

En persona

Entrevista a Yechiel Michael Barilan

Diego Gracia



Yechiel Michael Barilan es profesor del Departamento de Educación Médica en la *Sackler Faculty of Medicine* de la Universidad de Tel Aviv. Nacido en 1966, es Doctor en Medicina, especialista en Medicina Interna y Máster en Bioética. En la actualidad es uno de los más acreditados especialistas en bioética judía, sobre la que ha publicado un libro fundamental, *Jewish Bioethics: Rabbinic Law and Theology in their Social and Historical Contexts* (Nueva York, Cambridge University Press, 2014). Dos años antes había publicado otro libro importante, *Human Dignity, Human Rights, and Responsibility: The New Language of Global Bioethics and Biolaw* (Cambridge (MA), MIT Press, 2012). Y ese

mismo año editó, en colaboración con Suhail Malik, un libro colectivo sobre la escultora y polifacética artista Aya Ben Ron, analizando su obra desde la medicina y la ética médica: *Aya Ben Ron: Hanging* (Hatje Cantz Verlag, Berlín, 2012). Tanto él como su esposa, Margherita Brusa, dividen su tiempo entre Israel e Italia, y mantienen una relación muy estrecha con España, donde ambos adquirieron su formación básica en bioética.

Diego Gracia. *Háblanos sobre tu vida y sobre cómo llegaste al mundo de la bioética.*

Michael Barilan. Nací en 1966, en Jerusalén, de un rabino y recibí educación rabínica y general. Después del servicio militar quise estudiar filosofía y antropología, pero elegí la medicina por sus aspectos prácticos y sus horizontes internacionales. Sólo después de mi residencia orienté mis pasos hacia mi constante interés por la filosofía en la medicina. Empecé a escribir sobre ética médica y en 2000 ingresé en el primer Máster Europeo de Bioética, mientras trabajaba como médico titular en medicina interna. En 2008 pasé de un puesto en el hospital con afiliación académica a un puesto de profesor a tiempo completo en la Facultad de Medicina de la Universidad de Tel Aviv. Soy autor de 3 libros (monografías) y de casi 100 artículos y capítulos de libros revisados por colegas.

DG. *Tú provienes de dos tradiciones culturales diferentes. Una, la cultura del pueblo de Israel y otra, la cultura occidental. ¿Es difícil la integración de estos dos legados?*

MB. He encontrado muy estimulantes ambas tradiciones. Optar por una forma de vida y elegir mis propios valores no ha sido fácil. Pero la diversidad de imágenes, ideas y modos de pensar es muy enriquecedora.

DG. Como es habitual en la gente de tu generación, recibiste la influencia del modo de pensar americano en bioética, representado por el libro de Beauchamp y Childress. ¿Cree que es fácil traducir el contenido y la metodología de este libro a una cultura tan particular como la judía?

MB. En mi caso, conocí la ética médica en un contexto europeo. Asistí por vez primera al congreso de la *European Society for Philosophy of Medicine and Health Care* (ESPMH) en 1999 y los directores del Máster Europeo que hice son ambos de la misma escuela. He estado muy influenciado por académicos norteamericanos como David Rothman, Edward Shorter (Canadá), Nancy Scheper-Hughes y Michael Taussig, todos ellos a la vez historiadores y científicos sociales, muy lejos de la perspectiva de Beauchamp y Childress. Mis horizontes en ética vinieron de filósofos como Bernard Williams, neo-kantianos de Harvard como Korsgaard, y otros eruditos anglosajones como Samuel Scheffler, Derek Parfitt y Ronald Dworkin.

He tenido en cuenta la obra de Beauchamp & Childress y he utilizado extractos en la enseñanza, pero nunca estudié a fondo su forma de hacer bioética. Tienden a mezclar la bioética con el razonamiento biolegal. Hacen hincapié en la justificación ante los tribunales públicos y hablan mucho menos de motivación y conciencia.

DG. Uno de los puntos conflictivos es, quizás, la definición de "autonomía". Si no me equivoco, has acuñado la expresión "autonomía chapucera". ¿Qué significa? ¿Cuáles son las diferencias entre "autonomía" y "autodeterminación"?

MB. Un ejemplo de la mencionada combinación de razonamiento "bioético" y "biolegal" se encuentra en su enfoque de la autonomía. Beauchamp y Childress encarnan el punto de vista "biolegal" según el cual una decisión tomada por un adulto competente, libre e informado es "autónoma". De hecho, *legalmente*, al menos en el ámbito de la libre contratación, estamos comprometidos a tratar tales decisiones como "autónomas". Pero filosófica y psicológicamente, esta es una definición demasiado estrecha. Todos tomamos decisiones impetuosas e imprudentes durante nuestras vidas. Hacemos muchas elecciones sin pensar mucho. No todas las opciones tienen que ser moralmente autónomas. La marca de coche que elijo comprar no es un asunto importante moral y personalmente. Es importante que firme el contrato en mi sano juicio, libre de coacción y bien informado. Elegir el coche "equivocado" puede costar dinero, etc., pero es un asunto trivial. Firmar un consentimiento informado para una cirugía sin pensarlo mucho podría ser de mayor relevancia. Se trata de un ejemplo de "autonomía chapucera", cuando una persona elige sin hacer los esfuerzos adecuados para deliberar sobre la cuestión y actuar de acuerdo con sus propios valores. La autonomía es un ideal a cumplir. Se da cuando una persona actúa como agente con un conjunto de valores y responsabilidades, haciendo esfuerzos razonables para examinar los valores y las opciones significativas existentes a la luz de estos valores.

Los animales y los niños pequeños están autodirigidos. Existe un valor moral en la vida natural de los animales, y también otro relativo a la dignidad en la autodeterminación de los niños y los dementes. No los obstaculizamos a menos que sea para protegerlos a ellos mismos y a los demás. Toda medida adoptada libremente por un ser humano informado y competente es voluntaria. Pero no todas las acciones

voluntarias son autónomas. Pero en nuestras leyes tratamos todas las acciones voluntarias como autónomas. Esto es fuente de mucha confusión. Todas las acciones autónomas son también voluntarias y autodirigidas. Pero no al revés.

Si a un paciente del hospital se le sirve una comida que no había pedido, se lesiona su voluntariedad, no su autonomía. Pero si ese alimento está prohibido por su religión, o si se le pone un tratamiento médico que no quiere, su autonomía se ve lesionada. La atención médica siempre está tocando la autonomía personal. Otras elecciones en la vida pueden ser triviales.

Beauchamp y Childress se centran estrictamente en la toma de decisiones personales en medicina (por ejemplo, ¿debe uno consentir en participar en una investigación?). En mi trabajo reciente destaco cada vez más el papel de las decisiones autónomas y su influencia efectiva en la sociedad (y en la regulación de la asistencia sanitaria), así como el papel del agente autónomo como ciudadano comprometido en la democracia.

DG. *Has escrito que el respeto a la autonomía siempre está entrelazado y depende del "respeto a la dignidad humana, la virtud de la prudencia y las actitudes de caridad y humildad".*

MB. Sí. En teoría, una persona puede elegir de manera autónoma modos de vida egoístas o depredadores (por ejemplo, el nazi) y hacer elecciones coherentes dentro de este sistema de valores. Esta forma de vida no es prudente (el nazismo no tuvo mucho éxito...). La prudencia podría ser mucho más sutil en la vida. En la era del calentamiento global, buscar la excelencia en las carreras de automóviles podría no ser prudente.

La bioética destaca el "respeto a la dignidad" como la consideración y protección que se debe a los seres humanos. Hay un segundo aspecto de la dignidad: el comportamiento que se espera de las personas porque están dotadas de dignidad. Hablo de "ética centrada en el paciente" para el primer tipo de respeto a la dignidad, y de "ética centrada en el agente" para el segundo tipo. Hay un tercer significado de dignidad que proviene del concepto bíblico de "dominio" sobre la naturaleza. Se trata de la realización personal y cultural a través de la cultura material - el viaje a la luna, las obras de arte, el atletismo y los logros similares. Kant habló de los deberes de cada uno con sus talentos. De hecho, gente como Napoleón tenía grandes talentos y oportunidades especiales. Esto no significa que Napoleón tuviera el deber, ni siquiera el permiso, de llevar a cabo sus campañas militares. La dignidad humana está relacionada con la ambición, la innovación, la emoción, y el modo como afectan a todas las capacidades humanas, tanto físicas como mentales. Si pensamos en las carreras de coches en estos términos, caeremos en la cuenta de que podemos lograr objetivos no menos magníficos y emocionantes en cuanto a la excelencia humana, con objetivos más modestos en términos de contaminación, etc. Hay algo en el espíritu de la dignidad humana que conecta los tres planos (la ética centrada en el paciente, la ética centrada en el agente y la excelencia en los logros). Hay más valor en los logros que benefician a la humanidad, y necesitamos mucha humildad antes de promover grandes proyectos cuyos efectos secundarios inesperados podrían ser devastadores.

La "humildad" y la "caridad" son elementos necesarios al juzgar los proyectos que hacen los demás.

Los moralistas hablan del "principio de precaución". Sin embargo, la dignidad a menudo exige valor y riesgo. El equilibrio es sutil y difícil de lograr. Mucha gente señala el aire limpio y el silencio logrados durante el confinamiento por el coronavirus. Esto es excelente para el medio ambiente. Pero ¿hemos buscado realmente eliminar tanta actividad humana? ¿Son triviales todas las actividades que normalmente producen contaminación? ¿Son la salud y el medio ambiente (los principales valores de la bioética) los objetivos últimos de la humanidad (y por tanto de la moralidad)?

DG. *Uno de los elementos de la forma de pensar americana en bioética que más has criticado ha sido el consentimiento informado.*

MB. Sí. Pero sobre todo critiqué un libro de una eticista británica (Onora O'Neill) que trataba el CI como una dispensa. Esto significa que para evitar la intromisión en la vida de las personas (tocar el cuerpo, etc.), es necesaria una dispensa para que los médicos puedan tocar a los pacientes. Creo que esto es absurdo y se da de bruces con la historia. Más bien, históricamente, ha habido la fuerte presunción de que los médicos están obligados a tratar a quienes los necesitan, especialmente a aquellos cuya vida está en peligro. En mi libro muestro que el consentimiento depende del contexto, y que el consentimiento para el contrato comercial, el consentimiento para la atención médica y el consentimiento para el sexo han sido construidos de manera muy diferente en los sistemas legales occidentales. Creo que la bioética angloamericana ha construido el consentimiento informado en "bioética" siguiendo el modelo jurídico contractual, lo que constituye un gran error. No se trata de conservadurismo frente a liberalismo. Es algo mucho más profundo. Incluso los liberales más celebrados no defienden la capacidad personal de vender un riñón para la investigación veterinaria. Los bioeticistas "liberales" no sugieren que el seguro médico pueda ofrecer dinero en efectivo a los pacientes enfermos a cambio de que renuncien a su derecho a recibir cuidados intensivos. Esos planes son legales y sensatos en otras situaciones, pero no en relación con la vida y el cuerpo.

DG. *Esto te ha llevado a criticar los "códigos de ética", viéndolos como legalistas y minimalistas.*

MB. He participado en la redacción de códigos de ética (los Códigos israelíes de cuidados paliativos, y de medicina laboral). Estos códigos ayudan a muchos profesionales de la salud y se ajustan a la mentalidad de muchas personas. Pero no sustituyen a la ética como forma de vida, como modo de razonamiento. Tratar con códigos conlleva el riesgo de dejar atrás la reflexión crítica. Los códigos son una prescripción. La reflexión crítica suele estar alejada de las recomendaciones prácticas, pero es esencial para cualquier cambio fundamental y de largo recorrido.

Los códigos sobre la selección de pacientes para aplicarles respiradores durante la epidemia del coronavirus pasan por alto cuestiones como la preparación para los desastres y el binomio medicina privada y medicina pública. Como muchos médicos, tengo un bloc con tablas y fórmulas en mi bolsillo. No sustituyen a los libros de texto y al razonamiento clínico. Los códigos de ética sirven como tales blocs de notas.

DG. *Tú has sido uno de los promotores en estos últimos años de la "ética de la virtud", más que la ética basada en códigos, porque la ves más "orientada a la excelencia".*

MB. El discurso de la bioética se ha preocupado demasiado por la dignidad frente a las finitudes humanas. El libro de George Kateb *Human dignity* alaba lo opuesto de la

"dignidad" - la ambición, la grandeza. Muestra cómo las luces eléctricas, las hazañas como la capilla Sixtina, la escalada al Everest y la reconstrucción del ADN del Neandertal son manifestaciones de la "dignidad humana".

Sin embargo, no todos los logros magníficos son "dignos", en términos de excelencia humana como criatura social. La excelencia en la cría de perros feroces no se compagina bien con la "virtud". Sin embargo, la victoria sobre la hambruna le debe mucho a la plantación de cepas resistentes de grano. Los desafíos científicos y personales pueden ser idénticos en ambos proyectos de cría, pero sólo el último expresa el lado social y político de la agencia humana.

En mi libro señalo las grandes habilidades y logros de Napoleón, afirmando que podría (y debería) haber encontrado maneras de lograr la "grandeza" que no implicasen la matanza de tanta gente. Aquí, los códigos vuelven al primer plano. Si tomamos las listas de derechos humanos como "códigos", podemos ver que establecen la dirección y los límites de la búsqueda de la "grandeza humana".

DG. *Durante los últimos años, has estado colaborando con Margherita Brusa en algunos trabajos muy interesantes. Algunos de ellos, sobre la deliberación como forma de situarse más allá de la ética de la virtud y de los códigos de práctica médica.*

MB. Margherita es mi esposa. Ambos estudiamos con el Prof. Diego Gracia, aunque en diferentes períodos de tiempo. Un concepto clave que ambos aprendimos fue la "deliberación". Hemos trabajado para expandir su alcance a través de la psicología moral.

En primer lugar, es crucial diferenciar los tipos de deliberación. La deliberación moral es diferente de las deliberaciones políticas y de negocios. La ética de la virtud es bastante individualista como ética centrada en el agente, incluso cuando está orientada hacia el otro; es menos formal o verbal. Sin embargo, en la atención sanitaria contemporánea, los equipos comparten la responsabilidad y deben actuar al unísono, incluso si los miembros del equipo albergan valores diferentes y proceden de orígenes distintos. La deliberación moral es la plataforma en la que los actores comparten sinceramente sus valores, pensamientos y respuestas a los problemas. También hemos escrito sobre el hecho de que la experiencia acumulada de deliberar sobre muchas situaciones que tienen que ver con la vida, la muerte, el sufrimiento y similares, es muy propicia para el crecimiento personal. Llamamos a la deliberación moral "compartir la conciencia", no porque todos piensen de manera similar, sino porque todos expresan la verdad de su corazón.

Consideramos que la apertura a la persuasión y la motivación para persuadir a otros son esenciales. Si un deliberante no está abierto a la posibilidad de cambiar de opinión, fracasa en el ideal de la deliberación moral. En política está bien intentar persuadir sin estar dispuesto a escuchar a los demás, o hacer tratos con otros. Sin embargo, estas actitudes fallan en el ideal de la deliberación moral. La deliberación reintroduce la articulación verbal en la ética de la virtud. Nos reconecta con la consideración del habla en relación con *imago Dei* (como enseñan los rabinos talmúdicos). Los códigos de ética también deben ser producto de la deliberación. Deliberar en el marco de los códigos y leyes sin posibilidad de cuestionarlos es otro fracaso del ideal de deliberación.

DG. *Como especialista en ética judía, has analizado la literatura rabínica sobre temas bioéticos (por ejemplo, la clonación).*

MB. He escrito dos libros sobre la ética rabínica. Mi análisis viene desde la perspectiva de la historia social y la historia comparada de las ideas. Por ejemplo, cuando debatí las actitudes rabínicas sobre la emisión de semen para el análisis médico, pregunté: ¿cuáles eran las tecnologías médicas y el conocimiento sobre esto cuando la discusión rabínica se desató (a finales del siglo XIX)? ¿Qué dijeron los moralistas occidentales y cristianos de la época? ¿La literatura popular (por ejemplo, la medicina popular judía) está en línea con la enseñanza rabínica?

DG. *Existe la impresión, al menos en el mundo católico, de que la tradición judía (especialmente la literatura rabínica y responsa) es fuertemente legalista y ritualista. ¿Es cierto?*

MB. Creo que hay un gran malentendido aquí. En primer lugar, la literatura de los *responsa* es sólo una de las caras del judaísmo tradicional. El misticismo, la religión popular, las instituciones sociales son otras caras. A menudo chocan entre sí. La literatura *responsa* es muy indulgente con el aborto; místicos, teólogos e instituciones rabínicas se oponen a él con un fervor casi cristiano. Este es un ejemplo.

La literatura *responsa* es altamente legalista en su estilo de razonamiento. Esto se evidencia más en los temas rituales y tabúes religiosos (por ejemplo, cómo limpiar la lechuga de los insectos). Pero cuando las cosas tienen que ver con la vida, la muerte y con el sufrimiento, la máxima legal que prevalece es que uno debe ceñirse a la ley tanto como sea posible para satisfacer "la gran necesidad humana". La ley formal deja mucho espacio para la elección personal en cuestiones que la ética católica no tiene. Por ejemplo, desconexión del soporte vital, FIV, anticonceptivos, interrupción del embarazo, etc.

DG. *En tu libro sobre bioética judía discutes cuestiones como el aborto, los tratamientos de infertilidad, el debate sobre la muerte cerebral y el mercado de órganos. ¿Hay un enfoque específico de todos estos problemas en la tradición judía?*

MB. Es muy difícil dar una respuesta breve. Creo que mientras que la bioética occidental se ha desarrollado a la sombra de catástrofes y fracasos científicos (por ejemplo, la medicina nazi, el estudio de la sífilis de Tuskegee, la eugenesia), los rabinos siempre han considerado que estas cuestiones no son "suyas". Han visto los crímenes médicos como pecados de "otros" y han dado por sentada la tradición judía por encima de tales fracasos. Los judíos han aprendido a temer el antisemitismo y los grandes "ismos", como el comunismo, pero no han llegado a temer a la tecnología como tal. El peligro se ve más bien en la anarquía, los regímenes malvados y las fuerzas brutas de la naturaleza (enfermedades, desastres naturales); la esperanza de hacer frente a estos peligros se pone en la innovación tecnológica.

Los rabinos han estado abiertos a la FIV, a la investigación con células madre, etc.

DG. *¿La idea de "pueblo" o "comunidad", tan fuerte en la historia judía, tiene importantes connotaciones y consecuencias en la vida práctica, y especialmente en la responsabilidad comunitaria de la atención sanitaria y el cuidado caritativo de los enfermos?*

MB. En efecto. He dedicado gran parte de mi investigación a las "sociedades de asistencia a los enfermos" que funcionaban en las comunidades judías desde finales de la Edad Media. Formaban parte del mundo rabínico, pero dirigidas por voluntarios laicos, con su propia literatura y prácticas vernáculas. Estas sociedades se inspiraron en los gremios cristianos (principalmente en España) y constituyeron una institución social muy original. Con el advenimiento de la medicina científica moderna y el estado social, casi desaparecieron. Es un ejemplo de una "ética judía" que es 100% tradicional, pero que no forma parte de la literatura rabínica ni del sistema legal. La cultura occidental tenía sus propias tradiciones de cuidado, desde las parteras populares hasta las órdenes monásticas. Hay que esperar a que los estudiosos incorporen estas tradiciones en las narrativas de la atención y la ética del cuidado.

DG. *Supongo que la "secularización" de la cultura occidental de los últimos siglos ha cambiado o está cambiando la forma de pensar sobre los asuntos morales también en el pueblo judío. ¿Es cierto?*

MB. Creo que sí. Las sociedades de atención a los enfermos tenían un fuerte espíritu de solidaridad (sin utilizar la palabra), en el que se daba preferencia a los pobres; y el deber de atención (por ejemplo, los turnos nocturnos junto a la cama del enfermo) era un deber inalienable de todos los miembros capaces de la comunidad. Con la disolución de las comunidades judías tradicionales (holocausto, emigración de los judíos a Israel y a los países occidentales) el pueblo judío ha pasado rápidamente de la pobreza extrema a la riqueza, incluso a la opulencia. Abrazan cada vez más el neoliberalismo...

DG. *En tu libro Human Dignity, Human Rights, and Responsibility: The New Language of Global Bioethics and Biolaw, has acuñado las expresiones "el ethos de la dignidad humana", y "el más firme estatus moral". Para alcanzar este estatus, la dignidad humana debe ser reforzada y protegida mediante la conversión de los valores humanos básicos en derechos humanos. ¿Podría explicar el contenido de esta expresión: "El espíritu de la dignidad humana"?*

MB. El *ethos* es un conjunto de ideas, una visión que no tiene un solo autor/autoridad detrás, ni tampoco límites claros (esto se ve, por ejemplo, en el debate sobre la condición de persona del embrión), pero tiene un núcleo de significados entrelazados en las narrativas. El amor romántico es una especie de *ethos*. El neoliberalismo es otro. Sostengo que todas las tradiciones que hablan de la dignidad humana comparten la idea central de que el ser humano individual tiene una posición moral especial y que esta posición especial se comparte por igual entre todos los individuos humanos.

Pienso que es posible rastrear algunos elementos que existen en todas (o casi todas) las narraciones de la dignidad humana, y desarrollo estos puntos. Una cuestión es la "inocencia moral", entendida como una forma de vida que no requiere depredación. La gente a menudo explota a los demás. Sin embargo, nadie piensa que el canibalismo o la violación o el "vampirismo" en las relaciones laborales sean necesarios para la supervivencia y mejora del ser humano. Las competiciones de suma cero por la supervivencia son raras excepciones, no el modo de vida humano. La mayoría de las crías de animales mueren antes de su madurez. Es imposible concebir un mundo en el que ningún animal sea comido por otro. Es posible imaginar un mundo en el que la explotación y la matanza de seres humanos sea necesaria para la supervivencia de los demás seres humanos. En las sociedades no humanas, es natural que los vulnerables sean presas de los otros. Por eso el *ethos* de la dignidad humana es un

cambio radical en la percepción de la naturaleza humana. Este *ethos* no se desarrolló a partir de la observación de los fenómenos naturales. Es un invento cultural.

En mi libro, hago dos cosas complementarias. Primero, reconstruyo la "dignidad" a partir de diversas narrativas. Luego exploro filosóficamente lo que implica desarrollar una vida digna en términos de excelencia e inocencia moral.

DG. *Te ha interesado mucho la relación entre el arte y la medicina. Has escrito algunos artículos sobre las relaciones del arte contemporáneo con la ética de la anatomía.*

MB. Sí. También he escrito sobre arte y medicina social y sobre Goya y la buena muerte y la relación médico-paciente. El arte nos ayuda a realizar *thick descriptions*, tomando prestado el lenguaje de Greertz, en temas de bioética.

DG. *Has colaborado en una monografía sobre la artista israelí Aya Ben Ron, explorando su percepción de la muerte y la moralidad y el tema de la memoria colectiva inconsciente del dolor.*

MB. Sí. Se ha convertido en una amiga, una artista de mi edad y contexto cultural. Combina diferentes medios para tratar temas relacionados con el dolor, el trauma y la curación. Ella representó a Israel en la última Bienal de Venecia, y tuve el privilegio de ayudarla un poco.

DG. *El objetivo principal y más importante de la ética es la promoción de la responsabilidad en los seres humanos. En tus escritos sobre la categoría de responsabilidad has distinguido tres etapas en su desarrollo. ¿Podrías explicarlas?*

MB. Las tres etapas se remontan a la filosofía francesa de principios del siglo XX. Su introducción en bioética fue iniciativa de Fabrizio Turoldo. Me pidió que escribiera con él un trabajo sobre ello y esto me introdujo en el tema. Luego he incorporado las ideas de los psicólogos Staudinger y Sternberg. Hay tres condiciones para la responsabilidad personal: la humanización (en tanto que humanos somos responsables, no animales o demonios, etc.); la individuación (porque cada individuo humano es responsable de sus acciones, en gran medida a expensas de la responsabilidad del grupo) e la interiorización (es decir, cada persona reconoce su responsabilidad y se identifica con sus responsabilidades). He trabajado mucho esta última parte: cómo cada persona es un lugar único de responsabilidad. Cada persona tiene un conjunto diverso de responsabilidades. Por ejemplo, tengo responsabilidades con mis pacientes, mis hijos, mis amigos, mi trabajo, mi comunidad, mi mascota, etc. La organización y priorización de estas responsabilidades es clave para la identidad personal.

DG. *El año pasado organizaste un simposio sobre "Medicina personalizada" en la Academia Pontificia de Ciencias, en el Vaticano. ¿Será la medicina del futuro?*

MB. En el pasado la medicina apenas podía hacer nada biológicamente beneficioso. Hoy en día, muchas intervenciones "basadas en pruebas" tienen un impacto "estadísticamente significativo" en la salud. Tal vez demasiadas. La medicina clínica consiste en encontrar esas pocas intervenciones que nos ayudan sustancialmente, que no nos abruman como agentes, que no nos esclavizan a los regímenes de salud y que no nos distraen de nuestras responsabilidades y proyectos de excelencia. La

adherencia a la atención médica es ya en sí un gran problema. La medicina personalizada sigue añadiendo elementos que parecen excesivos para que las personas sean capaces de manejarlos. Quienes se enfrentan a una crisis vital de corta duración (por ejemplo, un cáncer de pulmón) pueden beneficiarse mucho de la interrupción de su vida ordinaria sometiéndose a un proceso de medicalización total de su existencia. Pero esta no parece ser una buena recomendación para la vida ordinaria. Creo que la medicina personalizada está llamada a jugar un papel importante en el autocuidado de los ricos. Funciona como una marca y abastece a aquellos que buscan trajes hechos a medida. Pero no hay indicios de que vaya a mejorar los determinantes sociales de la salud. Estos son los verdaderos factores de nuestra salud y del cuidado de la salud. La medicina personalizada observa las diferencias entre los individuos; sin embargo, nuestros cuerpos, mentes y salud evolucionan en entornos compartidos. La medicina social sigue siendo relevante, a pesar de que aún no habla el lenguaje de la medicina personalizada.

DG. *Tú estás profundamente ligado a la cultura mediterránea, especialmente a Italia. Por otro lado, conoces muy bien España y la cultura española. ¿Cuál crees que es el papel de la cultura mediterránea en el campo específico de la bioética? ¿Podríamos hablar de algo "específico"?*

MB. No estoy seguro de conocer mucho España o Italia..., ni incluso Israel. Admiro a España por su suave transición a la democracia y su búsqueda de la paz, incluso tras los ataques terroristas de 2004. Admiro a Italia por su fuerte gobierno local – el buen funcionamiento de muchas de sus comunidades, incluso cuando el propio Estado sufría el fascismo, o la inflación, o muchos otros problemas estructurales. Creo que las culturas del Mediterráneo han sido siempre bastante pragmáticas y sincréticas, rápidas en adoptar nuevas ideas y tecnologías. España, Italia e Israel han suscrito la cultura de los derechos humanos posterior a la Segunda Guerra Mundial, a la vez que cultivan sus ricas y vigorosas tradiciones locales que dotan de fuerza y vigor al contenido más abstracto de las leyes y principios sobre "el ser humano".