

El tarannà bioètic

Victòria Camps i Cervera / Universitat de Barcelona

Els primers documents que obren el pas al que en podríem dir «el discurs bioètic» son el Codi de Nuremberg i la Declaració de Helsinki. El primer fou la conclusió del Judici de Nuremberg contra els crims de guerra i contra la humanitat perpetrats pel règim nazi. El Codi consta de deu punts que s'han convertit en una part de la legislació internacional i que estableixen les pautes per a l'ètica de la investigació amb éssers humans. El mateix objectiu té la Declaració de Helsinki, fruit d'una reunió de la World Medical Association celebrada l'any 1964: un conjunt de principis reguladors de la recerca i experimentació amb humans.

Els codis ètics no són un invent del nostre temps. El primer de tots els codis que es recorden fou el Codi hipocràtic, que regulava la pràctica mèdica i va instaurar dos grans principis que s'han mantingut al llarg dels segles com els fonaments de l'ètica mèdica: no maleficència i beneficència. Des de l'antiguitat, l'exercici de la medicina fou vist com una pràctica que exigia una orientació ètica. A totes les cultures, d'Orient i d'Occident, hi ha hagut codis ètics amb la idea de protegir tant el bé del pacient com la independència del metge. Però és sobretot a partir del segle XIX, quan la medicina comença a recollir els fruits dels avenços científics i s'estén la possibilitat de fer experiments amb humans, que es veu la necessitat d'establir criteris i de fer declaracions de principis que responguin als reptes biotecnològics i al perfeccionament del règim d'hospitalització dels malalts.

Ara bé, tot i que existeixen precedents, la bioètica, pròpiament i amb aquest nom, neix a primers dels anys setanta. Em refereixo a la bioètica entesa com «l'estudi sistemàtic de les dimensions morals de les ciències de la vida i la preocupació per la salut».¹ La paraula se la inventa un canceròleg nord-americà, V.R. Potter, l'any 1971, per tal de donar nom a «una nova disciplina que combini el coneixement biològic amb un coneixement dels sistemes de valors humans».² El problema de fons, però, no és acadèmic ni teòric, sinó molt pràctic. Dos casos havien provocat un debat que va donar la volta al món, també en els anys 70. El cas de Karen Kinlan, una jove que cau en estat de coma irreversible. Els seus pares, catòlics, sol·liciten dels metges que la tracten que deixin de mantenir-la en vida de forma artificial. El cas va a judici i un tribunal de Nova Jersey autoritza la desconexió de la jove dels mecanismes que la mantenen viva. És el primer cas públic d'eutanàsia. La segona qüestió conflictiva d'abast internacional la proporciona el naixement de Louise Brown, la primera nena proveta, al Regne Unit, l'any 1976. El que avui és una pràctica corrent i finançada per la Seguretat Social, fou vist, en aquells moments, com quelcom difícilment acceptable des d'un punt de vista ètic. La reproducció humana era concebuda com un fenomen natural i com a tal semblava que calia mantenir-lo. La Comissió Warnok, creada immediatament a Anglaterra i presidida per la filòsofa Mary Warnok, va establir les primeres pautes reguladores de la reproducció artificial, les quals després han donat lloc a un desenvolupament doctrinal cada vegada més liberal.

Un tercer document segueix als dos esmentats més amunt. Es fa públic l'any 1979 i és elaborat per la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioural Research, creada als Estats Units el 1974. Es tracta de l'Informe Belmont, considerat avui com el text fundacional de la bioètica. Arran de l'Informe s'estableixen allò que tots els llibres de bioètica reconeixeran com els quatre principis de la bioètica, els quals es formulen com: no maleficència, beneficència, autonomia i justícia. Els dos primers existien ja en el Codi hipocràtic. L'autonomia i la justícia són, en canvi, conseqüència de la centralitat que han anat adquirint, en el corpus de l'ètica, la llibertat de l'individu, d'una banda, i la igualtat de tothom davant un dret tan fonamental com el de la protecció de la salut, de l'altra.

Al costat d'aquestes declaracions de principis sorgeixen dues necessitats més: a) la de la formació de les persones que s'enfronten a problemes bioètics, i b) la d'orientar una pràctica o un exercici professional cada cop més complexos i amb problemes més difícils de resoldre en solitari i d'una vegada per totes. En resposta a la primera necessitat es creen els Instituts de bioètica,³ independents o dins dels diferents departaments universitaris, els quals comencen a programar cursos de postgrau destinats a la formació en bioètica. La segona necessitat dóna lloc a la constitució de diferents menes de comitès destinats a orientar polítiques públiques i pràctiques hospitalàries en matèria sanitària.

Com en tantes altres coses, els Estats Units han estat capdavanters en fer-se càrrec de les preocupacions bioètiques. Ja hem vist que d'allà surten les primeres comissions i institucions especialitzades en el tema. Però també ha estat capdavantera l'Església catòlica. En part, és lògic que hagi estat així, atès que, com és evident en els dos casos que acabo d'esmentar, les preocupacions de la bioètica afecten sobretot a qüestions relacionades amb el començament i el final de la vida de la persona. El catolicisme ha tingut, des de sempre, una doctrina clara al respecte: només Déu té poder per donar i treure la vida. Des d'aquesta perspectiva, no és gens estrany que fos l'Església catòlica la més interessada en encarar els problemes per tal d'avançar-se a proporcionar, en cada cas, la resposta adequada. Aquesta situació ha donat lloc a una doble perspectiva bioètica: la religiosa i la laica. No sempre són discrepants en els plantejaments o en les respostes, en funció del grau d'ortodòxia que mantingui cadascú. El que sí que passa és que cap debat referent a una qüestió de bioètica pot defugir d'entrada el punt de vista més ortodoxament religiós. Fins i tot, el mateix debat el provoca l'ortodòxia religiosa. Preguntar-nos, com ho fem, per l'estatut de l'embrió o del fetus, és una qüestió que potser no ens la plantejaríem si la nostra tradició no fos la que és, i no hi hagués precedents com el de sant Tomàs, que ja es pronuncià sobre el dret del fetus a la vida.

A partir d'un seguit de problemes concrets que afecten tant a la pràctica clínica com a la investigació biomèdica, s'ha anat construint el discurs bioètic, el qual compta ja amb un gruix de bibliografia molt considerable i que ha contribuït a marcar una sèrie de canvis en la manera d'entendre tant la pràctica sanitària com el desenvolupament científic i tècnic.

La bioètica, primer de tot, ens ha fet conscients que tenim una sèrie de problemes que no podem defugir. Problemes, o senzillament possibilitats, com les que ofereix la investigació del genoma humà, la manipulació genètica, la clonació d'embrions, la reproducció artificial, els documents de voluntats anticipades... No sols els hem de resoldre, sinó que ho hem de fer entre tots, perquè no pertanyen

exclusivament a una sola disciplina, ni són patrimoni exclusiu de la classe mèdica o científica. Les societats que anomenem avançades són societats sòcio-liberals, vol dir que defensen, per sobre de tot, l'autonomia o la llibertat de les persones i, al mateix temps, impulsen una justícia distributiva que reconeix la salut com un bé que ha de ser protegit de forma universal. La bioètica s'encarrega de generalitzar la consciència que això és i ha de ser així, que ningú no pot eludir la part de responsabilitat que li correspon en la defensa d'una medicina per a tothom i respectuosa de les persones.

Una segona aportació de la bioètica és la necessitat de corregir la imparable especialització del coneixement que, tot i essent eficaç, acaba resultant estèril per a resoldre els grans problemes de la vida humana. El coneixement més pròpiament científic s'especialitza més i més tot reduint els seus àmbits d'estudi, la qual cosa fa que les qüestions més vitals i, en definitiva, més importants per a les persones, no se les plantegi cap disciplina concreta. La filosofia, quan aborda aquests problemes, ho fa en abstracte, prescindint dels fets. Dóna la impressió que no toca de peus a terra i que el que diu no serveix en la pràctica. Conscient d'aquestes dificultats, V.R. Potter, en proposar el nom de bio-ètica, va revifar la crítica que C.P. Snow havia fet anys enrera contra la separació de les «dues cultures»: la científica i la humanística. Només superant aquesta escissió aconseguirem, si més no, formular aquelles qüestions que, en definitiva, més ens preocupen.

Però segurament el canvi més important que introdueix el discurs bioètic és el d'una nova concepció de la vida i de la mort humanes. Una concepció que es pot resumir en la idea que la vida no sempre val més que la mort, idea que es correspon amb el valor emergent d'això que en diem «qualitat de vida». El que en el fons volem no és viure més, sinó viure bé, viure amb un mínim de qualitat o de dignitat. Els matisos respecte del que significa per a cadascú viure bé adquireixen més i més importància a mesura que creix el benestar i perquè augmenta el valor donat a la llibertat individual. Els pacients són comparables, però mai idèntics, perquè les diferents persones que pateixen una mateixa malaltia viuen en situacions singulars i irrepetibles. Així, és difícil creure que només legislant tindrem la clau per a resoldre les qüestions més difícils i, fins i tot, tràgiques que ens surten al pas. El que demanaven, fa només trenta anys, els pares de Karen Quinlan –que la deixessin morir en pau–, avui ja no és un cas aïllat. L'eutanàsia, però, segueix estant penalitzada. És cert que ens sentim més propietaris de la nostra vida i de la nostra mort, però aquest sentiment, o aquesta reivindicació de decidir per nosaltres mateixos, no acaba amb les pors, els prejudicis, els perills i els dubtes, amb totes les prevencions que impedeixen les decisions fàcils i acceptables de forma unànime.

Per tot això, és bàsic posar en comú els diferents coneixements, també els diferents punts de vista. Cal crear una nova cultura del diàleg per tal de trobar l'equilibri entre els quatre puntals de la bioètica: no fer mal, fer el bé, respectar l'autonomia de les persones i fer justícia. L'ètica no ha d'ocupar-se només d'elaborar codis de conducta o de fer declaracions de principis. El discurs ètic és aquell que forneix raons per a resoldre de la millor manera possible els conflictes produïts entre els principis bàsics. El que el sanitari entén com el bé del pacient pot no coincidir amb el criteri d'aquest pacient, que entén el seu bé d'una altra manera i per això rebutja el tractament proposat. ¿Què hem de fer quan l'autonomia d'un topa amb la de l'altre? Fer justícia i vetllar per la salut de tothom, quan els recursos són, gairebé per definició, escassos, repercutirà

igualment en una disminució de l'autonomia de les persones i dels mateixos professionals de la salut. Si no fos així, no ens preocuparien les llistes d'espera. Establir prioritats a l'hora de tractar els malalts vol dir sacrificar unes malalties a favor d'unes altres. ¿Qui ho ha de decidir, com s'ha de decidir i, sobretot, com s'ha de justificar? Si en l'àmbit nacional ja és difícil mantenir l'equilibri entre la beneficència, l'autonomia i la justícia, imaginem-nos la dificultat que representa plantejar-se les mateixes qüestions en l'àmbit internacional.

Per tal d'anar abordant els problemes esmentats, la bioètica ha produït una pila de documents legislatius que serviran de marc per al diàleg, el llenguatge i la pràctica de prendre les decisions correctes en les qüestions més complexes. Al costat d'iniciatives legislatives com la llei general de sanitat, la llei de reproducció assistida o la llei catalana de voluntats anticipades, es va introduint el costum de crear comissions la funció de les quals és anar institucionalitzant el diàleg interdisciplinari, promoure la formació dels professionals i contribuir a crear opinió sobre uns problemes que no poden ni han de ser resolts de forma individual. Algunes d'aquestes comissions, com les d'assaigs clínics, existeixen per imperatiu legal. D'altres, com les comissions assistencials hospitalàries, depenen encara de la bona voluntat dels professionals i gestors de cada centre. El mateix s'ha de dir de les comissions nacionals dedicades a plantejar qüestions d'abast més general i impulsar polítiques públiques, institucions ja molt assentades a diferents països del nostre entorn, però no entre nosaltres.⁴

La producció legislativa és fonamental per a fer front a preguntes i situacions noves com les que planteja la bioètica. Però cal saber distingir entre el paper del dret i el de l'ètica, que no és el mateix. Des del meu punt de vista, la finalitat última del discurs bioètic hauria de ser la de produir un nou tarannà ètic, una actitud responsable i oberta davant dels nous problemes, que sense renunciar als valors constitucionals o als drets humans, que han de valer el mateix per a tothom, sigui comprensiva amb la diversitat de perspectives culturals i ideològiques. El que anomeno «tarannà bioètic» serà la conseqüència d'assumir uns punts de vista que el discurs bioètic ha anat fent palesos. Els resumeixo en els apartats següents:

1. La convicció de que no tot el que és tècnicament possible és èticament acceptable. El desenvolupament científic i tècnic ha d'estar al servei de la societat i respondre a les necessitats socials més perentòries, no a necessitats més o menys supèrflues, promogudes i creades per l'interès econòmic d'uns quants. La indústria farmacèutica, per posar un exemple proper a tothom i molt evident, no sempre respon a necessitats reals, sinó a necessitats més aviat comercials i, per tant, força prescindibles. ¿Per què és tan difícil fer un ús més racional dels medicaments, tant pel que fa a la producció com a la prescripció? Si ens plantejem la qüestió en l'àmbit internacional, la irracionalitat és més manifesta. Hi ha malalties anomenades «orfes», que la indústria ignora i no tenen patrocinadors perquè qui les pateix és la població més pobre del planeta.

A més, la innovació tecnocientífica no és immune al perill d'experimentar per experimentar, per veure fins a on es pot arribar amb independència de les conseqüències. És cert que preveure totes les conseqüències d'una investigació és pràcticament impossible. Ara bé, cada innovació tècnica o científica ens posa davant del dilema de si és èticament correcte o no continuar pel camí encetat. ¿A on ens durà

la clonació? ¿A on la manipulació genètica? ¿Serem capaços de controlar totes les possibilitats, de posar fre a una innovació que sembla no tenir límits? Tot i que aquestes preguntes reflecteixen un temor moltes vegades exagerat, són preguntes pertinents que no convé menysprear si volem mantenir-nos en la tesi enunciada: no tot el que és viable en la tècnica és correcte en l'ètica.

2. Un segon component del tarannà bioètic és una autocomprensió més modesta de la medicina, tot i que els avenços tecnocientífics semblen dur en la direcció oposada. D'una banda, és cert que la medicina pot aconseguir avui resultats impensables fa relativament pocs anys. Cada vegada hi ha menys malalties incurables i la prevenció està més desenvolupada. Al mateix temps, però, el metge no pot ja ignorar que el pacient és autònom, és a dir, lliure d'acceptar o rebutjar un tractament. El pacient demana morir amb dignitat, no vol patir de forma inútil, vol ser «cuidat» i no només curat. El pacient reclama la seva dignitat com a persona: el dret a ser informat i consultat, a expressar el consentiment, a rebre cures paliatives quan l'aclapara el dolor. Davant d'aquestes demandes, perfectament justes i raonables, el professional ha d'assumir un paper més secundari i ha de recuperar el valor de la comunicació amb el pacient.

També en aquest punt el que es fa palès són les limitacions de la tècnica. Davant d'una medicina cada cop més tecnificada, el professional, amb tarannà bioètic, entén que la tècnica l'allunya del malalt i converteix la relació clínica en una relació excessivament freda i distant, poc «benèfica», en el sentit més ple de la paraula. Com diu un excel·lent document elaborat pel Hastings Center,⁵ les finalitats de la medicina no es redueixen ja a allargar la vida i curar les malalties. Prevenir la malaltia, pal·liar el patiment, ajudar a morir, són alhora part de la bona pràctica mèdica. Tenint en compte que l'envelliment de la població és una realitat del nostre temps, amb totes les discapacitats, demències i dependències que representa el fet de viure més anys, és evident que l'atenció sanitària ha de repensar les seves funcions i adequar-se a unes necessitats diferents de les que teníem.

3. La modèstia en la pràctica mèdica repercuteix en la manera d'entendre el que ha de ser la relació clínica: la relació metge-pacient deixa de ser paternalista. El tarannà bioètic és enemic d'un model paternalista de relació que situa al metge molt per damunt del pacient. El model paternalista s'ha d'acabar –diuen els manuals de bioètica– i ha de donar lloc a una altra forma de relació més basada en la confiança. Si el pacient espera ser ben informat i espera al mateix temps que el metge l'ajudi a prendre decisions complicades sobre la seva salut, està clar que s'ha de produir una confiança mútua. Els intents de recuperar el paper de l'atenció primària o del metge de capçalera, no només responen a una major eficiència en l'ús dels recursos i a un tractament més integral de la persona per part de qui la pot seguir i conèixer al llarg de la vida. La recuperació del metge de capçalera significa la possibilitat d'establir uns lligams més estrets sobre els quals bastir la confiança.

Però la relació de confiança no és fàcil de construir. De la mateixa manera que la tecnificació de la medicina du a un distanciament entre el sanitari i el pacient, com vèiem fa uns moments, la mercantilització de totes les relacions humanes, inevitable en una societat com la nostra, dominada per l'economia, condueix a substituir la relació paternalista per una relació contractualista i no per una relació de confiança. El pacient ha deixat de ser pacient per ser un

usuari o un client dels serveis sanitaris. Les paraules no són innocents i, en aquest cas, aludeixen de forma molt directa a una relació contractual del ciutadà amb el subministrador d'uns determinats serveis. La relació contractual es fa evident en un altre dels fenòmens del nostre món: la tendència a juridificar o judicialitzar la pràctica mèdica, a fer de cada error, fins i tot dels més inevitables, el motiu d'una denúncia judicial. Estem reduint l'ètica al dret, la responsabilitat ètica o professional a una mera responsabilitat jurídica. Res d'això ajuda a bastir relacions de confiança.

4. Finalment, un darrer ingredient del tarannà bioètic és la concepció i acceptació d'una medicina sostenible. Sabem que el conjunt creixent d'avenços tecnològics, i també ètics, ens permet viure més anys, amb més dignitat o amb més qualitat de vida, i permet, al mateix temps, que la protecció de la salut sigui més universal. El dret a la protecció de la salut va ser proclamat com a dret universal fa poc més de cinquanta anys. A partir d'aleshores, aquest dret rep un suport constitucional a tots els Estats de dret, on és respectat i garantit amb lleis i polítiques públiques més o menys satisfactòries. El desenvolupament tècnic, tot i que fa possible que la protecció de la salut arribi a més gent, al mateix temps encareix de manera extraordinària l'assistència sanitària. Els trasplantaments d'òrgans han significat una benedicció per a molts pacients amb patologies incurables fora d'aquesta alternativa; les investigacions genètiques oferiran aviat la manera de prevenir el càncer; però ambdues alternatives representen un encariment de la medicina gairebé insostenible. El tarannà bioètic és el que s'enfronta a totes les innovacions de forma raonable. Amb voluntat de fer extensius els nous tractaments al major nombre de gent possible, amb la voluntat de no excloure ningú, però també amb la convicció que no s'ha d'esperar de la medicina el miracle de la vida eterna. Som éssers finits, que vol dir que no podem evitar morir. Acceptar la mort és pensar en una medicina sostenible.

El filòsof Daniel Callahan, un dels fundadors del Hastings Center, defineix la idea d'una medicina sostenible així:

«Una medicina sostenible tindrà tres característiques. En primer lloc, haurà de proveir a la gent un nivell de salut pública i privada suficients per tal que tingui l'oportunitat de viure bé al llarg del cicle vital i funcionar amb un nivell decent de competència física i mental. Serà, en segon lloc, una medicina que pugui ser distribuïda de forma equitativa, sense forçar massa les coses, de manera que la societat s'ho pugui permetre. En tercer lloc, ha de ser una medicina amb suport públic, que assumeixi que la salut és finita, que es manté constant i que té aspiracions limitades sobre el progrés i la innovació tecnològica».⁶

El mateix autor afegeix que aquesta medicina haurà de complir tres condicions: a) orientar a la població cap a polítiques de salut; b) posar l'èmfasi en la responsabilitat de l'individu; i c) reduir la dependència envers la medicina tecnològica. Es tracta, en definitiva, de saber combinar de forma adequada la responsabilitat individual i col·lectiva: cadascú té alguna responsabilitat en la cura del seu cos, la responsabilitat de protegir la salut no correspon tan sols als poders públics, tot i que aquests sí que tenen l'obligació de garantir el dret a la protecció de la salut per a tothom.

Es dedueix de tot això que pensar la bioètica és una tasca comuna i democràtica de la societat en el seu conjunt, no d'uns quants especialistes acadèmics o científics de laboratori. Com més va, més necessitat hi ha de repensar el sentit de la vida i de la mort, i de fer-ho de forma col·lectiva. Viure bé, o viure amb dignitat, semblen problemes individuals que pertanyen a la vida privada. No és exactament així. No ho és perquè la protecció de la salut és, com tots els béns primaris, un bé de tothom i que cal repartir de forma equitativa. Tothom té dret a viure bé i amb dignitat, fet que implica que hi ha d'haver algunes limitacions a certes concepcions de la vida bona o digna. De la mateixa manera que sabem i assumim que la llibertat d'uns comença on acaba la llibertat dels altres, haurem d'aplicar el mateix principi a la vida bona: la llibertat per tal de determinar què és per a mi viure bé no és una llibertat il·limitada: acaba allà on comença la dels altres, que també tenen dret a viure bé.

* * *

Els articles que es publiquen en aquest número tracten d'esbrinar l'estat de la qüestió dels problemes bioètics de més actualitat. El primer i segon apartats estan dedicats als dos valors més nous de la pràctica clínica: la justícia i l'autonomia del pacient. La justícia remet al dret universal a la protecció de la salut. Parlar de justícia significa veure com el sentit de la justícia es tradueix en les polítiques sanitàries que han de garantir el dret a la protecció de la salut per a tothom. Ens trobem aquí amb un problema conceptual o filosòfic, ja que la justícia no ha significat el mateix al llarg de la història del pensament. Si el liberalisme més estricte considera que la justícia només és llibertat, el socioliberalisme pensa que sense igualtat no hi ha llibertat. Es tracta, així, d'analitzar el concepte d'igualtat per tal de veure com cal entendre'l per tal que serveixi d'orientació a les polítiques de justícia. La perspectiva ètica és, en aquest cas, gairebé indestriable de la política, atès que, com molt bé diu John Rawls, el subjecte de la justícia no són els individus, sinó les institucions polítiques. Son les institucions –els tres poders: legislatiu, executiu i judicial– les que poden i han de fer justícia, les que han de maldar per corregir les desigualtats. Aquest és un problema que, evidentment, té un vessant econòmic bàsic. Parlem de justícia com a justícia distributiva; el que cal distribuir de forma equitativa és el dret a la protecció de la salut. Per a fer-ho cal tenir recursos, i no sols tenir-los, sinó gestionar-los amb eficàcia i amb sentit de l'equitat.

El segon apartat gira al voltant del valor de la llibertat individual o de l'autonomia del pacient, que és qui, en definitiva, rep l'atenció mèdica i ha de ser el beneficiari tant dels serveis sanitaris com de la investigació biotecnològica. L'autonomia del pacient s'ha manifestat primer de tot en la demanda de la persona a morir de forma digna. Ara veiem que, quan la persona es troba de cara amb la realitat de la mort i té autonomia per tal d'afrontar-la, el que vol és tenir una mort, si més no, digna. Cal abordar el problema de l'eutanàsia des de les tres perspectives –jurídica, clínica i política– per tenir tots els elements que el punt de vista ètic necessita. Cal considerar on som avui, com les pors i els prejudicis d'un primer moment han començat a esvaïr-se, les perspectives enfrontades estan més a prop l'una de l'altra, i el debat en conjunt ha canviat. I això no vol dir que no s'hagi de continuar discutint mentre el problema segueixi existint. L'autonomia de la persona no és només un dret, sinó que és un aprenentatge que troba en la relació clínica un escenari idoni. El consentiment informat s'ha convertit en la materialització del respecte a l'autonomia del pacient. Convertir aquesta pràctica en alguna cosa que contribueixi de veritat a fer pacients més lliures i professionals de la medicina o de la infermeria més considerats i respectuosos és el repte d'una medicina civilitzada. La infermeria està adquirint un pes específic en les

relacions clíniques per la seva capacitat d'humanitzar les relacions i pel valor que, sobretot el discurs feminista, ha contribuït a donar a la pràctica del «cuidar». Curar i «cuidar» acaben sent indestriables com a objectius d'una bona pràctica mèdica. Tot plegat ens porta a considerar que les preocupacions de la bioètica es resumeixen en la de posar la ciència, la tècnica i la pràctica sanitària al servei de la humanitat i de les persones.

Finalment, el tercer bloc de qüestions té a veure amb les possibilitats que ofereix la investigació biomèdica en el camp de la genètica, de la reproducció i de la investigació embrionària amb finalitats terapèutiques. Hi ha, sens dubte, més qüestions, però aquestes són les que constitueixen el gruix de les preocupacions científiques, polítiques i ètiques en aquests moments. Les tècniques de reproducció humana han estat les pioneres. Per això són ja les més acceptades, per bé que han anat derivant en problemes que, d'entrada, no van ser contemplats com a prioritaris. En aquests moments preocupa més la proliferació d'embarços múltiples, o la quantitat d'embrions anomenats «sobrants», els quals, segons la Llei de reproducció artificial, només podien ser utilitzats per a la reproducció. Aquesta limitació ha estat finalment revocada en autoritzar la investigació embrionària amb finalitats terapèutiques. Anant una mica més enllà, s'ha parlat i discutit sobre la possibilitat de clonar embrions amb finalitats reproductives, una pràctica fins avui prohibida des del punt de vista ètic, però que, en el futur, pot ser tècnicament viable. Al costat de les tècniques de reproducció, reapareix la qüestió de l'eugenèsia, no necessàriament en sentit negatiu. La manipulació genètica amb finalitats terapèutiques –per tal d'evitar que neixin criatures amb patologies com el síndrome de Down o l'hemofília– gairebé ningú que no tingui prejudicis religiosos forts gosa refutar-la. El problema, però, són les manipulacions genètiques amb altres finalitats no tan clarament terapèutiques. Si són possibles, ¿seran correctes des del punt de vista ètic? Un capítol apart mereix la manipulació genètica aplicada als aliments. No és una pràctica nova sinó molt generalitzada, amb conseqüències clarament positives, però amb aspectes també preocupants tant per a la salut humana com per a l'equilibri ecològic. Ja que la bioètica és l'ètica de la vida, les preguntes sobre la sostenibilitat mediambiental ocupen un capítol fonamental de la bioètica.

Crec que no m'equivoco si afirmo d'entrada que tots els experts que col·laboren en aquest número poden subscriure el que he anomenat «tarannà bioètic». No és una actitud ni apocalíptica ni integrada, per utilitzar la coneguda contraposició d'Umberto Eco. No es tracta de rebutjar els avenços científics i tècnics ni de contemporitzar de forma excessiva amb unes possibilitats de conseqüències incertes. Es tracta de contemplar la realitat com a problema, de no defugir els dubtes i les perplexitats que inevitablement planteja, d'entendre que la racionalitat del nostre temps no s'identifica amb la raó de ningú sinó amb la «inter-racionalitat», amb la voluntat col·lectiva de trobar les opcions més raonables. La bioètica només es pot desenvolupar en un escenari democràtic, que reconeix el diàleg entre els diferents punts de vista com un imperatiu indefugible, sobre la base d'uns drets fonamentals o d'una ètica mínima compartida.

¹ Així la defineix la Encyclopedia of Bioethics, Simon and Schuster, Macmillan, 1995.

² Van Rensselaer Potter, «Bioethics: The science of survival» a Perspectives in Biology and Medicine, 1970, pp. 127-153; Bioethics: Bridge to the Future, Prentice Hall, New Jersey, 1971.

³ Els primers instituts de bioètica van ser el Hastings Centre, creat per Daniel Callahan l'any 1969 i amb seu a Garrison, Nova York, i el Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and

Bioethics, creat pels jesuïtes a la Georgetown University l'any 1971. A Catalunya, l'Institut Borja de Bioètica, creat per Francesc Abel l'any 1975, també va ser pioner.

⁴ Sobre comitès d'ètica vegeu els articles de Francesc Abel i Pablo Hernando/Pere Monrás, dins Azucena Couceiro (ed.), *Bioética para clínicos*, Triacastela, Madrid, 1999. Vegeu també el capítol d'Adela Cortina «Comités de ética», dins Oswaldo Guariglia (ed.), *Cuestiones morales*, Enciclopedia Iberoamericana de Filosofía, v. 12, Trotta, Madrid, 1996.

⁵ *The Goals of Medicine: Setting new Priorities*, The Hastings Center Report (Garrison, N.Y.), 1996.

⁶ Daniel Callahan, *False Hopes*, Plenum Press, Nova York, 1981, pàg. 35.