the same ethical approach exist everywhere. It is clear that approaches are different, that cultures and religions have different values, and that similar ethical principles are applied in heterogeneous ways in various cultures. The global dimensions, therefore, invite us to rethink the usual approaches and ethical frameworks. On the one hand, they make us aware of the *locality* of moral views, while on the other hand, they encourage the search for moral views that are shared globally. In this bifurcation between universality and particularity, global bioethics is increasingly connected with international law, particularly human rights law.

A major step in the development of global bioethics has been the adoption in 2005 by the Member States of the United Nations Scientific, Educational and Cultural Organisation (UNESCO) of

the *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights* ¹⁷. This Declaration presents a framework of ethical principles for global bioethics. It goes beyond the four principles formulated by Beauchamp and Childress ¹⁸ that is characteristic for the Western individualistic perspective of traditional bioethics.

The UNESCO Declaration not only is the first political statement of a global framework, but it also reflects Potter's idea of global bioethics, covering concerns for health care, for the biosphere and future generations, as well as for social justice ¹⁹. The Declaration assumes the existence of a global moral community in which citizens of the world are increasingly connecting and relating due to processes of globalization but also sharing global values and responsibilities. This global community generates certain common principles, for instance the principle of protecting future generations, the principle of benefit sharing, and the principle of social responsibility. Various ethical systems are converging into a single normative framework for all citizens of the world ²⁰.

Challenges of bioethics education

Bioethics education, particularly at the global level, is confronted with several challenges. As indicated earlier, bioethics teaching programs have mushroomed since the 1970s and 1980s. But it is not clear that this situation will not deteriorate under economic and political pressures on universities replacing experienced staff with temporary adjuncts and online courses. Ethics teaching is also regarded by policy-makers as a curious type of palliative remedy.

Every time when professionals infringe on important ethical norms, the need for ethics teaching is re-emphasized as the antidote. In response to a repeated cycle of cases of scientific misconduct and ethical problems concerning financial conflicts of interest, the National Institutes of Health and the National Science Foundation in the U.S. have required as of January 2010

that researchers funded by their grants must have received ethics education focused on promoting research integrity. Education in ethics is seen as a remedy against deficiencies in professional behavior. But it is obvious that the impact of bioethics education is limited if the systemic and structural causes of such misconduct are not addressed.

Also hardly any provisions and regulations are provided for ethics education so that a one day online course can be sufficient to meet the requirements. The almost general agreement that bioethics education is very important for healthcare professionals therefore is not translated into efficient practical arrangements. Although bioethics teaching is done, in most countries it is not very impressive in terms of volume, time, and commitment. Persad *et al.*²¹ pointed out that in the U.S. bioethics education, although required, comprises only 1% of the medical school curriculum. Many educational activities are sporadic and occasional.

In Europe most hospitals have only short-term educational initiatives instead of longer courses and programs, while nobody seems to take responsibility for the activities²². Moreover, there is a serious lack of qualified teachers. Not even half of the bioethics instructors in the U.S. have published a single article in bioethics²¹. For many teachers of bioethics this is not their primary academic focus. A survey in 2004 showed that 20% of medical schools in the U.S. and Canada did not even fund teaching in ethics²³. The first challenge, therefore, is that the professed importance of bioethics education should not blind us for the frail and anemic status of programs in many settings.

Another challenge is related to bioethics education itself. It is exemplified in the enormous heterogeneity of the field. It is not at all clear what such education should entail within the same country, different types of programs are offered, didactic approaches and methods differ, the number of teaching hours has a wide range, and ethics courses are not scheduled in the same phases of the curriculum. Major controversies exist concerning

the objectives, methods, content, and evaluation of teaching activities ². However, this diversity does not imply that there is no consensus.

Over the last few decades scholars have come to agree that certain approaches of teaching are preferable, for example, that there is a need for longitudinal and integrated programs, making ethics not an isolated, one-time event but part of daily care routine; there is a need for team teaching with close cooperation between ethicists and clinicians. Also a student-centered approach in bioethics education focused on active learning is preferable, since it encourages critical thinking and reflections.

Furthermore, there is agreement on the need for comparative studies. Developing teaching programs is often not informed by experiences elsewhere. In many cases the wheel is re-invented since there are few descriptive and analytic studies of specific programs published. Finally, more efforts are undertaken to define a common core for bioethics education, for example the core proposal in the United Kingdom, and the core curriculum launched by UNESCO ^{24,25}.

A broader philosophy of bioethics education

The mentioned heterogeneity reflects two diverging views of bioethics education. The question of what good education is requires a prior answer to the more fundamental question: why do we educate at all? Responding to this query, one can observe two different philosophies of bioethics education.

One pragmatic view regards ethics teaching as a way of learning skills for analyzing and resolving the ethical dilemmas that will confront health professionals in their future practices. The role of bioethics education therefore is limited. It should focus on what is practical and measurable. In this modest educational philosophy it is not realistic to expect that ethics education can create morally

better physicians and scientists. After all, how can a limited number of courses bring about a change in behavior or character of health professionals?

The primary objective, therefore, is to teach skills so that it will ultimately lead to better professional decisions. The other view is broader and bolder. In this philosophy, bioethics education is not merely focused on skills to improve decision-making but is basically a long-term effort to create better health professionals and scientists.

It is aimed at character formation, integrity, and professional virtues. Rather than enhancing professional skills, it aims to improve the professional him – or herself. Only in this way can bioethics teaching contribute to enhancing the quality of patient care.

This broader philosophy is motivated by the fact that bioethics education was introduced and promoted to counteract dehumanizing and objectifying tendencies in contemporary medicine and health care. It is not just there to facilitate medical decision-making, but it should contribute to making medicine more humane. For this reason, bioethics education has a broader focus on the humanities, liberal arts, social sciences, and philosophy, so that medical activity is located within a wider human context.

It seems that the philosophy of bioethics education is increasingly moving towards this broader conception. While the focus on identifying and analyzing ethical issues has been characteristic for the early stages of bioethics education, at present there is more emphasis on how to influence students' attitudes, behaviors, and characters, emphasizing that the ultimate goal of bioethics education is to produce good health professionals and scientists²⁶. Good medical practice requires more than knowledge and skills. We expect health professionals to demonstrate good conduct and action. This is what education should train and nourish ²⁷.

The focus of bioethics education should therefore move beyond problem-solving and applying principles.

The challenge to global bioethics

The need for a broader focus of bioethics education is even more necessary given the emergence of global bioethics as a consequence of processes of globalization. Nowadays, globalization is a major source of bioethical problems. While there are different interpretations of globalization, the common core of these interpretations has been identified as “*the operation of a dominant market-driven logic*”²⁸. In other words, it is the specific neoliberal market ideology driving globalization that is generating bioethical problems.

This ideology is shifting policies away from maximization of public welfare to the promotion of enterprise, innovation, and profitability. It also favours competition instead of cooperation. This logic changed the nature of state regulation, “*prioritizing the well-being of market actors over the well-being of citizens*”²⁹. Rules and regulations protecting society and the environment are weakened in order to promote global market expansion. A new social hierarchy emerged worldwide with the integrated at the top (those who are essential to the maintenance of the economic system), the precarious in the middle (those are not essential to the system and thus disposable), and the excluded at the bottom (the permanently unemployed)³⁰.

Increasing vulnerability, precariousness, inequality, and exclusion are characteristics of this new social order of globalization. Due to increasing risks and lower resilience, people all around the world but especially in developing countries have diminishing abilities to cope with threats and challenges. Neoliberal market ideology is seriously damaging health and healthcare at the global level, creating many of the global problems mentioned before. Thus, the same source that has produced global bioethics is also generating the relevant global problems of today⁶.

The impact of neoliberal globalisation is visible in all sectors of healthcare, medicine and research. Science seems thoroughly corrupted. The outsourcing of clinical research and the spectacular growth of commercial research organisations have been associated with a growing number of violations of research ethics. More and more research ethics committees are operating as commercial enterprises sponsored by the pharmaceutical industry whose protocols they review in order to protect research subjects. Four of the largest committees in the U.S. are now owned by private equity firms.

The last few decades have seen a long series of embarrassing cases of scientific misconduct which shows that it is not just incidental 'bad apples' but chronic pathology that is eroding science ethics. Not to mention 'ghost management', making it unclear who the real author of a publication is. In China it seems to be common that authorship, especially in journals with a high impact factor, is for sale. A *Science* investigation uncovered "*a flourishing academic black market involving shady agencies, corrupt scientists, and compromised editors – many of them operating in plain view*"³¹.

A new phenomenon is the organisation of fake conferences and the rise of predatory journals (now more than 4,000). It shows that there is a growing parallel world of pseudo-academia with fake scientific activities and journals. Nowadays it is possible to publish everything as long as payments are made. Companies as Dove Press and the Omics Group own hundreds of online journals where authors pay between \$2000 and \$3000 for a publication^{32,33}. Who will any longer trust scientific publications?

The future of global bioethics education

This context of globalisation clarifies the main mission of bioethics education nowadays and in the near future: bioethics should be a critical discourse that analyses and scrutinizes the current value systems pervasive in neoliberal globalization. If many ethical

issues arise because of these value systems, bioethics cannot simply reproduce this ideological context but should take a critical stance towards it and present alternatives. This is the double bind of global bioethics. It has to critically review the context of globalization in which it has originated as well as the economic forces that are driving these processes of globalization. Because it has emerged in the context of globalization, the moral discourse seems already captured and determined with a preconceived value framework.

Global bioethics, therefore, has to emancipate from its sources and should adopt the Socratic task of being a gadfly or the Kantian role of philosophy as critical thinking rather than merely explaining and justifying current situations. Otherwise it will only serve to soften and humanize the neoliberal ideology that determines current globalization. This critical stance requires that global bioethics goes beyond the focus of traditional bioethics on individual autonomy and issues of science and technology and critically analyses the social, political, and economic context of healthcare and science.

This critical refocusing is particularly important for bioethics education, now that in many countries, education itself is significantly transformed into a commercial industry, remaking universities into businesses, students into customers, and academic research into an economic asset ³⁴. In the logic of marketization and quantification, the sole purpose of education is to provide graduates with capabilities that are demanded in the economy. If bioethics education accepts this logic, it will be anointing neoliberal ideology and will not develop an independent, critical stance.

Criticizing neoliberal market ideology requires a broader framework than the usual emphasis on individual autonomy. This current emphasis is convenient for the neoliberal perspective since it regards human beings first of all as individual rational decision-makers and consumers. What they need is information

so that they can choose what they value or desire. But a human being alone is “an impossibility”³⁵.

Even economists nowadays argue that this conception of individual autonomy is an “anthropological monster”³⁶. Regarding human beings as self-interested, self-determining subjects disregards the basic importance of cooperation, the interconnectedness of human beings, and the interrelations between human beings and the environment. Global bioethics education needs to develop an alternative perspective based on ethical notions such as solidarity, human dignity, and social responsibility.

Referências

1. Potter VR. Humility with responsibility - a bioethic for oncologists: Presidential address. *Cancer Res.* 1975;35:2:297-306.
2. Ten Have HAMJ. Bioethics education. In: Ten Have H, Gordijn B, editores. *Handbook of global bioethics*. Dordrecht: Springer Publishers; 2013. p. 447-66.
3. Potter VR. *Global Bioethics: building on the Leopold legacy*. East Lansing: Michigan State University Press; 1988.
4. Reich WT. The word ‘bioethics’: its birth and the legacies of those who shaped it. *Kennedy Inst Ethics J.* 1994;4(4):319-35.
5. Oxford University Press. *Bioethics around the globe*. In: Myser C, editor. New York: Oxford University Press; 2011.
6. Ten Have HAMJ. 2013. Op. cit. Four volumes.
7. Dwyer J. How to connect bioethics and environmental ethics: health, sustainability, and justice. *Bioethics.* 2009;23(9):497-502.
8. Gruen L, Ruddick W. Biomedical and environmental ethics alliance: Common causes and grounds. *Bioethical Inquiry.* 2009;6:457-66.
9. Potter VR. An essay review of global responsibility: in search of a new world ethics. *Perspectives in Biology and Medicine.* 1994;37(4):546-50.
10. Parliament of the World’s Religions. Declaration toward a global ethics. [Internet]. Chicago; 1993 (acesso 20 jan. 2014). Disponível: http://www.parliamentofreligions.org/_includes/FCKcontent/File/TowardsAGlobalEthic.pdf
11. International Federation of Medical Students’ Associations. IFMSA. [Internet]. (acesso 20 jan. 2014). Disponível: <http://www.ifmsa.org/>

12. European Commission. Lifelong Learning Programme: the Erasmus Programme 2010-201. [Internet]. 2012 (acesso 20 jan. 2014). Disponível: <http://www.ec.europa.eu/education/erasmus/doc/stat/1011/report.pdf>.
13. Organisation for Economic Co-operation and Development. International migration of health workers. Policy brief. OECD; 2010 (acesso 20 jan. 2014). Disponível: <http://www.oecd.org/migration/mig/44783473.pdf>
14. Levinson DR. Challenges to FDA's ability to monitor and inspect foreign clinical trials. Department of Health and Human Services. 2010 (acesso 20 jan. 2014). Disponível: <http://www.oig.hhs.gov/oei/reports/oei-01-08-00510.pdf>
15. Jones FAE, Knights DPH, Sinclair VFE, Baraitser P. Do health partnerships with organizations in lower income countries benefit the UK partner? A review of the literature. *Global Health*. 2013;9:38.
16. Chrisafis A. PIP breast implant victims express fury at 'catastrophic' fraud trial. *The Guardian*. 2013 (acesso 20 jan. 2014). Disponível: <http://www.theguardian.com/world/2013/apr/17/pip-breast-implant-victims-trial>
17. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. Unesco; 2005 (acesso 20 jan. 2014). Disponível: <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/bioethics/bioethics-and-human-rights/>
18. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 7th ed. New York: Oxford University Press; 2013.
19. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. The UNESCO Universal Declaration on Bioethics and Human Rights: background, principles, and application. In: Ten Have HAMJ, Jean MS, editores. Paris: Unesco; 2009.
20. Veatch RM. Hippocratic, religious, and secular medical ethics: the points of conflict. Washington: Georgetown University Press; 2012.
21. Persad GC, Elder L, Sedig L, Flores L, Emanuel EJ. The current status of medical school education in bioethics, health law, and health economics. *J Law, Med Ethics*. 2008;36(1):89-94.
22. Pegoraro R, Putoto G. Findings from a European survey on current bioethics training activities in hospitals. *Med Health Care Philos*. 2007;10(1):91-6.
23. Lehmann LS, Kasoff WS, Koch P, Federman DD. A survey of medical ethics education at U.S. and Canadian medical schools. *Acad Med*. 2004;79(7):682-9.
24. Stirrat GM, Johnston C, Gillon R, Boyd K. Medical ethics and law for doctors of tomorrow: the 1998 consensus statement updated. *J Med Ethics*. 2010;36(1):55-60.

25. Have Ht. Unesco's Ethics Education Programme. *J Med Ethics*. 2008;34(1):57-9.
26. Goldie J. Review of ethics curricula in undergraduate medical education. *Med Educ*. 2000;34(2):108-19.
27. Gelhaus P. The desired moral attitude of the physician: (I) empathy. *Med Health Care Philos*. 2012;15(2):103-13.
28. Kirby P. *Vulnerability and violence: the impact of globalization*. London: Pluto Press; 2006. p. 246.
29. Kirby P. *Op. cit.* p. 94.
30. Cox RW, Schechter MG. *The political economy of a plural world: critical reflections on power, morals and civilization*. London: Routledge; 2002. p. 232.
31. Hvistendahl M. China's publication bazaar. *Science*. 2013;342(6162):1.035-9.
32. Butler D. Investigating journals: the dark side of publishing. *Nature*. 2013;495(7442):433-5.
33. Kolata G. *Scientific articles accepted (personal checks, too)*. New York: New York Times; 2013.
34. Collini S. *Sold out*. *London Review of Books*. 2013;35(20):3-12.
35. Taylor C. *Human agency and language: philosophical papers I*. Cambridge: Cambridge University Press; 1985. p. 294.
36. Cohen D. *Homo economicus, prophète (égaré) des temps nouveaux*. Paris: Albin Michel; 2012. p. 280.

Neuroética. ¿Es posible fundamentar una ética universal sobre bases cerebrales?

Adela Cortina

El nacimiento de la neuroética

En mayo de 2002 se celebra en San Francisco un congreso bajo el rótulo Neuroethics: Mapping The Field, auspiciado por la Dana Foundation, preocupada por la investigación en neurociencia. El objetivo del congreso es doble: esbozar el mapa de la neuroética, su presente y futuro, e intentar un lanzamiento público de lo que los participantes consideran una nueva forma de saber ^{1,2}.

Los organizadores del Congreso caracterizan la neuroética como *"el estudio de las cuestiones éticas, legales y sociales que surgen cuando los descubrimientos científicos acerca del cerebro se llevan a la práctica médica, las interpretaciones legales y las políticas sanitarias y sociales"* ³. Estos descubrimientos se producen en los campos de la genética, la imagen cerebral y el diagnóstico y la predicción de enfermedades. La neuroética ha de examinar cómo han de tratar estos descubrimientos los médicos, jueces, abogados, aseguradoras y los encargados de diseñar políticas públicas.

Pero también la neuroética se entiende a lo largo del congreso como *"el examen de lo correcto e incorrecto, bueno y malo, en el tratamiento del cerebro humano, en su perfeccionamiento, o en la indeseable invasión en el cerebro o en su preocupante manipulación"* ⁴. Sin embargo, en las diferentes intervenciones van surgiendo cuestiones que avalarán el nacimiento de una segunda acepción de la neuroética, de suerte que se van a perfilar dos ramas, entrelazadas entre sí, pero que modulan de diferente forma la relación entre neurociencia y ética ^{1,2,5,6}:

1) La ética de la neurociencia trata de desarrollar un marco ético para regular la conducta en la investigación neurocientífica y en la aplicación del conocimiento neurocientífico a los seres humanos;

2) La neurociencia de la ética, por su parte, se refiere al impacto del conocimiento neurocientífico en nuestra comprensión de la ética misma, se ocupa de las bases neuronales de la agencia moral. Según sus defensores, la neurociencia de la ética promete iluminar elementos centrales de esa agencia, tales como la libertad de la voluntad o la sustancia de la moralidad misma. Descubrimientos que interesan, como es lógico, a los gobiernos y a las comunidades porque permiten canalizar nuestra conducta. De ahí que en el congreso de San Francisco participaran también diseñadores de políticas públicas.

Podemos decir que si entendemos “neuroética” por la primera acepción – ética de la neurociencia –, entonces es una dimensión de la bioética, una ética aplicada más, que acepta alguna de las teorías éticas existentes y trata de encontrar respuestas desde ellas a problemas concretos. Pero si tomamos el vocablo como neurociencia de la ética, la segunda acepción, entonces parecemos estar anunciando una auténtica revolución, porque la neurociencia arrojaría luz sobre temas como los de la aporía libertad/determinismo, la relación mente/cerebro, la explicación reduccionista o pluralista de la realidad humana, la posibilidad de hablar de una naturaleza humana, y la existencia de un tipo de conducta a la que desde hace tantos siglos venimos denominando “moral”. Y, según algunos autores, nos proporcionaría el fundamento cerebral para una ética normativa: el conocimiento de los mecanismos cerebrales nos permitiría por fin aclarar científicamente qué debemos hacer moralmente.

Es de este último punto del que vamos a ocuparnos en esta ponencia, y de una forma que no pretende ser exhaustiva: si es verdad, como defiende un buen número de neurocientíficos, que la neurociencia permite fundamentar una ética universal. Una ética semejante respondería a la exigencia que en 1967 planteaba Karl-Otto Apel en una conferencia pronunciada en Göteborg:

“La civilización científico-técnica ha confrontado a todos los pueblos, razas y culturas con una problemática ética común, sin prestar consideración a las tradiciones morales culturales, propias de cada grupo. Por primera vez en la historia del género humano los seres humanos se encuentran emplazados prácticamente frente a la tarea de asumir la responsabilidad solidaria por los efectos de sus acciones a escala planetaria. Podríamos pensar que a esta coacción a la responsabilidad solidaria debería corresponder la validez intersubjetiva de normas o, al menos, del principio fundamental de una ética de la responsabilidad”⁷.

Pero el fundamento de esta ética no sería filosófico, sino neurocientífico. Si esto fuera posible, quedarían arrumbadas las éticas filosóficas y las morales religiosas y podrían sustituirse por una ética basada en las neurociencias, que sería por eso mismo universal. De hecho, algunos como Gazzaniga afirman explícitamente que la neuroética *“es o debería ser un intento de proponer una filosofía de la vida con un fundamento cerebral”*⁸. Frente a tales consideraciones se podría preguntar: ¿Es verdad que las exigencias que plantea el mundo moral pueden fundamentarse en los mecanismos cerebrales? ¿Es verdad que puede darse el paso del “es” cerebral al “debe” moral?

La promesa de una ética universal

Para abordar el tema en tan breve espacio bueno es empezar por un punto sobre el que existe un amplio consenso entre los neurocientíficos, y es el de entender que nuestros juicios morales están ampliamente basados en la intuición de lo que es correcto o incorrecto en los casos particulares, como mostró Haidt, entre otros, en su célebre trabajo *The emotional dog and its rational tail*⁹.

Es éste un punto, no sólo discutible, sino sobre todo bien endeble. Resulta desconcertante que en la bibliografía neurocientífica se hable en ocasiones de intuiciones, como en el caso de Levy, quien se reclama de Rawls, en otras ocasiones se hable de instintos,

como es el caso de Gazzaniga, mientras que en otras resulte ser clave el sentido moral¹⁰. Pero todavía resulta más desconcertante que un mismo autor hable indistintamente de “instinto”, “sentido”, “intuición” o “competencia”, para referirse a la capacidad humana para distinguir entre el bien y el mal, generada por la evolución, como ocurre en la obra de Hauser, tan valiosa por otra parte y que también se reclama de Rawls.

Como buenos rawlsianos, Hauser¹¹ y Levy¹² se encuentran con que su mentor habla de “juicios meditados”, de los célebres “*considered judgements*” que tantos quebraderos de cabeza vienen provocando desde la publicación de Teoría de la justicia, en 1971¹³, y más bien estos autores acaban aplazando la solución del problema *ad calendas graecas*. Como es obvio, es urgente aclarar este punto, porque es el de partida y, por lo tanto, toda la construcción posterior depende de él. Pero como no parece conveniente cortar tan pronto la reflexión, daremos provisionalmente por bueno un punto de partida que forma parte de las debilidades, no de las fortalezas de estas propuestas.

Sin embargo, y retomando el hilo de las afirmaciones de Haidt, sucede – y sobre esto también hay acuerdo entre los neurocientíficos – que esas intuiciones pueden entrar en conflicto en el seno de cada individuo y entre los individuos, y lo más grave es que rara vez las personas saben ofrecer las razones que deberían sustentar sus juicios: existe una disonancia cognitiva entre la formulación del juicio y el razonamiento que debería fundamentarlo. Cuando se les pregunta por qué han formulado un determinado juicio, quedan desconcertadas.

¿Es que no disponemos de una concepción moral a cuya luz juzgamos los casos concretos, sino que formulamos intuitivamente juicios para los que después buscamos argumentos si alguien nos los pide? Incluso quienes dicen defender una determinada teoría filosófica, como es el caso de los aristotélicos, los kantianos, los utilitaristas o los relativistas, ¿formulan en realidad los mismos juicios y después tratan de ajustar los posibles argumentos de

su teoría al juicio formulado? ¿Es éste el modo de proceder del equilibrio reflexivo rawlsiano?

Éste es uno de los puntos clave en el discurso neuroético, porque cabe pensar que la perplejidad de los encuestados no depende de que tengan mejores o peores razones, sino del modo como está construido nuestro cerebro. Para intentar responder a esta cuestión – dicen estos autores – pueden resultar de ayuda algunas técnicas de las neurociencias, como el estudio de la formación de imágenes, que nos permitirán señalar qué zonas del cerebro parecen intervenir directamente cuando formulamos juicios morales. En este sentido, es célebre el trabajo de Greene y sus colaboradores, que consiste en escanear la actividad cerebral de los sujetos mientras leen determinados dilemas, concretamente los que se refieren a situaciones personales e impersonales, y llega a conclusiones valiosas ^{14,15}.

Conviene aclarar en este punto que la “lectura cerebral” consiste en la capacidad técnica y los conocimientos científicos para llegar a conocer lo que piensa una persona sin que lo manifieste a partir de los registros de la actividad cerebral” ¹⁶. En principio, ante los dilemas personales los sujetos emplean bastante tiempo en pensar si creen que es lícito perjudicar directamente a una persona, aunque sea para salvar a otras cinco. Si llegan a la conclusión de que no se debe hacer, lo más frecuente es que respondan rápidamente, aunque algunas veces tomen tiempo. Esto muestra que entender que es lícito dañar a alguien personalmente es pensar contra corriente y por eso se necesita tiempo para adquirir la confianza de que el juicio es correcto. Ante los dilemas morales personales los sujetos invertían casi 7 segundos en preparar la respuesta, y entre 4 y 5 en los casos impersonales o no morales. ¿Qué ocurre en el cerebro de cada sujeto mientras valora una situación y responde?

Las técnicas de neuroimagen permiten apreciar que en las situaciones morales personales las imágenes cerebrales revelan una gran actividad en zonas que desempeñan un papel crucial

en el procesamiento de las emociones, un circuito que va aproximadamente desde el lóbulo frontal hasta el sistema límbico. También Greene llegó a la conclusión de que cuando los sujetos formulaban su juicio a contra corriente, se mostraba una activación mucho mayor del córtex prefrontal dorsolateral, zona que interviene en la planificación y el razonamiento. Por tanto, los juicios sobre dilemas morales personales implican una mayor actividad en las áreas cerebrales asociadas con la emoción y la cognición social. ¿Cuál es la razón de que suceda así?

Según un buen número de autores, parte de la respuesta al menos podría encontrarse en los códigos de funcionamiento más primitivos de nuestro cerebro, adquiridos a lo largo de la evolución^{15,17,18}. Según Wilson, la gente obedece a códigos de conducta sólidamente anclados en lo más profundo de nuestro cerebro paleolítico¹⁰. Estos códigos, que son fundamentalmente emocionales, se establecieron en poblaciones muy pequeñas, en las que eran necesarios para la supervivencia, en el sentido de la ayuda mutua.

En el origen evolutivo de las relaciones sociales y durante la construcción del cerebro humano los hombres vivían juntos en pequeños grupos homogéneos de raza y costumbres, que nunca sobrepasaron los 130 individuos. En los millones de años que dura la hominización la homogeneidad y cohesión social han tenido un gran valor de supervivencia. De ahí que cuando hay cercanía física se activen los códigos morales emocionales de supervivencia profundos, mientras que, si no la hay, se activan otros códigos cognitivos más fríos, más alejados del sentido inmediato de supervivencia. Por eso nos afecta emocionalmente la situación de la gente necesitada y cercana, cosa que no ocurre con las gentes necesitadas que no conocemos.

Éste parece ser uno de los mensajes de la neuroética: que el cerebro toma decisiones influido por algún tipo de compás de moral universal que todos poseemos; las decisiones ante dilemas personales suponen más actividad cerebral en las zonas

asociadas con la emoción y la cognición moral, porque, desde una perspectiva evolutiva, las estructuras neuronales que asocian los instintos con la emoción se seleccionaron, ya que resulta beneficioso ayudar a la gente de modo inmediato.

Éste vendría a ser el fundamento cerebral del altruismo biológico: que los seres humanos poseen un bagaje neuronal que les aconseja reciprocarse si es que quieren sobrevivir. El *Homo reciprocans* es el hombre capaz de adaptarse en el proceso de la evolución, el hombre capaz de dar y recibir; no el presunto *Homo oeconomicus*, el hombre maximizador de su beneficio, que no podrá sobrevivir desde el punto de vista biológico ¹¹.

¿Podemos decir, entonces, que el contractualismo político tiene una base adaptativa, es decir, que nos interesa contratar para vivir mejor? ¿La justicia de las normas depende del interés por sobrevivir que induce a seguir las directrices de la cooperación interesada? La conducta moral entonces sería un mecanismo de adaptación que nos permite sobrevivir. La vieja falacia naturalista –“de un ‘es’ descriptivo no puede seguirse un ‘debe’ moral”– quedaría de algún modo obsoleta, porque el “debe” moral se convierte en algo capaz de hacer posible, evolutivamente viable, una determinada forma de “es”. Entre el mundo del ser natural y el del deber ser (los códigos morales) existiría un lazo adaptativo que prescribiría establecer como normas éticas aquellas conductas capaces de favorecer la supervivencia. Las normas morales no serían sino normas adaptativas.

Ésta sería la consecuencia lógica de la pretensión de una ética universal basada en el cerebro, pero un buen número de neurocientíficos no se atreve a dar tal paso. Es el caso de Greene, entre otros, que mantiene la diferencia entre ser y deber ser, y se limita a sugerir que conocer más en neuroética podría llevarnos a reevaluar nuestros valores morales y nuestras concepciones de la moralidad ¹⁴. Pero en otros casos, por mucho que verbalmente se reconozca la diferencia entre el “es” y el “debe”, lo bien cierto es que se comete la falacia ampliamente al asegurar que por fin

vamos a diseñar una filosofía de la vida basada en el cerebro, una ética universal que sustituya a las anteriores ^{8,16}.

Balance

Haciendo un balance de las aportaciones de las neurociencias que hemos podido recoger en estas pocas páginas para la posible fundamentación de una ética universal sobre bases cerebrales, podemos decir que esas aportaciones ofrecen algunas ventajas pero presentan grandes limitaciones ¹⁹.

Problemas terminológicos

En primer lugar, resulta necesario aclarar la terminología, porque se habla indistintamente de intuiciones morales, instinto moral, sentido moral, competencia moral o capacidad moral para referirse a la capacidad humana para distinguir entre el bien y el mal moral, presuntamente generada por la evolución. Esa confusión impide saber de qué – exactamente – estamos hablando.

El progreso de las neurociencias

En segundo lugar, el progreso de las neurociencias es una excelente noticia para la filosofía moral y política. Por una parte, porque siempre es deseable poder prevenir enfermedades y mejorar la vida humana. Con todas las cautelas que exige una ética de la neurociencia, incrementar las posibilidades de beneficiar a las personas es siempre un progreso. Y, por otra parte, porque saber más acerca de nosotros mismos es siempre una ganancia. Gracias a las técnicas de neuroimagen, podemos adentrarnos en algo tan vital como es el funcionamiento de nuestro cerebro, y conviene seguir siempre el viejo consejo socrático “*conócete a ti mismo*”. Conocer el funcionamiento del cerebro puede llevar en nuestro caso a diseñar nuestros proyectos morales, políticos, económicos y educativos sabiendo con qué bases neuronales contamos para ello.

El papel de las emociones en la formulación de juicios morales

También es una ganancia recordar que los juicios morales están mediados en muy alto grado por las emociones y los sentimientos. Aunque éste es un punto que conocemos al menos desde Aristóteles y que ha sido reforzado por la tradición anglosajona del sentimiento moral, también es verdad que desde los años 60 y 70 del siglo XX la influencia de Piaget y Kohlberg en los estudios sobre el desarrollo del juicio moral en el niño ha llevado a destacar especialmente la fuerza del razonamiento en la formulación de juicios morales.

También la opción de la ética del discurso por el procedimentalismo le ha llevado a prescindir en exceso de las emociones. En este sentido, las aportaciones de Damasio ¹⁹, Le Doux han sido de ayuda al insistir en el papel de las emociones. Pero también es verdad que en este papel había venido insistiendo la filosofía desde Aristóteles, a través de la tradición escocesa del sentimiento moral, hasta llegar a autores como Zubiri, Nancy Shermann, Martha Nussbaum, José Antonio Marina o Sharon Krause. También en Ética de la razón cordial he intentado articular razón dialógica y emociones ²⁰.

Sin embargo, insistir en el lugar que ocupan las emociones en la formulación de juicios morales no puede llevar a olvidar cuatro puntos esenciales: 1) Aunque en una encuesta los encuestados puedan responder de forma intuitiva, en realidad han ido conformando socialmente su forma de juzgar, a través de procesos de aprendizaje. Estos procesos han podido ser de indoctrinación o bien de educación argumentada. En el primer caso, la persona habrá aprendido a formular su juicio de forma dogmática y será incapaz de dar argumentos. En el segundo caso, sí que podrá ofrecer argumentos, porque se habrá acostumbrado a argumentar. 2) En segundo lugar, y como el mismo Haidt ²¹ reconoce, aunque los encuestados respondan de forma intuitiva, argumentar con ellos sobre sus juicios puede llevarles a modificarlos en el futuro, porque la razón tiene también un papel en la formulación de

juicios morales. 3) De ahí que podamos decir, en tercer lugar, que la tarea sigue consistiendo en articular emociones y razón, porque unas y otra intervienen en la formulación de los juicios. Si el puro racionalismo es falso, también lo es el puro emotivismo. 4) Y, en cuarto lugar, a la hora de decidir si el juicio moral es correcto o incorrecto e necesario contar con criterios racionales.

La vinculación cerebro-mente

Por otra parte, es necesario aclarar qué significa que exista una vinculación entre ciertas áreas cerebrales y nuestro razonamiento moral, qué queremos decir cuando afirmamos que hay un correlato entre la formulación de un juicio y el hecho de que se estimulen determinadas zonas del cerebro. ¿Queremos decir que esa área del cerebro es la causa de la formulación del juicio, o más bien que es una base imprescindible para poder formularlo? Tratar de aclarar la relación entre el cerebro y la mente sigue siendo uno de los grandes retos de la neuroética.

¿Códigos morales o imperativos de la prudencia?

Descubrir que la evolución ha acuñado en el cerebro humano unos códigos de conducta que prescriben ayudar a aquellos que necesitamos para sobrevivir, y prescriben también defenderse de los extraños es de suma importancia para comprendernos mejor a nosotros mismos. Pero es igualmente indispensable aclarar si estos códigos son morales o si, por el contrario, sólo expresan normas de prudencia encaminadas a aumentar la probabilidad de supervivencia del individuo. Es decir, es necesario aclarar qué entendemos por “código moral”.

En principio, si es verdad que llevamos impresos esos códigos en nuestro cerebro desde la época de los cazadores-recolectores, esto puede explicar muchas reacciones involuntarias en nuestra conducta, que nos llevan a ayudar a los semejantes y a rechazar a los que nos parecen extraños. Esos códigos estarían estrechamente ligados a la emoción, y por eso, si quisiéramos superarlos, sería

necesario hacer un gran esfuerzo de aprendizaje emocional y racional. Pero esta afirmación abre al menos dos preguntas.

En primer lugar, ¿no es verdad que esos códigos sólo son consejos de la prudencia, que nos invitan a actuar en un determinado sentido, si queremos sobrevivir? ¿No es verdad que tienen la forma de los imperativos hipotéticos de la prudencia “si quieres sobrevivir, entonces tienes que hacer Y”? Esos imperativos son analíticos en cuanto al querer, porque el concepto mismo de voluntad racional significa que obra racionalmente quien pone los medios para alcanzar el fin que persigue ²².

Pero no cualquier fin es moral ni lo es tampoco cualquier medio. Si la supervivencia personal aconseja, como medio para alcanzarla, rechazar al lejano, entonces la supervivencia no es un fin moral. Es el medio el que descalifica al fin, precisamente porque el criterio de moralidad no es el mecanismo evolutivo.

Del “es” del mecanismo evolutivo no surge el “debe” moral propio del siglo XXI. Sigue siendo ilegítimo, pues, incurrir en falacia naturalista; de los diversos “es” neurocientíficos no surge un “debe” moral. Pero, en segundo lugar, para querer superar ese código que nos lleva a rechazar a los extraños es preciso tener una razón para hacerlo y no parece que esa razón proceda de los mecanismos evolutivos mismos.

El contenido de la ética universal con fundamento cerebral

En efecto, de los mecanismos evolutivos – a mi juicio – surgiría una suerte de *imperativo adaptativo*, formulado en términos descriptivos, que diría así: *Obra de tal modo que asegures tu supervivencia no dañando a los cercanos, porque tu suerte está ligada a la suya, y rechaza a los extraños y diferentes, porque son un peligro para tu supervivencia; o bien, obra de tal modo que asegures tu supervivencia intercambiando favores con los que pueden devolvértelos y rechaza a los que no pueden darte nada a cambio.* Es lo que algunos hemos llamado el Principio del Intercambio Infinito, que genera exclusión de forma inevitable ^{23,24}.

Pero existe una total disonancia entre este imperativo adaptativo y los imperativos éticos propios del nivel post-convencional en el desarrollo de la conciencia moral, que son los que dan fundamento racional a declaraciones como la Derechos Humanos de 1948. El "es" de la supervivencia no es un fundamento racional adecuado para el deber moral de proteger los derechos de todos los seres humanos y de empoderarlos para que lleven adelante los planes de vida que tengan razones para valorar. Del "es" cerebral no se sigue un "debe" moral.

Una estructura moral universal

Tal vez por estas razones algunos autores, como Hauser¹¹ o Levy¹², se contentan con afirmar que es posible diseñar la estructura por la cual los seres humanos somos capaces de formular un tipo de juicios a los que llamamos morales. Aprendiendo de la gramática generativa de Chomsky, podríamos decir que de la misma manera que nacemos con una gramática universal que nos ofrece herramientas para construir lenguajes concretos, nacemos con una gramática moral, con una caja de herramientas que nos permite construir sistemas morales concretos y explicar la diversidad de culturas morales. En tal caso, como dicen Camilo Cela e Francisco Ayala, "no puede hablarse de un 'código ético universal'; sino de una 'tendencia universal a la aceptación de códigos éticos'"²⁵. Tarea muy fecunda por cierto, pero que cuenta en la historia de la filosofía moral y política con una tradición más que milenaria.

La benevolencia universal

En cualquier caso estos autores describen la estructura moral de los seres humanos en la misma línea del *homo reciprocans*: nuestra estructura moral es la de la reciprocidad fuerte. Para salvar la distancia entre el contractualismo que se basa en la capacidad de reciprocidad y la defensa de los derechos de todos los seres humanos, Levy¹² asegurará que, aunque seguimos llevando nuestra dotación mental de cazadores-recolectores, nuestro entorno ha cambiado radicalmente y, por lo tanto, normas que

en su día fueron adaptativas ya no lo son. De donde se concluye que para adaptarse al nuevo entorno es necesario extender la benevolencia a los lejanos, alegando que comunidad de los que se necesitan para sobrevivir ha pasado de unos 130 individuos a más de 6.000 millones de personas ¹². Lo cual es falso, porque una persona para sobrevivir no precisa tener buenas relaciones de reciprocidad con más de 6.000 millones de personas, sino sellar un pacto social en una comunidad política concreta, en el sentido de la reciprocidad fuerte, o incluso del altruismo recíproco, e intercambiar con aquellos que pueden darle algo a cambio.

Por otra parte, justamente las reacciones ante los dilemas personales y los impersonales parecen mostrar que tal benevolencia universal es rara por escasa, que los extraños son lejanos en la emoción. Que tendríamos que ir mucho más allá de los mecanismos evolutivos y tomar en nuestras manos las riendas del progreso. Como bien se ha dicho, los mecanismos del proceso de hominización no dan cuenta de la humanización; desde un punto de vista moral, la evolución no marca la línea del progreso, somos los seres humanos los que tenemos que trazarla ^{1,2,24}.

El fundamento de la moral

Esta situación crítica se suaviza cuando estos autores nos informan de que el hombre es dependiente de su entorno social, y menos de sus genes, porque tras el nacimiento desarrolla casi el 70 % de su cerebro en interacción constante con el medio y con los demás, de modo que los códigos inscritos en el cerebro pueden ser modificados ampliamente. No parece que sean las bases cerebrales las que determinan nuestra conducta, sino que hay un fuerte componente nacido de la relación social.

Sin embargo, esta nueva información desplaza los problemas hacia una nueva pregunta: ¿desde dónde se deben modificar los códigos cerebrales?, ¿cuáles son los criterios para determinar lo moralmente bueno y malo? ¿En qué consiste, a fin de cuentas, lo moral?

No parece posible responder a estas preguntas desde las neurociencias, porque una cosa es averiguar que nuestra conducta moral tiene unas bases cerebrales, sin las que es imposible actuar moralmente. Otra, encontrar el fundamento de los juicios morales, la razón por la cual consideramos que unos juicios son correctos y otros incorrectos. Las bases cerebrales son necesarias para que haya una conducta moral, pero no suficientes. Hacen falta los criterios morales que proceden de las teorías filosóficas.

Pero para hacerlo en la dirección de una justicia global, que pretenda dar cuerpo institucional a los derechos humanos, no bastan el altruismo recíproco ni tampoco la reciprocidad fuerte, sino que es preciso ahondar en las estructuras, racionales y sentientes, del reconocimiento recíproco. Es preciso ahondar en las estructuras de la razón cordial humana ^{1,2,20,24}.

Referencias

1. Cortina A. Neuroética y neuropolítica: sugerencias para la educación moral. Madrid: Tecnos; 2011.
2. Cortina A, editora. Guía comares de neurofilosofía práctica. Granada: Comares; 2012.
3. Marcus JS, editors. Conference Proceedings, 2002, 13-14 May, San Francisco. Neuroethics: mapping the field. New York: The Dana Press; 2002. p. III.
4. Safire W. Vision for a new field of 'neuroethics'. In: Marcus JS, editors. Op. cit; 2002. p. 5.
5. Roskies AL. Neuroethics for the new millennium. *Neuron*. 2002;35:21-3.
6. Walter G, editor. Defining right and wrong in brain science: Essential readings in Neuroethics. Washington. Dana Press: 2007. p. 12-8.
7. Apel K-O. La transformación de la filosofía II. Madrid: Taurus; 1985. p. 344.
8. Gazzaniga MS. The ethical brain. New York: Dana Press; 2005. p.15.
9. Haidt J. The emotional dog and its rational tail: a social intuitionist approach to moral judgement. *Psychological Review*. 2001;108:814-34.
10. Wilson JQ. The moral sense. New York: Free Press; 1993.
11. Hauser MD. Moral minds. New York: Harper Collins Publishers; 2006.
12. Levy N. Neuroethics. New York: Cambridge University Press; 2007.

13. Rawls J. Teoría de la justicia. México: Fondo de Cultura Económica; 1975.
14. Greene JD, Sommerville BR, Nystrom LE, Darley JM, Cohen JD. An FMRI investigation of emotional engagement in moral judgement. *Science*. 2001;293:2.105-8.
15. Greene JD. From neural 'is' to moral 'ought: what are the moral implications of neuroscientific psychology. *Nature Reviews Neuroscience*. 2007;4:847-0.
16. Mora F. Neurocultura. Madrid: Alianza; 2007. p. 99.
17. Gazzaniga MS. Op. cit. p. 172-3.
18. Mora F. Op. cit. p. 79.
19. Damasio A. Descartes'error. Boston: Norton; 1994.
20. Cortina A. Ética de la razón cordial. Oviedo: Nobel; 2007. p. 77.
21. Haidt J. The righteous mind. New York: Pantheon Books; 2012.
22. Kant I. Grundlegunk zur metaphysik der sitten. Berlín: Walter de Gruyter & Co; 1968. p. 417.
23. Cortina A. Op. cit.; 2007. p. 71-5.
24. Cortina A. Capítulo 6. In: _____. ¿Para qué sirve realmente la ética? Barcelona: Paidós; 2013.
25. Cela CJ, Ayala FJ. Senderos de la evolución humana. Madrid: Alianza; 2001. p.533.

Observación

Esta ponencia se inserta en el Proyecto de Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico FFI2010-21639-C02-01, financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación (actualmente Ministerio de Economía y Competitividad) con Fondos FEDER de la Unión Europea, y en las actividades del grupo de investigación de excelencia PROMETEO/2009/085 de la Generalitat Valenciana y de la Red de Excelencia ISIC 2012/017 de la Generalitat Valenciana



BIOÉTICA

**Resumos, autores e
organizadores**

El ocaso del placebo

Miguel Kottow

Doutor mkottow@gmail.com – *Profesor titular, Universidad de Chile, Santiago, Chile.*

Resumo

O ocaso do placebo

A polêmica sobre o uso de placebo na pesquisa com seres humanos continua sem solução. O remanejamento de estudos clínicos a países menos desenvolvidos, a aplicação do duplo padrão de ética na pesquisa e a fragilização da *Declaração de Helsinki* são prejudiciais para a realidade cultural e ética da América Latina. Em uma tentativa de dar mais solidez aos argumentos, este texto entende o corpo como território privado e pessoal, a se intervir unicamente por expresso consentimento informado. Tanto a medicina como a pesquisa apenas podem intervir no território corporal após ter levado o processo de consentimento de forma completa e ética com proibidade. O uso do placebo é rejeitado em culturas individualistas, onde cada pessoa guarda cuidadosamente seu território corporal e não permite o acesso às intervenções com potencial de risco e danos. Em culturas mais comunitárias, recorrendo a um “padrão ético pragmático” e contando com as urgências terapêuticas de populações com escassos recursos médicos, a introdução de pesquisas com placebo é mais tolerada apesar dos esforços da bioética latino-americana de se opor a seu uso. Discute-se, da mesma maneira, a legitimidade e correta aplicação da equipoise [equiponderação] clínica em relação ao emprego de placebo.

Palavras-chave: Corpo. Equipoise. Helsinki. Ética de pesquisa. Placebo.

Resumen

El ocaso del placebo

La polémica sobre el uso de placebo en investigación con seres humanos continúa sin solución. El traslado de estudios clínicos a países menos desarrollados, la aplicación del doble estándar de ética en investigación y el debilitamiento de la *Declaración de Helsinki*, son perjudiciales para la realidad cultural y ética de Latinoamérica. En un intento de dar más solidez a los argumentos, este texto entiende el cuerpo como territorio privado y personal, a intervenir únicamente por expreso consentimiento informado. Tanto la medicina como la investigación solo pueden intervenir en el territorio corporal después de haber llevado el proceso de consentimiento en forma completa y éticamente proba. El uso de placebos es rechazado en culturas individualistas, donde cada persona guarda cuidadosamente su territorio corporal y no permite el acceso a intervenciones con potencial de riesgos y daños. En culturas más comunitarias, recurriendo a un “estándar ético pragmático” y contando con las urgencias terapéuticas de poblaciones con escasos recursos médicos, la introducción de estudios con placebos es menos resistida a pesar de los esfuerzos de la bioética latinoamericana por oponerse a su uso. Se discute, asimismo, la legitimidad y correcta aplicación del equipose [equiponderación] clínica en relación con el empleo de placebo.

Palabras-clave: Cuerpo. Equipose. Helsinki. Ética de investigación. Placebo.

Abstract

The decline of the placebo

The controversy on the use of placebo in research with human beings continues without solution. The transfer of clinical trials to least developed countries, the application of the double standard of ethics in research and the weakening of the *Declaration of Helsinki*, are detrimental to the cultural and ethics reality of Latin America. In an attempt to give more strength to the arguments,

this text understands the body as a private and personal territory, to intervene only by express informed consent. Both medicine and research may only intervene in the body territory after having conducted the consent process in full and ethically tested form. The use of placebos is rejected in individualistic cultures, where each person carefully keeps his body territory and does not allow the access to interventions with risk and damage potential. In most community cultures, resorting to a “pragmatic ethical standard” and having therapeutic urgencies of populations with scarce medical resources, the introduction of studies with placebos is least resisted despite the efforts of Latin American bioethics for opposing its use. Also discusses the legitimacy and correct application of the clinic equipoise [equiponderation] in relation to the use of placebo.

Keywords: Body. Equipoise. Helsinki. Research ethics. Placebo.

Double standards in multinational research

Ruth Macklin

Ph.D. ruth.macklin@einstein.yu.edu – Albert Einstein College of Medicine, Bronx, New York, USA.

Resumo

Duplicidade de padrões na pesquisa multinacional

Continua a controvérsia sobre se um único padrão ético para a investigação biomédica deve prevalecer, ou se a duplicidade de padrões é aceitável com base no nível de recursos em um país ou comunidade. Exemplo dessa controvérsia é o uso de placebo em grupo-controle em ensaios clínicos. Uma parte argumenta que os controles de placebo são eticamente aceitáveis em contextos de poucos recursos, porque os sujeitos da pesquisa que recebem placebo não estão em pior situação do que se não estivessem no ensaio. Os opositores argumentam que não é ético negar um tratamento comprovadamente eficaz aos sujeitos da pesquisa, que estiver disponível em contextos de maiores recursos, de modo que o grupo-controle deveria incluir a intervenção comprovada. São fornecidos exemplos de pesquisas que geraram essa polêmica. Um segundo exemplo de controvérsia diz respeito ao acesso pós-ensaio para as intervenções que demonstraram ser eficazes em ensaio clínico. Alguns argumentam que os patrocinadores e governos anfitriões não têm qualquer responsabilidade de fornecer produtos cujo sucesso tenha sido comprovado na pesquisa e não façam parte do padrão local de cuidados. Os opositores afirmam que existe a obrigação de fornecer aos participantes que ainda precisam da intervenção os produtos que a pesquisa comprovou serem eficazes ao término do ensaio. Este artigo conclui que a duplicidade de padrões é eticamente inaceitável.

Palavras-chave: Investigação biomédica. Controles de placebo. Padrões éticos. Declaração de Helsinkí. Benefícios pós-teste.

Resumen

Duplicidad de estándares en la investigación multinacional

Continúa una controversia sobre si un único estándar ético para la investigación biomédica debe prevalecer, o si la duplicidad de estándares es aceptable con base en el nivel de recursos en un país o comunidad. Un ejemplo de esta controversia es el uso de placebos en un grupo-control en ensayos clínicos. Una parte sostiene que los controles de placebo son éticamente aceptables en contextos de escasos recursos, porque los sujetos de la investigación que reciben placebo no están en peor situación de que si no estuvieran en el ensayo. Los detractores argumentan que no es ético negar a los sujetos de la investigación tratamientos eficaces, comprobados que estén disponibles en contextos de mayores recursos, de manera que el grupo-control debería incluir la intervención probada. Se proporcionan ejemplos de investigaciones que generaron esta controversia. Un segundo ejemplo de una controversia dice relación al acceso posterior al ensayo a las intervenciones que demostraron ser eficaces en un ensayo clínico. Una parte sostiene que los patrocinadores y gobiernos anfitriones no tienen ninguna responsabilidad de ofrecer los productos de comprobado éxito de la investigación que no son parte de la norma local de cuidados. Los opositores afirman que existe la obligación de proveer productos de éxito de la investigación a los participantes que todavía necesitan de la intervención, cuando se haya completado el ensayo. Este artículo concluye que la duplicidad de estándares es éticamente inaceptable.

Palabras-clave: Investigación biomédica. Controles de placebo. Estándares éticos. Declaración de Helsinki. Beneficios post-test.

Abstract

Double standards in multinational research

A controversy continues over whether a single ethical standard for biomedical research should prevail, or whether double standards are acceptable based on the level of resources in a country or

community. An example of this controversy is the use of placebos in a control group in a clinical trial. One side argues that placebo controls are ethically acceptable in low-resource settings because the research subjects who receive placebo are no worse off than if they were not in the trial. Opponents argue that it is unethical to deny research subjects a proven, effective treatment that is available in high resource settings, so the control arm should include the proven intervention. Examples are provided of research that raised this controversy. A second example of a controversy relates to post-trial access to interventions shown to be effective in a clinical trial. One side argues that sponsors and host governments have no responsibility to provide successful products of research that are not part of the local standard of care. Opponents contend that an obligation exists to provide successful products of research to participants who still need the intervention when the trial is completed. This article concludes that double standards are ethically unacceptable.

Keywords: Biomedical research. Placebo controls. Ethical standards. Declaration of Helsinki. Post-trial benefits.

A proposal for an E³LS – ethical, environmental, economic, and social – approach to the regulation of nanomedicine

Johane Patenaude¹, Georges-A Legault²

1. Ph.D. *Johane.Patenaude@USherbrooke.ca* **2. Ph.D.** *Georges-Auguste.Legault@USherbrooke.ca* – Sherbrooke University, Sherbrooke, Québec, Canada.

Resumo

Uma proposta para uma abordagem ética, ambiental, econômica e social do E³LS do regulamento da nanomedicina

A tecnologia sempre foi criticada em decorrência de seus impactos sobre o modo como vivemos e sobre o meio ambiente. Mas a crise dos OGM levantou o véu sobre como a sociedade enfrenta os desafios da regulamentação de novas tecnologias em um mundo de mercado aberto. Como os OGM, a nanotecnologia deve assumir quatro desafios: o desafio democrático, o desafio regulamentar, o desafio interdisciplinar e o desafio de aceitabilidade social. Enfrentar esses desafios exige mudança nos paradigmas normativos da distinção vigente entre MSS (meio ambiente, saúde e segurança)/CELS (questões éticas, legais e sociais) para uma abordagem E³LS holística (impactos éticos, ambientais, econômicos, legais e sociais). A primeira parte deste capítulo irá definir a abordagem clássica de MSS/CELS e isolar as variáveis comparativas: fatos considerados, juízo de valor e o julgamento de aceitabilidade social. A segunda parte mostra as insuficiências dessa abordagem em questões como OGM e nanotecnologia. A terceira parte revela como uma perspectiva do E³LS é a resposta mais adequada às necessidades sociais. Mas uma mudança de paradigma requer aprendizagem social. Na conclusão são identificados três requisitos: renovação do contrato social entre ciência

e regulamento; revisitando a dicotomia fato/valor; revisitando a deliberação democrática.

Palavras-chave: Aceitabilidade social. Nanoética. Ciência reguladora. E³LS. Juízo de valor.

Resumen

Una propuesta para un enfoque ético, ambiental, económico y social E³LS del reglamento de la nanomedicina

La tecnología siempre tuvo sus críticos por causa de sus impactos sobre el modo como vivimos y sobre el medio ambiente. Pero la crisis de los OGM levantó el velo sobre como la sociedad enfrenta los desafíos de la regulación de nuevas tecnologías en un mundo con un mercado abierto. Como los OGM, la nanotecnología debe asumir cuatro desafíos: el desafío democrático, el desafío regulador, el desafío interdisciplinar y el desafío de aceptabilidad social. Enfrentar estos desafíos exige un cambio en los paradigmas normativos de la distinción vigente entre MSS (medio ambiente, salud y seguridad)/CELS (cuestiones éticas, legales y sociales) para un enfoque E³LS holístico (impactos éticos, ambientales, económicos, legales y sociales). La primera parte de este capítulo irá a definir el enfoque clásico de MSS/CELS y aislar las variables comparativas: hechos considerados, juicio de valor y la sentencia de aceptabilidad social. En la segunda parte, vamos a mostrar las insuficiencias de este enfoque en asuntos como OGM y nanotecnología. En la tercera parte, mostraremos como una perspectiva del E³LS es una respuesta más adecuada a las necesidades sociales. Pero un cambio de paradigma requiere de aprendizaje social. En conclusión identificaremos tres requisitos: renovación del contrato social entre ciencia y reglamento, revisando la dicotomía hecho/valor, revisando la deliberación democrática.

Palabras-clave: Aceptabilidad social. Nanoética. Ciencia reguladora. E³LS. Juicio de valor.

Abstract

A proposal for an E³LS – ethical, environmental, economic, and social – approach to the regulation of nanomedicine

Technology has always had its critics because of its impacts on the way we live and on the environment. But the GMO crisis lifted the veil on how society faces the challenges of regulating new technologies in an open market world. Like GMO, nanotechnology must take on four challenges: the democratic challenge, the regulatory challenge, the interdisciplinary challenge and the social acceptability challenge. To take these challenges requires a shift in the regulatory paradigms from the actual distinction between EHS (environmental, health and safety)/ELSI (ethical, legal and social issues) for a holistic E³LS (ethical, environmental, economical, legal and social impacts) approach. The first part of this chapter will set out the classical EHS/ELSI approach and isolate the comparative variables: facts considered, value judgment and the social acceptability judgment. In the second part, we will show the inadequacies of this approach in matters like GMO and nanotechnology. In the third part, we will show how an E³LS perspective is a more adequate answer to the social needs. But a paradigm shift requires social learning. In conclusion we will identify three requirements: renewing the social contract between science and regulation, revisiting the fact/value dichotomy, revisiting the democratic deliberation.

Keywords: Social acceptability. Nanoethics. regulative science. E³LS. Value judgment.

Las técnicas de reproducción asistida: aspectos bioéticos

José Carlos Abellán Salort

Doctor jose.abellan@urjc.es – Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España.

Resumo

As técnicas de reprodução assistida: aspectos bioéticos

As técnicas de reprodução humana assistida (TRHA) são uma alternativa biotecnológica para pessoas e casais com problemas de esterilidade e/ou fertilidade, mas apesar de sua boa finalidade trazem algumas dificuldades éticas. A disponibilidade de grandes quantidades de embriões congelados e a descoberta das potencialidades das células tronco para a futura medicina regenerativa faz com que se pratiquem as TRHA com uma nova finalidade (mudança *teleológica*): a pesquisa biomédica. Tratando-se de atividades humanas, realizadas em seres humanos, caberia uma análise e avaliação ética das TRHA, que deveria levar em consideração um pressuposto antropológico: todos os seres humanos, mesmo os embriões humanos precoces, são pessoas. Na dúvida, deveriam ser tratados como se o fossem, respeitando sua saúde, integridade física e dignidade pessoal (princípio bioético de *precaução*). As novas práticas e pesquisas biotecnológicas associadas à medicina reprodutiva parecem haver adotado função *eugênica*, que deve ser revisada à luz do princípio bioético do respeito incondicional à dignidade pessoal de todo indivíduo da espécie humana, à biodiversidade genética natural e aos direitos relativos à identidade e integridade genética do ser humano.

Palavras-chave: Reprodução assistida. Princípio de precaução. Embriões. Eugenia.

Resumen

Las técnicas de reproducción asistida: aspectos bioéticos

Las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA) son una alternativa biotecnológica para personas y parejas con problemas de esterilidad y/o fertilidad, que poseen un fin bueno, pero plantean algunas dificultades éticas. La disponibilidad de grandes cantidades de embriones congelados y el descubrimiento de las potencialidades de las células troncales para la futura medicina regenerativa hace que se practiquen las TRHA con una nueva finalidad (cambio *teleológico*): la investigación biomédica. Tratándose de actividades humanas, realizadas sobre seres humanos, cabe un análisis y evaluación ética de las TRHA, que debería tomar en consideración un presupuesto antropológico: Todos los seres humanos, también los embriones humanos precoces son personas. En la duda, debería tratárseles como si lo fueran, respetando su salud, integridad física y dignidad personal (principio bioético de *precaución*). Las nuevas prácticas e investigaciones biotecnológicas asociadas a la medicina reproductiva parecen haber adoptado una deriva *eugenésica*, que debe ser revisada a la luz del principio bioético de respeto incondicional a la dignidad personal de todo individuo de la especie humana, a la biodiversidad genética natural, y a los derechos relativos a la identidad e integridad genética del ser humano.

Palabras-clave: Reproducción asistida. Principio de precaución. Embriones. Eugenesia.

Abstract

Assisted reproduction techniques: bioethical aspects

Assisted human reproduction techniques (AHRT) are a biotechnology alternative for individuals and couples with infertility problems and/or fertility, having a good purpose, but raise some ethical difficulties. The availability of large amounts of frozen embryos and the discovery of the potentiality of stem cells for future regenerative medicine makes AHRT be practiced with a new purpose (*teleological* change): Biomedical research. Due they are

human activities, conducted on human beings, it is recommended to make an ethical analysis and evaluation of AHRT, which should take into account an anthropological assumption: All human beings, also early human embryos are persons. When in doubt, they should be treated as if they were, showing respect for their health, physical integrity and personal dignity (bioethical principle of *caution*). The new biotechnological practices and researches associated with reproductive medicine seem to have adopted a *eugenic* drift, that should be reviewed in light of the bioethical principle of unconditional respect for the personal dignity of every individual of the human species, the natural genetic biodiversity, and rights relating to the genetic identity and integrity of human beings.

Keywords: Assisted reproduction. Precautionary principle. Embryos. Eugenics.

Ética entre desejáveis e indesejáveis do admirável mundo novo e do fenomenal mundo selvagem

Livia Maria Armentano Koenigstein Zago

Livre-docente liviazago@terra.com.br – Professora aposentada da Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo- EACH-USP, São Paulo/SP, Brasil.

Resumo

O utópico livro *Admirável mundo novo*, de Aldous Huxley, sempre me cativou. Com o imenso desenvolvimento da ciência e da tecnologia e a imposição de novos preceitos éticos e do surgimento da bioética, ficou claro, no meu sentir, que a utopia romanceada nos idos de 1930 se realizou e, com ela, fomos afrontados com imensa insegurança moral. A comparação entre a Utopia, assim denominado o moderno mundo criado pela Ciência e o Mundo Selvagem, com seus males e mazelas, do *Admirável mundo novo* de Huxley, com nosso mundo atual, composto do que conviemos chamar “Nosso admirável mundo novo” e “Fenomenal mundo selvagem”, conduziu a que encontrássemos forte similaridade entre os dois mundos: o utópico e o real. Demonstramos essa similaridade com o auxílio do pensamento e reflexões do filósofo e jurista Ronald Dworkin, sobretudo em sua obra *A virtude soberana. A teoria e a prática da igualdade*. A seguir, destacamos os pontos positivos e negativos de ambos. Ao final, buscamos encontrar o mínimo ético indispensável universal, que harmonize o *Admirável mundo novo* com o “Fenomenal mundo selvagem”, mínimo ético que concilie preceitos universais comuns desejáveis e rejeite os indesejáveis.

Palavras-chave: Ser humano. Ciências. Tecnologia. Ética. Direito. Desenvolvimento.

Resumen

Ética entre deseables e indeseables del mundo feliz y del fenomenal mundo salvaje

El utópico libro *Un mundo feliz* de Aldous Huxley, siempre me cautivó. Con el inmenso desarrollo de la ciencia y de la tecnología y la imposición de nuevos preceptos éticos y de la aparición de la bioética, estaba claro, en mi experiencia, que la utopía romanceada de los ya pasados 1930 se llevó a cabo y, con ella, nos hemos encontrado ante una inmensa incertidumbre moral. La comparación entre la Utopía, así llamado el mundo moderno creado por la Ciencia y el Mundo Salvaje, con sus males y sus sufrimientos, *Un mundo feliz* de Huxley, con nuestro mundo actual, compuesto por lo que convenimos en llamar “Nuestro mundo feliz” y “Fenomenal mundo salvaje” nos ha llevado a encontrar una fuerte similitud entre los dos mundos: el utópico y el real. Demostramos esta similitud con la ayuda del pensamiento y las reflexiones del filósofo y jurista Ronald Dworkin, especialmente en su trabajo en *La virtud soberana. La teoría y la práctica de la igualdad*. Después, destacamos los aspectos positivos y negativos de ambos. Al final, buscamos encontrar el mínimo ético indispensable universal, que armonice el *Un mundo feliz* con el “Fenomenal mundo salvaje”, mínimo ético que concilie preceptos universales comunes deseables y rechace los indeseables.

Palabras-clave: Ser humano. Ciencias. Tecnología. Ética. Derecho. Desarrollo.

Abstract

Ethics between desirables and undesirables of the brave new world and of the phenomenal wild world

The utopian book *Brave new world* by Aldous Huxley, has always captivated me. With the immense development of science and technology and the imposition of new ethical precepts and of the emergence of bioethics, it became clear, in my feeling, that romanticized utopia back in 1930 took place and with it, we were

affronted with an immense moral uncertainty. The comparison between the Utopia, the so-called modern world created by the Science and the Wild World, with its evils and its woes, of the *Brave new world* by Huxley, with our present world, composed of that we agreed to call "Our brave new world" and "Phenomenal wild world", led us to find a strong similarity between the two worlds: the real and the utopian. We demonstrated this similarity with the aid of thought and reflections of the philosopher and jurist Ronald Dworkin, especially in his work on *The sovereign virtue. Theory and practice of equality*. After that, we highlight the positives and negatives points of both. At the end we seek to find the indispensable universal ethical minimum, which harmonizes the *Brave new world* with the "Phenomenal wild world", ethical minimum that reconciles desirable common universal precepts and reject undesirable.

Keywords: Human being. Sciences. Technology. Ethics. Law. Development.

Bioética, biopolítica e a sociedade contemporânea

Maria do Céu Patrão Neves

Professora catedrática *patrao@uac.pt* – *Universidade dos Açores, Ponta Delgada, Portugal.*

Resumo

Deter-me-ei sobre as realidades propostas – sociedade, bioética, biopolítica –, atendendo à redefinição do estatuto e o papel da bioética. A minha tese será a de que a sociedade contemporânea está marcada por paradoxos que colocam em causa os pressupostos sobre os quais tem evoluído e questionam o seu desenvolvimento futuro. Refiro-me, numa perspectiva moral, à crescente inquietação moral numa sociedade que desconfia cada vez mais de toda a moral; refiro-me, numa perspectiva política, à crescente agitação política em sociedades cada vez mais democráticas. Sublinharei que a bioética emergiu na esteira desta perspectiva moral e que se tem de exercer no contexto político actual da sociedade contemporânea. Ontem, a bioética, enquanto ética aplicada, apresentava-se como nova expressão do dever, através do que respondia ao primeiro paradoxo; hoje, assumindo-se como uma ética cívica, enfrenta o desafio de se manter fiel ao sentido de dever e de continuar a exprimir os interesses da maioria dos cidadãos. Só assim responderá ao segundo paradoxo. E é no plano social que a biopolítica surge, podendo desempenhar diferentes papéis: num plano nacional, corre-se o risco da biopolítica substituir a bioética; num plano internacional, corre-se o risco de se permanecer ao nível da bioética sem exigir uma biopolítica.

Palavras-chave: Bioética. Biodireito. Biopolítica. Sociedade contemporânea.

Resumen

Bioética, biopolítica y la sociedad contemporánea

Me detendré en las realidades propuestas – sociedad, bioética, biopolítica – teniendo en cuenta la redefinición del estatuto y el papel de la bioética. Mi tesis es que la sociedad contemporánea está marcada por paradojas que ponen en tela de juicio los presupuestos sobre los cuales ha evolucionado y cuestionan su desarrollo futuro. Es decir, en una perspectiva moral, el creciente malestar moral en una sociedad que cada vez más sospecha de toda la moral; Es decir, en una perspectiva política, la creciente agitación política en sociedades cada vez más democráticas. Permítame subrayar que la bioética emergió a la luz de esta perspectiva moral y debe ser ejercida en el contexto político actual de la sociedad contemporánea. Ayer, la bioética, como ética aplicada, se presentaba como una nueva expresión del deber, a través de lo cual contestaba a la primera paradoja; Hoy, asumiéndose como una ética cívica, enfrenta el reto de mantenerse fiel al sentido del deber y de continuar expresando los intereses de la mayoría de los ciudadanos. Sólo de esta manera responderá a la segunda paradoja. Y es en el plano social que la biopolítica surge, pudiendo desempeñar diversos papeles: en un plano nacional, hay un riesgo de que la biopolítica reemplace a la bioética; en un plano internacional, existe un riesgo de que se permanezca al nivel de la bioética sin requerir una biopolítica.

Palabras-clave: Bioética. Bioderecho. Biopolítica. Sociedad contemporánea.

Abstract

Bioethics, biopolitics and contemporary society

I will discuss the proposed realities – society, bioethics, biopolitics – in view of the redefinition of the statute and role of bioethics. My thesis will be that contemporary society is marked by paradoxes that call into question the assumptions on which it has evolved and question its future development. I mean, from a moral perspective, the growing moral unrest in a society that increasingly

suspicious of all morality; I mean, from a political perspective, the growing political unrest in increasingly democratic societies. I will underline that bioethics emerged in the wake of this moral perspective and it should be exercised in the current political context of contemporary society. Yesterday, bioethics, as applied ethics, presented itself as a new expression of duty, through what responded to the first paradox; Today, taking as a civic ethics, faces the challenge of staying true to the sense of duty and continue to voice the interests of most citizens. Only then it will respond to the second paradox. And it is in the social sphere that biopolitics emerges, and may play different roles: in a national sphere, it runs the risk of biopolitics may substitute bioethics; in an international level, it runs the risk of remaining at the level of bioethics without requiring biopolitics.

Keywords: Bioethics. Biolaw. Biopolitics. Contemporary society.

A relação entre ética e política na hipermodernidade: uma transição paradigmática no campo dos valores?

Fermin Roland Schramm

Doutor *rolandschram@yahoo.com.br* – Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp), Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

Resumo

Neste texto será abordada a pergunta se a relação entre ética e política possui identidade específica na assim chamada “hipermodernidade”, ao ponto de constituir novo paradigma ou, pelo menos, uma transição paradigmática no campo dos valores, capaz de nortear as inter-relações entre indivíduos, comunidades e entre a população, os governos e o Estado em nossas sociedades democráticas e pluralistas. As respostas a essa pergunta podem ser positivas ou negativas. Positivas se considerarmos a prática dos movimentos sociais atuais que exigem, de seus estados e governantes, novas posturas políticas e de relação com valores, ou seja, políticas públicas razoáveis e responsáveis, inscritas na cultura dos direitos humanos, que permitam a realização da justiça social, inclusive a proteção dos cidadãos mais vulneráveis (ou vulnerados). Mas a resposta pode ser negativa se considerarmos os possíveis impactos negativos da “hiper crise” global atual, que, desde a assim chamada “crise financeira” aberta em 2008, vem sendo acompanhada de políticas públicas de austeridade e desconstrução do Estado de Bem-Estar, que implicam no corte dos direitos e serviços sociais, considerados indispensáveis para garantir qualidade de vida pelo menos decente para todos.

Palavras-chave: Ética. Política. Modernidade. Pós-modernidade. Hipermodernidade. Transição paradigmática.

Resumen

La relación entre ética y política en la hipermodernidad: ¿una transición paradigmática en el campo de los valores?

En este texto será abordada la cuestión de si la relación entre ética y política tiene identidad específica en la denominada “hipermodernidad”, hasta el punto de constituir un nuevo paradigma o, al menos, una transición paradigmática en el campo de los valores, capaz de guiar las interrelaciones entre los individuos, las comunidades y entre la población, los gobiernos y el Estado de nuestras sociedades democráticas y pluralistas. Las respuestas a esta pregunta pueden ser positivas o negativas. Positivas si consideramos la práctica de los movimientos sociales actuales que requieren, de sus estados y gobernantes, nuevas posturas políticas, y relaciones con valores; en otras palabras, políticas públicas razonables y responsables, inscritas en la cultura de los Derechos Humanos y que permitan el logro de la justicia social, incluida la protección de los ciudadanos más vulnerables (o vulnerados). Pero la respuesta puede ser negativa si tenemos en cuenta los posibles impactos negativos de la actual “hipercrisis” mundial, que, desde la llamada “crisis financiera”, inaugurada en 2008, ha ido acompañada de políticas públicas de austeridad y de la deconstrucción del Estado del Bienestar, que implican en el corte de los derechos sociales y de los servicios sociales, considerados indispensables para asegurar calidad de vida por lo menos decente para todos.

Palabras-clave: Ética. Política. Modernidad. Posmodernidad. Hipermodernidad. Transición paradigmática.

Abstract

The relationship between ethics and politics in hypermodernity: A paradigmatic transition in the field of values?

In this text will be addressed the question whether the relationship between ethics and politics has a specific identity in the so-called “hypermodernity”, that they constitute a new paradigm, or at least a paradigmatic transition in the field of values, able to guide

the interrelationships between individuals, communities and among the population, the governments and the State in our democratic and pluralistic societies. The answers to this question can be positive or negative. Positive if we consider the current practice of social movements that require of their States and governments, new political positions and engage with the values; ie, reasonable and responsible public policies, entered in the culture of human rights and that they allow the achievement of social justice, including the protection of the most vulnerable (or violated) citizens. But the answer may be negative if we consider the possible negative impacts of the current global “hypercrisis” that, since the so-called “financial crisis” open in 2008, has been accompanied by public policies of austerity and deconstruction of the Welfare State, involving the disrupting of social rights and social services, considered essential to ensuring quality of life at least decent for all.

Keywords: Ethics. Politics. Modernity. Post-modernity. Hypermodernity. Paradigmatic transition.

Biopolítica y gestión de los cuerpos

María Cristina Solange Donda

Lic. solangedonda@yahoo.com.ar – Universidad Nacional de Córdoba/Córdoba, Argentina.

Resumo

Biopolítica e gestão dos corpos

O “corpo” tem sido compreendido de diversas maneiras, em diferentes contextos históricos e desde as mais variadas perspectivas culturais. Esquecido, reprimido, negado ou exaltado tem ocupado lugar de privilégio na história do pensamento humano como instrumento e objeto de indagação e intervenção. Nesse sentido, a proposta consiste em pensar o “corpo” como o “lugar” de um jogo complexo com a lei, com os mecanismos histórico-políticos que garantem seu controle; como campo estratégico de mecanismos de poder individualizantes e totalizantes ao mesmo tempo; em suma, o “corpo” e seus modos de pertença individual e social. A tarefa consiste, então, em investigar como nesses espaços de normalização pode estabelecer-se a correlação entre práticas discursivas e extradiscursivas por meio das quais se produz a criação do corpo como matéria de indagação e intervenção; como essas práticas “fabricam” sujeitos, ao mesmo tempo que delimitam um modo particular de percepção de si em relação com o próprio corpo mediante as práticas às quais os indivíduos podem ser induzidos.

Palavras-chave: Corpo. Norma. Lei. Sujeito. Subjetividade. Biopolítica. Tecnologias.

Resumen

Biopolítica y gestión de los cuerpos

El “cuerpo” ha sido comprendido de muy diversos modos, en diferentes contextos históricos y desde las más variadas perspectivas culturales. Olvidado, reprimido, negado o exaltado ha ocupado un

lugar de privilegio en la historia del pensamiento humano como instrumento y objeto de indagación e intervención. En tal sentido, la propuesta consiste en pensar el “cuerpo” como el “lugar” de un juego complejo con la ley, con los mecanismos histórico-políticos que aseguran su control; como campo estratégico de mecanismos de poder individualizantes y totalizantes a la vez; en suma, el “cuerpo” y sus modos de pertenencia individual y social. La tarea consiste, entonces, en investigar cómo en esos espacios de normalización puede establecerse la correlación entre prácticas discursivas y extradiscursivas a través de las cuales se produce la creación del cuerpo como materia de indagación e intervención; cómo tales prácticas “fabrican” sujetos, a la vez que delimitan un modo particular de percepción de sí en relación con el propio cuerpo a través de las prácticas a las que los individuos pueden ser inducidos.

Palabras-clave: Cuerpo. Norma. Ley. Sujeto. Subjetividad. Biopolítica. Tecnologías.

Abstract

Biopolitics and management of bodies

The “body” has been understood in many different ways, in different historical contexts and from the most varied cultural perspectives. Forgotten, repressed, denied or exalted has occupied a privileged place in the history of human thinking as an instrument and object of investigation and intervention. In this sense, the proposal consists in considering the “body” as the “place” of a complex game with the law, with historical and political mechanisms that ensure its control; as a strategic field of individualizing and totalizing power mechanisms at the same time; in sum, the “body” and their individual and social way of belonging. The task, then, is to investigate how in those spaces of normalization can be set the correlation between extra-discursive and discursive practices through which occurs the creation of the body as a subject of inquiry and intervention; how such practices “manufacture” subjects, and at the same time they delimit a particular

mode of perception of the self in relation to the own body through practices that individuals can be induced.

Keywords: Body. Norm. Law. Subject. Subjectivity. Biopolitics. Technologies.

Educação, complexidade e ética da diversidade

Maria da Conceição de Almeida

Doutora *calmeida17@hotmail.com* – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, Brasil.

Resumo

Marcada pela fragmentação das áreas de conhecimento, a educação formal tem consagrado a distinção e a incomunicabilidade entre as ciências da matéria, as ciências da vida e as ciências do homem. Esse paradigma dificulta a compreensão da complexa dinâmica que move os fenômenos e religa domínios diversos do mundo. Por meio de cientistas e pensadores que defendem uma ecologia de saberes e a superação das fronteiras disciplinares (Edgar Morin, Ilya Prigorine, Henri Atlan, Claude Lévi Strauss, entre outros) o capítulo apresenta as bases para uma ética complexa e propõe uma educação comprometida com os princípios da diversidade.

Palavras-chave: Educação. Ética complexa. Diversidade.

Resumen

Educación, complejidad y ética de la diversidad

Marcada por la fragmentación de las áreas del conocimiento, la educación formal ha consagrado la distinción y la incomunicabilidad entre las Ciencias de la materia, las Ciencias de la vida y las Ciencias del hombre. Este paradigma hace difícil comprender la compleja dinámica que mueve los fenómenos y vuelve a enlazar los dominios distintos de mundo. A través de los científicos y pensadores que abogan por una ecología de saberes y la superación de las fronteras disciplinarias (Edgar Morin, Ilya Prigorine, Henri Atlan, Claude Lévi-Strauss, entre otros) el capítulo presenta las bases para una ética compleja y propone una educación comprometida con los principios de la diversidad.

Palabras-clave: Educación. Ética compleja. Diversidad.

Abstract

Education, complexity and ethics of diversity

Marked by fragmentation of areas of knowledge, formal education has enshrined the distinction and the communication gaps between sciences of matter, sciences of life and sciences of man. This paradigm makes it difficult to understand the complex dynamic that moves the phenomena and reconnects several fields of the world. By scientists and thinkers who advocate an ecology of knowledge and the overcoming of disciplinary boundaries (Edgar Morin, Ilya Prigorine, Henri Atlan, Claude Levi Strauss, among others) the chapter presents the basis for a complex ethical and proposes a compromised education with principles of diversity.

Keywords: Education. Complex ethical. Diversity.

La deliberación como método de la bioética

Diego Gracia

MD, Ph.D. *dgracia@fcs.es* – *Profesor emérito de Historia de la Medicina y Bioética, Facultad de Medicina Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.*

Resumo

A deliberação como método da bioética

A deliberação é um procedimento de tomada de decisões. Não é o único. Em certas ciências, como a matemática, o método que se utiliza é a demonstração, que nos permite dizer com segurança que a solução de um problema é verdadeira e que todas as outras soluções possíveis são falsas. Mas, no que é chamado 'racionalidade prática', a demonstração é impossível, e é necessário utilizar outro método. Tal método é a 'deliberação', que não nos diz se as soluções de um problema são verdadeiras ou falsas, somente se são prudentes ou imprudentes. Este é o tipo de racionalidade usual em medicina e também em ética, daí a importância de conhecer suas características e funcionamento com precisão.

Palavras-chave: Bioética. Tomada de decisões.

Resumen

La deliberación como método de la bioética

La deliberación es un procedimiento de toma de decisiones. No es el único. En ciertas ciencias, como la matemática, el método que se utiliza es la "demostración", que nos permite decir con seguridad que la solución de un problema es verdadera y que todas las otras soluciones posibles son falsas. Pero en el orden del llamado "razonamiento práctico", la demostración resulta imposible y es necesario utilizar otro método. Este es la "deliberación", que no nos dice si las soluciones a un problema son verdaderas o falsas, sino

si son prudentes o imprudentes. Este es el tipo de razonamiento usual en medicina y también en ética. De ahí la importancia de conocer sus características y funcionamiento con precisión.

Palabras-clave: Bioética. Toma de decisiones.

Abstract

Deliberation as a method of bioethics

Deliberation is a decision-making procedure. It is not the only one. In certain sciences, such as mathematics, the method used is the “demonstration, which allows us to say with certainty that the solution of a problem is real and that all other possible solutions are false. But in the order of the so-called “practical reasoning”, the demonstration is impossible and is necessary to use another physician. This is the “deliberation”, which does not tell us whether the solutions to a problem are true or false, but if they are prudent or imprudent. This is the kind of usual reasoning in medicine and ethics. Hence the importance of knowing their characteristics and performance accurately.

Keywords: Bioethics. Decision making.

Ethical deliberation for bioethics: capacitating ethical reasoning in the classroom

Georges-A. Legault

PH.D. *Georges-Auguste.Legault@USherbrooke.ca* – Faculty of Law, Sherbrooke, Québec, Canada.

Resumo

Deliberação ética para a bioética: capacitar o raciocínio ético na sala de aula

Como podemos ensinar ética aos profissionais de saúde? Que capacidades éticas devemos desenvolver em sala de aula? Este artigo aborda essas questões primeiramente distinguindo a abordagem tradicional baseada na norma do ensino de ética da abordagem baseada em valores no raciocínio ético. A abordagem baseada na norma tem como objetivo o raciocínio prático quando a tomada de decisão está centrada, basicamente, no cumprimento da norma, isto é, como aplicar uma norma em determinado contexto. A abordagem baseada em valores visa orientar complexos processos da tomada de decisões na prática clínica por meio da avaliação das consequências de nossas ações para todos os envolvidos. O capítulo detalha passo a passo um modelo de deliberação ética. A capacitação sobre deliberação ética envolve quatro operações: compreender as consequências de nossa decisão para todas as partes envolvidas; fazer juízos de valor sobre cada consequência identificada; ponderar os juízos de valor em conflito e; assegurar o diálogo com as partes envolvidas. Com desenvolvimento das capacidades de deliberação e diálogo éticos, os futuros profissionais de saúde serão capazes de lidar com a complexidade da prática clínica, particularmente onde as leis e normas não proporcionam um claro guia para ação.

Palavras-chave: Ética clínica. Raciocínio ético. Ética baseada na norma. Ética baseada em valores. Deliberação ética.

Resumen

Deliberación ética para la bioética: capacitar el razonamiento ético en el aula

¿Cómo podemos enseñar ética a los profesionales de la salud? ¿Qué capacidades éticas deberíamos desarrollar en el aula? Este capítulo aborda estos temas primero distinguiendo el enfoque tradicional basado en la norma de la enseñanza de ética del enfoque basado en valores en el razonamiento ético. El enfoque basado en normas tiene como objetivo el razonamiento práctico implicado cuando la toma de decisiones está centrada básicamente en el cumplimiento de una norma, o sea, cómo aplicar una norma en un contexto determinado. El enfoque basado en valores pretende orientar el complejo proceso de toma de decisiones en la práctica clínica mediante la evaluación de las consecuencias de nuestras acciones en todos los involucrados. O capítulo detalla un modelo de deliberación ética paso a paso. La formación sobre deliberación ética implica cuatro operaciones: comprender las consecuencias de nuestra decisión en todas las partes involucradas, hacer juicios de valor sobre cada consecuencia identificada, ponderar los juicios de valor en conflicto y asegurar el diálogo con las partes involucradas. A través del desarrollo de las capacidades para la deliberación y diálogo éticos, los futuros profesionales de la salud serán capaces de hacer frente a la complejidad de la práctica clínica, especialmente donde las leyes y reglamentos no proporcionan una guía clara para la acción.

Palabras-clave: Ética clínica. Razonamiento ético. Ética basada en la norma. Ética basada en valores. Deliberación ética.

Abstract

Ethical deliberation for bioethics: capacitating ethical reasoning in the classroom

How can we teach ethics to health-care professionals? What ethical capacities should we develop in the classroom? This chapter addresses these questions by first distinguishing traditional norm-based approach in teaching ethics from value-based approach

ch in ethical reasoning. Norm-based approach aims the practical reasoning implied when decision-making is centered on compliance to a norm basically, how to apply a norm in a particular context. Value-based approach aims to guide complex decision making in clinical practice by evaluation the consequences of our action on all parties. The core of the chapter details step by step a model of ethical deliberation. Capacitating ethical deliberation involves four operations: understanding the consequences of our decision on all the parties involved, making value judgments on each consequence identified, weighting the value judgments in conflict and assuring the dialogue with the parties involved. By developing the capacities of ethical deliberation and dialogue, the future health-care professionals shall be able to cope with the complexity of clinical practice particularly where laws and norms do not give a clear guide for action.

Keywords: Clinical ethics. Ethical reasoning. Norm-based ethics. Value-based ethics. Ethical deliberation.

Movements and movies in bioethics: The use of theatre and cinema in teaching bioethics

Jan Helge Solbakk

Ph.D. j.h.solbakk@medisin.uio.no – Centre for Medical Ethics, Faculty of Medicine, University of Oslo. Oslo, Norway.

Resumo

Movimentos e filmes em bioética: o uso do teatro e cinema no ensino de bioética

Este capítulo tem cinco objetivos. Primeiro, abordar os recursos didáticos e pontos fortes das formas de comunicação em comparação com o uso da forma da prosa filosófica no ensino de bioética. Segundo, discutir como os professores de bioética devem proceder didaticamente para fazer com que os alunos se beneficiem moralmente a partir do seu ensino. Terceiro, demonstrar como os distintos papéis do teatro, espetáculos e filmes podem ser usados didaticamente para promover um tipo de aprendizagem moral que não se limita a fornecer aos alunos conhecimento sobre teorias e princípios éticos, mas que também engaja seus apetites morais, crenças, emoções e desejos. Quarto lugar, propor uma metodologia para selecionar os papéis relevantes do teatro, espetáculos e filmes. Finalmente, sugerir uma metodologia moral de análise e aprendizagem catártica de tais narrativas.

Palavras-chave: Catarse. Comédia. Medo. Riso. Pena. Ridículo. Tragédia.

Resumen

Movimientos y películas en la bioética: El uso del teatro y cine en la enseñanza de la bioética

Este capítulo tiene cinco objetivos. En primer lugar, abordar los recursos educativos y las fortalezas de las formas de comunicación en comparación con el uso de la forma de la prosa filosófica en

la enseñanza de bioética. En segundo lugar, discutir cómo los profesores de bioética deben proceder didácticamente para hacer que los estudiantes se beneficien moralmente a partir de su enseñanza. En tercer lugar, el objetivo es demostrar cómo los diferentes roles del teatro, espectáculos y películas se pueden utilizar didácticamente para promover un tipo de aprendizaje moral que no se limita a proporcionar a los estudiantes conocimientos sobre las teorías y principios éticos, sino que compromete sus apetitos morales, creencias, emociones y deseos también. En cuarto lugar, se propondrá una metodología para seleccionar los roles relevantes del teatro, espectáculos y películas. Por último, será sugerida una metodología moral de análisis y aprendizaje catárticos de tales relatos.

Palabras-clave: Catarsis. Comedia. Miedo. Risa. Pena. Ridículo. Tragedia.

Abstract

Movements and movies in bioethics: The use of theatre and cinema in teaching bioethics

This chapter has five aims. First, to address the didactic assets and strengths of the dialogue form compared to the use of the philosophical prose form in teaching bioethics. Second, to discuss how teachers of bioethics should proceed didactically to make students benefit morally from their teaching. Third, the aim is to demonstrate how bits and parts of theatre plays and movies may be used didactically to promote a kind of moral learning that is not confined to providing students with knowledge about ethical theories and principles, but engages their moral appetites, beliefs, emotions and desires as well. Fourth, a methodology for selecting relevant bits and parts of theatre plays and movies will be proposed. Finally, a moral methodology of cathartic analysis and learning of such narratives will be suggested.

Keywords: *Catharsis*. Comedy. Fear. Laughter. Pity. Ridicule. Tragedy.

The future of bioethics education

Henk ten Have

MD, Ph.D. *tenhaveh@duq.edu* – Center for Healthcare Ethics,
Duquesne University.

Resumo

O futuro do ensino de bioética

O ensino de bioética tem se desenvolvido rapidamente ao longo das últimas décadas. Começando na década de 70 no currículo da graduação médica na América do Norte, se expandiu para o ensino clínico, residência e programas de pós-graduação, bem como em programas de educação para outros profissionais de saúde e cientistas. A bioética é agora parte do currículo médico, particularmente na maioria dos países ocidentais. Atualmente, são realizados esforços especiais para promover o ensino de bioética em outras regiões do mundo. Este capítulo discute o crescimento do ensino da bioética e seu alcance mundial hoje em dia. Analisa controvérsias sobre as melhores maneiras de ensinar a bioética, nomeadamente sobre os objetivos de tal ensinamento, os métodos de ensino, o conteúdo dos programas e a avaliação dos esforços de ensino. Há controvérsias que, na verdade, emergem de duas diferentes filosofias do ensino da bioética, ou seja, uma visão modesta que destaca a missão do ensino da bioética em termos de habilidades analíticas e uma visão mais ampla que enfatiza a necessidade de formar profissionais e cientistas da saúde virtuosos. O capítulo finalmente se referirá aos debates sobre o ensino da bioética para consultas mais fundamentais relacionadas com a educação em geral.

Palavras-chave: Bioética. Educação. Ética.

Resumen

El futuro de la enseñanza de la bioética

La enseñanza de la bioética se ha desarrollado rápidamente en los últimos decenios. A partir de la década de 70 en el currículo de la licenciatura médica en América del Norte, ésta se expandió hacia la educación clínica, residencia y posgrado, así como en programas de educación para otros profesionales de la salud y científicos. La bioética ahora es parte del plan de estudios médico, particularmente en la mayoría de los países occidentales. Actualmente se hacen esfuerzos especiales para promover la enseñanza de la bioética en otras regiones del mundo. Este capítulo analiza el crecimiento de la enseñanza de la bioética y su alcance global hoy en día. Examina las controversias sobre las mejores maneras de enseñar la bioética, en particular sobre los objetivos de dicha enseñanza, los métodos de enseñanza, el contenido de los programas y la evaluación de los esfuerzos educativos. Algunas controversias, de hecho, han emergido de dos filosofías distintas de la enseñanza de la bioética, es decir, una modesta visión que destaca la misión de enseñar bioética en términos de habilidades analíticas y una visión más amplia que enfatiza la necesidad de formar profesionales y científicos de la salud virtuosos. Finalmente el capítulo se refiere a los debates sobre la enseñanza de la bioética para consultas más fundamentales relacionadas con la educación en general.

Palabras-clave: Bioética. Educación. Ética.

Abstract

The future of bioethics education

Bioethics education has rapidly developed over the last few decades. Starting in the 1970s in the undergraduate medical curriculum in North America, it expanded into clinical education, residency training and postgraduate programs as well as in education programs for other health professionals and scientists. Bioethics is now part of the medical curriculum in most, particularly Western, countries. Special efforts are currently made

to promote bioethics education in other regions of the world. This chapter discusses the growth of bioethics education and its global outreach today. It analyzes controversies about the best ways to teach bioethics, particularly regarding objectives of such teaching, the teaching methods, the content of programs, and the assessment of teaching efforts. Controversies actually emerge from two different philosophies of bioethics education, i.e. a modest view that highlights the mission of bioethics education in terms of analytical skills, and a broader view that emphasizes the need to create virtuous health professionals and scientists. The chapter will finally relate the debates on bioethics education to more fundamental queries regarding education in general.

Keywords: Bioethics. Education. Ethics.

Neuroética. ¿Es posible fundamentar una ética universal sobre bases cerebrales?

Adela Cortina

Ph.D. adela.cortina@uv.es – Universidade de Valência. Valência/Espanha.

Resumo

Neuroética: é possível fundamentar uma ética universal sobre bases cerebrais?

Partindo de discussão acerca da possibilidade de definir uma ética universal a partir de bases neuroéticas, o capítulo discorre sobre as descobertas na área da neuroética, incluindo as técnicas de neuroimagem, pondera acerca de casos reais e aponta a diferença entre “ser” e “dever ser”, indicando que os estudiosos da neuroética chegam a propor que as descobertas nessa área poderiam levar à reavaliação de nossos valores morais e concepções, sugerindo, ademais, que poder-se-ia desenhar uma filosofia de vida baseada no cérebro. Mesmo reconhecendo a importância das descobertas em neuroética, o capítulo considera a seguir o papel das emoções na formulação de juízos morais e questiona, por fim, quais critérios definem o “bem” e o “mal”, ou por quais razões consideramos alguns juízos corretos e outros incorretos, ponderando que as bases cerebrais são necessárias para que haja uma conduta moral, mas não são suficientes para explicá-la, indicando que essa tarefa cabe aos critérios morais que procedem das teorias filosóficas.

Palavras-chave: Ética. Neuroética. Critérios morais. Teoria filosófica.

Resumen

Neuroética. ¿Es posible fundamentar una ética universal sobre bases cerebrales?

Partiendo del debate acerca de la posibilidad de definir una ética universal a partir de bases neuroéticas, el capítulo se explaya sobre los descubrimientos en el área de la neuroética, incluyendo las técnicas de neuroimagen, y ponderando acerca de casos

reales apunta la diferencia entre “ser” y “deber ser”, indicando que los estudiosos de la neuroética llegan a plantear que los descubrimientos en esa área podrían conducir a la reevaluación de nuestros valores morales y concepciones, sugiriendo, además que se podría diseñar una filosofía de vida basada en el cerebro. Aun reconociendo la importancia de los descubrimientos en neuroética, el capítulo considera a continuación el papel de las emociones en la formulación de juicios morales y cuestiona, finalmente, cuales son los criterios que definen el “bien” y el “mal”, o por que razones consideramos algunos juicios correctos y otros incorrectos, ponderando que las bases cerebrales son necesarias para que haya una conducta moral, pero no son suficientes para explicarla, indicando que esta tarea cabe a los criterios morales que proceden de las teorías filosóficas.

Palabras-clave: Ética. Neuroética. Criterios morales. Teoría filosófica.

Abstract

Neuroethics. Is it possible to substantiate an universal ethics on cerebral basis?

Starting with the discussion about the possibility to define an universal ethics from neuroethical basis, the chapter discusses the findings in the area of Neuroethics, including neuroimaging techniques, and pondering about real cases shows the difference between “being” and “what should be”, indicating that neuroethics scholars even propose that the findings in this area could lead to the revaluation of our moral values and conceptions, suggesting moreover it could be designed a philosophy of life based on the brain. Even recognizing the importance of findings in Neuroethics, the chapter then considers the role of emotions in the formulation of moral judgments and questions, finally, what criteria define “good” and “evil”, or the reasons why we consider some judgments correct and other incorrect, pondering that the cerebral bases are needed so that there is a moral conduct, but they are not enough to explain it, indicating that this is the task of moral criteria that arise from philosophical theories.

Keywords: Ethics. Neuroethics. Moral criteria. Philosophical theory.

Bioética: saúde, pesquisa, educação

Organizadores

Dora Porto. Doutora *doraporto@gmail.com* – Conselho Federal de Medicina, Faculdade do Gama, Universidade de Brasília (UnB). Gama/DF, Brasil.

Bruno Rodolfo Schlemper Junior. Doutor *schlemper.junior@gmail.com* – Universidade do Oeste de Santa Catarina (Unoesc). Joaçaba/SC, Brasil.

Gerson Zafalon Martins. Especialista *gerson@portalmedico.org.br* – Conselho Federal de Medicina/Sociedade Brasileira de Bioética. Curitiba/PR, Brasil.

Thiago R. da Cunha. Doutorando *caixadothiago@gmail.com* – Conselho Federal de Medicina, PPGBioética/Cátedra Unesco de Bioética, Universidade de Brasília (UnB). Brasília/DF, Brasil.

Fernando Hellmann. Mestre *hellmann.fernando@gmail.com* – Comitê de Ética em Pesquisa. Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul). Palhoça/SC, Brasil.

Edição

Conselho Federal de Medicina/CFM
Sociedade Brasileira de Bioética/SBB



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Defendendo princípios, aperfeiçoando práticas.



ISBN 978-85-87077-38-7



9 788587 077387