

BIOÉTICA GLOBAL, Y DEBATES AL INICIO Y FIN DE LA VIDA EN LATINOAMÉRICA

20 años de FELAIBE

Francisco Javier León Correa (Editor)

VIII CONGRESO LATINOAMERICANO Y DEL CARIBE DE
BIOÉTICA

"Bioética y sociedad en Latinoamérica"
20 años de FELAIBE:
Homenaje a los fundadores

23-24-25 de Junio de 2011
VIÑA DEL MAR, Chile

Información e inscripción:
www.bioeticachile.cl/felaibe
felaibe@gmail.com

SANTIAGO DE CHILE, 2012

FELAIBE



Fundación Ciencia y Vida



**Actas del VIII CONGRESO LATINOAMERICANO Y DEL CARIBE DE
BIOÉTICA
y de las XII Jornadas Nacionales Sociedad Chilena de Bioética**

**23-24-25 de Junio de 2011
VIÑA DEL MAR, Chile**

Copyright: FELAIBE

**Edita: FELAIBE, Sociedad Chilena de Bioética, Fundación Interamericana
Ciencia y Vida**

1ª edición en formato pdf: Enero 2012. Santiago de Chile.

ISBN: 978-956-345-993-7

Prohibida su reproducción total o parcial

Composición y diagramación: Alejandra León Arratia

ÍNDICE

<i>PRÓLOGO. 20 años de FELAIBE: pasado, presente y futuro de la Bioética en Latinoamérica. Francisco Javier León Correa</i>	5
Parte 1ª.- BIOÉTICA GLOBAL Y AMBIENTAL	
<i>El Protocolo de Nagoya y su incidencia en la protección de la biodiversidad. Diana Rocío Bernal Camargo, Axel David Murillo Paredes</i>	9
<i>Implicaciones bioéticas de la nanotecnología y la nanomedicina. Beatriz E Cárdenas, M^a. del Carmen Cid, Ángela Beatriz Silva</i>	17
<i>Da sociedade de consumo à sociedade sustentável: possibilidades bioéticas para a sustentabilidade planetária. Daniel Rubens Cenci, Aline Dornelles Madrid, Livia Dornelles Madrid.</i>	25
<i>Hacia una reformulación del paradigma bioético. Diego Fonti, José Alessio, Mónica Heinzmann.</i>	35
<i>Propuesta de Programa para la Asignatura Animales desde una perspectiva Bioética. Marta Elena Herrera Álvarez</i>	44
<i>Primera Comisión Universitaria de Bioética y Bioseguridad. Carmen C Malpica, Nereyda Hernández, Jorge Oliveros, Maribel Bont</i>	56
<i>RurUrbanización Inversa a través de la Adopción Arbórea por la Infancia: Una Propuesta Bioética en Desarrollo de Infraestructura Ecológica. Ricardo Andrés Roa-Castellanos</i>	63
<i>Una propuesta bioética ante una cultura ambiental. Santiago Roldán García</i>	71
<i>Propuestas desde la bioética por el caso Fukushima. Ángela Beatriz Silva García. Beatriz Eugenia Cárdenas Morales, María del Carmen Cid Velasco.</i>	87
Parte 2º.- CUESTIONES ÉTICAS AL INICIO DE LA VIDA	
<i>Principios teóricos operativos para orientar la reflexión bioética clínica en la atención neonatal. Carmen Barraez de Ríos</i>	92
<i>Indisponibilidad de la vida humana inicial: un punto de convergencia para sociedades postseculares. Pamela Chávez Aguilar</i>	101
<i>A dignidade da pessoa como limite às pesquisas realizadas com embriões humanos excedentes. Viviane Teixeira Dotto Coitinho, Charlise Paula Colet</i>	108
<i>Homoparentalidade: um direito em construação. Jacqueline Custódio</i>	119
<i>Questões de bioética postas em cena no filme “Não evocarás o Santo Nome de Deus em vão” de Krzysztof Kieslowski. Ana Carolina da Costa e Fonseca</i>	127
<i>El derecho a la vida de la persona por nacer. Susana Isabel Estrada, Graciela E. Assaf de Viejobueno</i>	132
<i>Relación médico-paciente en la toma de decisiones en el diagnóstico de anecefalia. Marie Lourdes González Bernardi</i>	150
<i>La presencia de una entidad corporal desde las primeras horas de la vida humana. Alejandra Huerta Zepeda</i>	157
<i>Constitución biológica y ontológica de la vida y el origen de la personalidad jurídica. Miguel Angel León Ortiz</i>	161
<i>Clonagem terapéutica: causas e conseqüências. Janete Rosa Martins</i>	175
<i>El embrión, el feto y la vida humana. Nelly Minyersky, Lily R. Flah</i>	182

Conocimientos y actitudes de los profesionales de la salud del Paraguay, sobre el aborto provocado. Julia Maria del Pilar Rivarola E.	198
<i>Diagnosis genética preimplantatoria, individuo y sociedad. Rodrigo Serrano</i>	219
<i>Precisiones conceptuales en torno a la Interrupción de embarazos con niños malformados Incompatibles con la vida extrauterina. Sergio Valenzuela</i>	225
<i>Política de salud en materia de aborto en España: un ejemplo a no seguir. Luis Vivanco, Blanca Bartolomé, Montserrat San Martín</i>	230

Parte 3ª.- CUESTIONES ÉTICAS AL FINAL DE LA VIDA

<i>Cuestiones éticas sobre la sedación al final de la vida. Paulina Taboada R</i>	244
<i>Visión de la muerte digna en pacientes terminales. Nicolás Alberto Bazán, Ana Victoria Lludgar, Alejandro Barceló</i>	249
<i>Casp Hannah Jones. Reflexión en torno a muerte ‘digna’ y autonomía del paciente adolescente. M Bosch, IC Colecchia, G Faiman, E Habif, A Ivenskis, M Lachowicz, A Losoviz</i>	262
<i>Los Cuidados Paliativos como Derechos Humanos Básicos. Mª Susana Ciruzzi</i>	269
<i>El final de la vida. Alicia Fajardo</i>	280
<i>Envelhecimento e cuidados paliativos: Um paradigma para a Medicina. Astrid Heringer</i>	287
<i>Mirada bioética a la experiencia del cuidador informal de persona con cáncer en etapa terminal de la enfermedad. Karin Morales Manríquez</i>	298
<i>Paciente Terminal: Proporcionalidad versus Encarnizamiento terapéutico. Inés Toro Aguayo, Claudio Yáñez Lagos, Cristian Vargas Manríquez</i>	309
<i>Evaluación Crítica del manejo del paciente postrado, una visión personalista. Claudio Yáñez Lagos, Inés Toro Aguayo, Cristian Vargas Manríquez</i>	314

PRÓLOGO. 20 AÑOS DE FELAIIBE: PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE LA BIOÉTICA EN LATINOAMÉRICA

Francisco Javier León Correa

Del 23 al 25 de junio del 2011 tuvo lugar en Viña del Mar el VIII Congreso de la Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética (FELAIIBE) y las XII Jornadas Anuales de la Sociedad Chilena de Bioética. Se cumplieron veinte años de la fundación de FELAIIBE por parte del prof. Alfonso Llano de Colombia, del Dr. José A. Mainetti de La Plata, Argentina, y del Dr. Pablo Pulido de Venezuela. En estos años se han sucedido los congresos, la creación de centros, asociaciones, sociedades de bioética, en muchos de los países latinoamericanos. Lo que en un principio era meta ideal e ilusión de unos pocos médicos y académicos de algunos países, que se planteaban difundir el interés por esta nueva disciplina, hoy en día es una realidad.

Desde el último Congreso de FELAIIBE realizado en el 2009 en Mendoza, Argentina, han fallecido tres miembros de FELAIIBE e insignes profesores que han aportado mucho a la difusión de la Bioética en sus países: Sergio Cechetto, en Mar del Plata, Argentina; Héctor Gross-Espiell, miembro del Comité de Bioética de la UNESCO, en Uruguay; y Oswaldo Chaves Cevallos, que desarrolló su amplia tarea en Ecuador y Venezuela. A ellos les dedicamos un merecido homenaje en nuestro Congreso.

En estos últimos años ha habido un desarrollo importante de la Bioética en Latinoamérica. Necesitamos entender mejor los retos actuales que enfrenta y cuáles pueden ser las líneas que nos van a exigir una mayor dedicación en el futuro, dentro de la situación general. Estamos en los comienzos de la difusión y aplicación de la bioética clínica, en el ámbito académico y en el clínico, con el desarrollo legislativo de los derechos y deberes de los usuarios del sistema de salud y la institucionalización de los Comités de Ética en los Hospitales. La bioética ha aportado a la reflexión y el debate públicos de los principales temas valóricos relacionados con la vida y la ciencia, se ha introducido en los currículos académicos y la formación de pregrado de bastantes de las carreras de la salud y también de otras, y en la formación continuada de posgrado de muchos profesionales, a través de diplomas y maestrías por toda Latinoamérica. Se han extendido en bastantes países la constitución y el trabajo de los comités de ética, tanto de ética de la investigación biomédica, como de los de ética asistencial o clínica, en instituciones de salud, aunque aún no tienen todo el desarrollo que deseáramos.

Sin embargo, muchos de los problemas ético-clínicos, no provienen directamente de la relación profesional de la salud-paciente, sino de otros tres factores importantes: los determinantes sociales de la salud –y especialmente la pobreza-, los problemas institucionales, y los problemas éticos planteados por las políticas y sistemas de salud. La bioética debe afrontar las situaciones sociales y la erradicación de la pobreza como un primer imperativo ético, y a la vez, debe impulsar la promoción de la ética institucional, y el control desde la ética social de las políticas públicas de salud y de la evolución del propio sistema de salud, así como de las relaciones y adecuación entre el sistema y las exigencias y necesidades de la sociedad.

Esto se puede lograr dando contenido a los principios de la bioética y buscando una fundamentación complementaria de las visiones éticas, al menos de las que promueven principios universalizables. No basta con una aplicación superficial de los cuatro principios clásicos, entendida en muchas ocasiones desde el individualismo liberal dominante, para asegurar en nuestros países el respeto a los derechos o la mejora de la situación vulnerable de gran parte de la población. El desarrollo de la bioética de liberación y de protección en Latinoamérica, la ética institucional y empresarial aplicada

a las instituciones de salud, las propuestas de las éticas del desarrollo y de la interculturalidad, y la necesidad de legislar y los debates sociales y en los medios de comunicación, han llevado a un reciente desarrollo de la Bioética como una ética institucional, social y política, con estudios en Latinoamérica sobre pobreza, justicia e igualdad en salud, que van y deben ir más allá de la bioética general y clínica.

A estos tres temas, enseñanza y formación de los profesionales de la salud en bioética, comités de ética y lo que podemos denominar “bioética social” dedicamos una gran parte del Congreso de FELAIIBE, y las ponencias y comunicaciones han sido editadas por separado en tres volúmenes, uno para cada tema, con el fin de facilitar su consulta y difusión.

Pero además, en el Congreso se desarrollaron otros temas que no podían faltar. Por un lado, los debates en torno al inicio y el fin de la vida humana, que fueron el comienzo de la bioética como disciplina ética aplicada, y que siguen siendo hoy en día fundamentales en el debate valórico social; y por otro lado, la Bioética global, que tiene sus inicios en la obra de Potter, con su dimensión de instrumento universal para la resolución global de los problemas que hoy en día son también globales, y las propuestas de una bioética ecológica.

En el presente volumen se recogen así algunas de las ponencias y comunicaciones que se presentaron en el Congreso de FELAIIBE sobre bioética global y ecológica, inicio y fin de la vida humana, desde diferentes posiciones y siempre en un diálogo constructivo basado en el respeto mutuo.

La Bioética es ayuda en la toma de decisiones, diálogo y deliberación, y también, especialmente en nuestros países, solidaridad y compromiso con el respeto de los derechos humanos fundamentales. Es un importante objetivo de la Bioética la promoción de los derechos humanos fundamentales –especialmente el derecho a la vida y a la salud- y el análisis de las consecuencias prácticas de la justicia en nuestras sociedades, para superar defectos institucionales de nuestros sistemas de salud.

Esta fue la intención de los fundadores de FELAIIBE hace veinte años, y sigue siendo hoy una presente inquietud en todos los que hemos participado y promovido sus actividades. Queremos seguir ayudando a construir espacios de diálogo, de respeto mutuo, pero la intención va más allá aún, y es ayudar al desarrollo de un debate plural sobre el papel de la ética en las sociedades democráticas participativas y maduras, como queremos que sean las nuestras. Ese es el futuro, siempre abierto a nuestra acción a pesar de los obstáculos presentes y de los que puedan venir más tarde, que nunca son motivo de pasividad pesimista, sino impulso de propuestas positivas de actuación en el ámbito clínico, institucional y social, desde nuestra mirada bioética.

AUTORIDADES

COMITE ORGANIZADOR

Presidentes Honorarios: Prof. Dr. Alfonso Llano, Colombia; Dr. José Alberto Mainetti, Argentina; Prof. Dr. Fernando Lolas Stepke, Chile.

Presidente: Prof. Dr. Francisco Javier León Correa, Chile

Vicepresidente: Prof. Gilberto Cely Galindo, Colombia

Secretaria General: Dra. María de la Luz Casas, México

Coordinadora Administrativa: Prof. Rosa Niño, Chile

Coordinadores Institucionales: Dr. Carlos Echeverría, Prof. Mara Muñoz, Chile

Coordinadores Científicos: Dr. Juan Pablo Beca, Chile; Prof. Gonzalo Figueroa, Chile;

Prof. Victoria Navarrete Cruz, México; Prof. Ludwig Schmidt, Venezuela.

COMITE CIENTIFICO

Dr. Germán Calderón, Colombia. Dra. Sandra Fábregas, Puerto Rico. Dr. Marta Fracapani de Cuitiño, Argentina. Dr. Agustín García, Ecuador. Dra. Alicia Losoviz, Argentina. Dr. Roberto Llanos, Perú. Dra. Delia Outomuro, Argentina. Dr. Luis Alberto Picard-Ami, Panamá. Dr. Alberto Rojas, Chile. Dr. Miguel Suazo, República Dominicana. Dra. Paulina Taboada, Chile. Dra. Martha Tarasco, México.

COMITE LOCAL CHILE

Prof. Irene Acevedo, Prof. Verónica Anguita, Prof. Alejandrina Arratia, Dra. Gladys Bórquez, Prof. Isabel Cornejo Plaza, Dr. Jaime Jeldres, Dr. Patricio Michaud, Dr. Julio Montt, Prof. Mara Muñoz, Dra. Cecilia Orellana, Sra. Mónica Rojas Urzúa, Prof. Laura Rueda, Dra. Gloria San Miguel, Dr. Manuel Santos, Dr. Alejandro Serani, Prof. Angélica Sotomayor, Dr. Ricardo Vacarezza, Dr. Carlos Valenzuela, Dr. Sergio Valenzuela, Prof. Javiera Verdugo.

ORGANIZAN

FELAIBE

SOCIEDAD CHILENA DE BIOÉTICA

AUSPICIOS

Asociación Argentina de Bioética

Asociación de Bioética de Panamá ABIOPAN

Asociación Chilena de Derecho Sanitario

Asociación Iberoamericana de Derecho Sanitario

Asociación Nacional Colombiana de Bioética ANALBE

Asociación Peruana de Bioética ASPEBIO

Centro de Ética. Universidad Alberto Hurtado, Chile.

Centro de Estudios de Ética Aplicada, Universidad de Chile

Centro de Estudios Interdisciplinarios de Bioética, Universidad de Chile

Centro de Bioética Pontificia Universidad Católica de Chile

Centro de Bioética Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Chile

Centro Nacional de Bioética, de México.

Centro Nacional de Bioética de Venezuela CENABI
Centro Universitário São Camilo (São Paulo – Brasil)
Comisión Nacional de Bioética, México.
Departamento de Ética del Colegio de Médicos de Chile
Federación Puertorriqueña de Bioética
Instituto de Bioética-CENALBE. Universidad Javeriana, Colombia.
Ministerio de Salud MINSAL, Chile
Programa de Bioética y Derecho. Universidad de Chile.
Sociedad Ecuatoriana de Bioética
Sociedade Brasileira de Bioética

PATROCINADORES

Colegio Médico de Chile
Dirección de Sanidad de la Armada de Chile
Escuela de Postgrado, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile
Facultad de Derecho. Universidad de Chile.
Facultad de Medicina de la Universidad Diego Portales
Instituto de Ciencias Religiosas. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso
Pontificia Universidad Católica de Chile
Universidad Andrés Bello, sede de Viña del Mar

EL PROTOCOLO DE NAGOYA Y SU INCIDENCIA EN LA PROTECCIÓN DE LA BIODIVERSIDAD

A propósito de la participación y protección de los pueblos indígenas de América Latina

*Diana Rocío Bernal Camargo*¹

*Axel David Murillo Paredes*²

Introducción

Con ocasión de la Décima Conferencia de las Partes del Convenio de Diversidad Biológica (CDB), se logró la iniciativa de declarar esta década como “*la década de la biodiversidad*”, lo cual evidencia la necesidad de buscar estrategias que pongan en marcha los propósitos y acuerdos tanto del CDB como de las diferentes conferencias hasta ahora desarrolladas.

Uno de los temas de mayor sensibilidad en el CDB es el relativo al acceso a recursos genéticos, y precisamente en esta COP-10 en Nagoyá se concertó y adoptó el “*Protocolo de Nagoya sobre Acceso a los Recursos Genéticos y participación justa y equitativa en los beneficios que se deriven de su utilización al Convenio sobre la Diversidad Biológica*”, el cual constituye un importante complemento al CDB, más aún cuando el actual avance de la ciencia y tecnología para la protección de la vida, de cualquier forma de vida, tiene un importante soporte en las investigaciones en recursos genéticos.

Teniendo en cuenta este instrumento, se pretende con esta presentación dar a conocer y reflexionar los alcances del Protocolo y en general de la COP – 10 en relación con la protección de la biodiversidad en el contexto de los pueblos indígenas de América Latina, como quiera que son sujetos importantes en materia de protección de la biodiversidad, para lo cual se seguirá el siguiente orden: 1) pueblos indígenas y biodiversidad, 2) La protección de la biodiversidad en el Convenio de Diversidad Biológica y sus Conferencias de las Partes y, finalmente, se hará referencia a 3) El Protocolo de Nagoyá.

1. Biodiversidad y Pueblos Indígenas

El interés o la preocupación por la protección del medio ambiente encuentra un referente importante en la Declaración de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente Humano, también llamada Declaración de Estocolmo de 1972, a través de la cual se inicia un proceso de inclusión de lo ambiental en la agenda internacional.

En la década de los ochenta, con ocasión de la necesidad de un consenso para mitigar los efectos del deterioro ambiental, se abre paso al Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente, en el que se empieza a hablar de la diversidad biológica o biodiversidad como piedra angular de la agricultura sostenible y de la seguridad alimentaria mundial. La diversidad biológica se refiere a todos los organismos vivos,

¹ Doctora en Derecho, Universidad Rey Juan Carlos (España). Magister en Bioética y Biojurídica, Universidad Rey Juan Carlos (España). Especialista en Derechos Humanos, Universidad Complutense de Madrid. Especialista en Derecho y Nuevas Tecnologías sobre la vida, Universidad Externado de Colombia. Abogada, Universidad de Boyacá (Colombia). **Profesora investigadora de la Universidad del Rosario (Colombia), Facultad de Jurisprudencia, Grupo de Investigación en Derechos Humanos.**

² Abogado, Corporación Universitaria Republicana. Auxiliar de investigación del Grupo Bioética y Nuevos Derechos de la Fundación de Bioética, Biojurídica y Derecho Sanitario (Colombia).

su material genético y los ecosistemas de los cuales forman parte. La biodiversidad se manifiesta por lo tanto a tres niveles: la diversidad de **ecosistemas**, la diversidad entre las **especies** y la diversidad dentro de cada especie (**genes**)³.

En relación con los pueblos indígenas, la biodiversidad ha sido considerada como patrimonio de los pueblos locales al amparo de sus normas consuetudinarias que buscaban su protección y conservación. Es así como la Conferencia sobre Medio Ambiente y Desarrollo de 1992, la Conferencia de Río, reconoció la importancia que las prácticas ambientales indígenas deberían tener en el futuro más inmediato de las políticas de desarrollo sostenibles en el ámbito nacional y mundial⁴.

Acorde con estos postulados, resulta necesario tomar en cuenta la visión de los pueblos indígenas sobre la conservación de la biodiversidad. Es vital el reconocimiento que los pueblos dan a conservación de los recursos ambientales y a la utilización de dichos recursos y del medio ambiente de conformidad con sus prácticas culturales y espirituales. En donde esa preocupación por la biodiversidad, y en general por la protección al medio ambiente, debe analizarse bajo el concepto mayor de Madre Tierra, en donde *“la utilización de sus tierras y recursos naturales según las costumbres tradicionales y culturas es fundamental para el mantenimiento de las culturas de estos pueblos y sus formas de vida”*⁵. Es decir, que el vínculo entre la cultura y el medio ambiente es evidente para los pueblos indígenas. Todos los pueblos indígenas comparten una relación espiritual, cultural, social y económica con sus tierras tradicionales. Las leyes, costumbres y prácticas tradicionales reflejan tanto una adhesión a la tierra como la responsabilidad por la conservación de las tierras tradicionales para su uso por las generaciones futuras⁶ y en pro de la protección y conservación del medio ambiente como principio rector y fin último de los diferentes instrumentos nacionales e internacionales que existen sobre este tema, entre ellos el Protocolo de Nagoya, que es el objeto de reflexión en este documento.

2. Protección de la biodiversidad: El Convenio de Diversidad Biológica, de COP 1 a COP 9

³ ESTRELLA, J., MANOSALVAS R. & MARIACA, J. *Guía para el Acceso a los Recursos Genéticos en el Ecuador*. EcoCiencia, Instituto Nacional Autónomo de Investigaciones Agropecuarias y Ministerio del Ambiente. Quito: 2002. Pág. 10

⁴ El principio 22 de la declaración de Río reconocía un papel vital a los pueblos indígenas en el manejo y desarrollo del medio ambiente debido a sus conocimientos y prácticas tradicionales, y afirmaba que los estados deberían reconocer y apoyar fuertemente su identidad, cultura e intereses y permitir su participación efectiva en el alcance del desarrollo sostenible. El principio 13(d) del acuerdo sobre los bosques afirmaba que la capacidad indígena apropiada y el conocimiento local en cuanto a la conservación y desarrollo sostenible de los bosques debería, a través del apoyo institucional y financiero, y en colaboración con las gentes a la que les atañe de las comunidades locales, ser reconocida, respetada, recordada, desarrollada (compensada) y, si es apropiado, introducida en la implementación de programas. El párrafo 26.1 del capítulo 26 de la agenda 21 afirmaba que en vista de su interrelación con el medio ambiente natural y con su desarrollo sostenible y con el bienestar cultural, social, económico y físico de los pueblos indígenas, el esfuerzo nacional e internacional por implementar medioambientalmente un desarrollo sostenible debería reconocer, acomodar, promover y reforzar el papel de los pueblos indígenas y sus comunidades.

⁵ BERRAONDO LÓPEZ, Mikel. “Pluralismo Jurídico, Medio Ambiente y Pueblos Indígenas. Hacia un nuevo Derecho Humano al Medio Ambiente” En BERRAONDO LOPEZ, Mikel. *Políticas de Reconocimiento del Pluralismo Jurídico y el Derecho Indígena en América Latina*. Universidad de Deusto. Bilbao, 2001. Pág. 4

⁶ Organización de las Naciones Unidas, ONU. *Folleto No. 10: los pueblos indígenas y el medio ambiente* [en línea] Junio de 2001 [ref. 05 de mayo de 2010] Disponible en Web: <<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/GuideIPleaflet10sp.pdf>>

El Convenio de Diversidad Biológica de la ONU es el marco legal obligatorio para la conservación y el uso sostenible de la biodiversidad, que surge como producto de los movimientos ambientalistas, de campesinos de la década de los '80 y de la labor desarrollada por la Unión Mundial para la Naturaleza – UICN-, los cuales tuvieron acogida en el seno de Naciones Unidas, específicamente en el PNUMA, de donde se propuso la creación de un grupo de expertos⁷, el cual estableció la necesidad de crear un documento global en pro de la protección por la diversidad biológica, puesto que regulación existente hasta ese entonces contenía cuestiones específicas que no apuntaban a esa intención global.

Producto de una serie de discusiones y rondas de negociación surge el Convenio de Diversidad Biológica, el cual se suscribió el 5 de junio de 1992 en Río de Janeiro junto con la Agenda 21, La Declaración de Río sobre el Desarrollo Sostenible, la Declaración de Bosques y el Convenio Marco de Naciones Unidas sobre Cambio Climático, y entra en vigencia el 29 de diciembre de 1993⁸

Durante el proceso de elaboración de los documentos previos al CDB, no hay evidencia o registro alguno que dé cuenta de la participación de los diferentes grupos étnicos o sus representantes para la elaboración del mismo, lo que pone al descubierto la falta de integración de los pueblos indígenas en la discusión y elaboración de documentos y políticas de protección de la diversidad biológica.

Sin entrar en mayores detalles del CDB, una de las principales críticas que puede hacerse, y que da lugar a la búsqueda de un instrumento de mayor alcance, es la falta de una mayor cohesión para los Estados Parte, puesto que en muchos de los apartados del Convenio se lee la expresión “*en la medida de lo posible*”, que da lugar a que los compromisos queden en la buena voluntad de los Estados, quienes eventualmente se pueden excusar en ella para justificar la falta de acción gubernamental. Con esta expresión se libera a los Estados de lo que es un deber propiamente, en consecuencia se otorga la posibilidad de cumplir o no con su cometido y en caso de que no exista legislación cohesiva las disposiciones del mismo se dejan a la buena voluntad⁹. En lo que hace referencia a los aspectos formales del convenio, vale indicar que en éste se establecen los lineamientos generales y comunes a los diferentes instrumentos internacionales, esto lo concerniente a las reservas, los adiciones de protocolos, las ratificaciones, etc.

Para efectos del seguimiento y aplicación del CDB, el artículo 23 estableció la llamada *Conferencia de las Partes*, con la facultad de reunirse periódicamente. Dentro de la estructura normativa de Convenio se estableció un sistema de informes, que ya existe en otros instrumentos internacional particularmente para la protección de derechos humanos, de manera que cada uno de los Estados se comprometió a presentarlos a la Conferencia de manera periódica, y relación con las medidas que cada uno adopte para dar aplicación al Convenio y para el logro efectivo de los objetivos propuestos en este instrumento¹⁰.

⁷ Este grupo fue creado por el Consejo de Administración mediante la Decisión 14/26 de 1987

⁸ El Estado Colombiano suscribió el Convenio el 12 de junio de 1992 y lo ratificó mediante la Ley 165 de 1994. es de señalar que algunos países, como Estados Unidos, se encuentran en mora de adoptar el CDB, es decir de asumir compromisos internacionales reales en materia de la protección de la diversidad biológica, y en general del medio ambiente.

⁹ AGUILAR R., Grethel, “Acceso a recursos genéticos y protección del conocimiento tradicional en territorios indígenas” En *Conferencia Internacional sobre Comercio, Ambiente y Desarrollo Sustentable: Perspectivas de América Latina y el Caribe* [En línea] Ciudad de México, 19 – 21 de febrero del 2001, pág. 3 [Ref. 18 de mayo de 2010] Disponible en web:

<<http://www.sur.iucn.org/ces/documentos/documentos/62.pdf>>. Pág. 15

¹⁰ *Ibidem*.

El CDB, también prevé mecanismos para la solución de controversias entre “partes contratantes”, dando preferencia siempre la posibilidad de la negociación y al solución amistosa entre ellas como primera medida, y solo en caso imposible acuerdo se prevé “el arbitraje” y el sometimiento de la controversia a la “Corte Internacional de Justicia” El mecanismo de participación de los Estados en los diferentes temas del Convenio ha sido a través de la Conferencia de las Partes, que a su vez ha sido el instrumento de aplicación del Convenio. De las Conferencias de las Partes, vale resaltar:

- **COP-1**, la decisión I/8: *opiniones para medidas legislativas, administrativas o normativas*
- **COP-2**, la decisión II/11 mediante la cual se crea un grupo para la aplicación del artículo 15 del CDB y reitera que los RGH no se encuentran comprendidos en el CDB
- **COP-3**, la decisión III/15 mediante la cual se insta a los gobiernos para que elaboren informes de las medidas respecto de los “programas de investigación sobre recursos genéticos”; DPI(OMC-PI)

Ante necesidad de incluir a los pueblos étnicos en las actividades relacionadas con el CBD, en las Conferencias de las Partes (COP), las cuales se dieron con posterioridad a la elaboración y adopción del Convenio, se vinculó a los grupos étnicos en los grupos de trabajo relacionados con el Convenio, lo cual si bien ha sido de gran importancia, también se ha de señalar que se han presentado una serie de inconvenientes al momento de acoger receptivamente las propuestas y posiciones adoptadas por los pueblos indígenas en estas reuniones.

A partir de la creación de Foro Internacional Indígena sobre Biodiversidad, se inicia una presión de los pueblos indígenas sobre la Conferencia de las Partes, por lo que a partir COP3 hay una mayor vinculación de los pueblos indígenas a través del Foro, y es así como en la Resolución V/16 se reconoce con mayor claridad por parte de la Conferencia la labor que debe ejercer el Foro.

- **COP-4**, la decisión IV/8 crea el grupo de expertos en acceso a recursos genéticos y distribución de beneficios. Retoma la importancia y los elementos del consentimiento informado previo
- **COP-5**, hace referencia a las autoridades especiales y la reglamentación que deben hacer los países para efectos de dar aplicación del Convenio. Incluye en el anexo VI un documentos sobre los “*Elementos para leyes sui generis para proteger los conocimientos, las innovaciones y las prácticas de las pueblos locales e indígenas*”
- **COP-6**, mediante la Decisión VI/24 adopta las Directrices de Bonn
- **COP-7**, Insta a elaborar y negociar un régimen internacional sobre acceso a los recursos genéticos y la participación de beneficios
- **COP-8**, mediante la Decisión VIII/5 adopta un “*Mecanismo para promover la participación efectiva de las comunidades indígenas y locales en asuntos relacionados con los objetivos del Artículo 8 j) y disposiciones conexas*”
- **COP-9**, crea el grupo de expertos en conocimientos tradicionales asociados a recursos genéticos.

La cooperación internacional se ve a lo largo del Convenio y de las diferentes COP, como un principio de vital aplicación, como quiera que para efectos de la conservación de la biodiversidad son los Estados en desarrollo los llamados a no aprovecharse de manera fraudulenta de los recursos naturales de aquellos países en desarrollo, que como se mencionó son generalmente los más ricos en biodiversidad.

En materia del “derecho al desarrollo tecnológico” la cooperación internacional implica no sólo que exista transferencia de beneficios obtenidos a partir de las investigaciones

en recursos genéticos, sino que debería existir un compromiso real por los Estados parte en el sentido de establecer acuerdos específicos que fomenten el desarrollo tecnológico en los países en desarrollo, de tal manera que los Estados establezcan políticas que incentiven la innovación y el desarrollo tecnológico a nivel de biotecnología con el fin de evitar posibles situaciones de inequidad entre las partes contratantes en materia de acceso a recursos genéticos, lo que implica que se deben garantizar una serie de medidas legislativas que faciliten esta finalidad en particular.

3. Protocolo de Nagoya

Con ocasión de la Décima Conferencia de las Partes del Convenio de Diversidad Biológica (CDB), se logró la iniciativa de declarar esta década como “*la década de la biodiversidad*”, lo cual evidencia la necesidad de buscar estrategias que pongan en marcha los propósitos y acuerdos tanto del CDB como de las diferentes conferencias hasta ahora desarrolladas.

Uno de los temas de mayor sensibilidad en el CDB es el relativo al acceso a recursos genéticos como elemento de gran importancia para efectos de la protección de la diversidad genética, la cual se entiende como la variedad de genes entre y dentro de las especies. La diversidad genética dentro de las especies les permite adaptarse para defenderse de nuevas plagas y enfermedades, ajustarse a los cambios en el ambiente, el clima y los métodos agrícolas¹¹.

El Convenio de Diversidad Biológica estableció tres objetivos: la conservación de la diversidad biológica, la utilización sostenible de sus componentes y la participación justa y equitativa en los beneficios que se deriven de la utilización de recursos genéticos, razón por la cual en esta Conferencia de las Partes en Nagoyá se concertó y adoptó el “*Protocolo de Nagoya sobre Acceso a los Recursos Genéticos y participación justa y equitativa en los beneficios que se deriven de su utilización al Convenio sobre la Diversidad Biológica*”, el cual constituye un importante complemento al CDB, más aún cuando el actual avance de la ciencia y tecnología para la protección de la vida, de cualquier forma de vida, tiene un importante soporte en el acceso a recursos genéticos.

Este Protocolo se logra luego de una serie de negociaciones iniciadas por mandato de COP-7, con el fin de “promover el uso de recursos genéticos y de los conocimientos tradicionales correspondientes, y al fortalecer las oportunidades para compartir de manera justa y equitativa los beneficios que se deriven de su uso, el Protocolo generará incentivos para conservar la diversidad biológica y para utilizar de manera sostenible sus componentes, y mejorará aún más la contribución de la diversidad biológica al desarrollo sostenible y al bienestar del ser humano”¹². Este objetivo se puede entender como una medida para regular el acceso a recursos genéticos, pero también, como lo perciben los pueblos indígenas, en relación con sus conocimientos tradicionales y el acceso a recursos genéticos en sus territorios ancestrales, constituye el marco permisivo para la comercialización de la diversidad del planeta, que a juicio de ellos, no es un elemento que deba hacer parte de la economía capitalista.

El Protocolo establece y busca garantizar el cumplimiento y efectividad de la obtención del **consentimiento fundamentado previo** de las comunidades indígenas para el acceso

¹¹ ESTRELLA, J., MANOSALVAS R. & MARIACA, J. *Guía para el Acceso a los Recursos Genéticos en el Ecuador*. EcoCiencia, Instituto Nacional Autónomo de Investigaciones Agropecuarias y Ministerio del Ambiente. Quito: 2002. Pág. 10 - 11

¹² Secretaría del Convenio sobre la Diversidad Biológica, Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente. *Protocolo de Nagoya sobre Acceso a los Recursos Genéticos y Participación Justa y Equitativa en los Beneficios que se Deriven de su Utilización al Convenio sobre la Diversidad Biológica: texto y anexo*. Montreal, Canadá: 2011. Pág. 1

a recursos genéticos cuando ellas tengan el **derecho establecido** para otorgar el acceso a recursos genéticos. Esto significa que primero se debe establecer claramente qué comunidades tienen ese derecho establecido, lo cual implica una eventual contraposición entre el derecho positivo de los Estados Parte y el derecho mayor de los pueblos indígenas, que no consideran que deba existir alguna concesión especial de un Estado para efectos de entender sus titularidad respecto de los recursos genéticos en sus territorios ancestrales.

Ateniendo al papel de los pueblos indígenas, llamados comunidades por el Protocolo, en relación tanto con los conocimientos que poseen respecto de los recursos genéticos como de sus conocimientos tradicionales para el manteamiento y el uso sostenible y adecuado de la diversidad biológica, el Protocolo establece como requisito el **consentimiento fundamentado previo**, el cual va más allá del llamado derecho a la **consulta previa**, en tanto que implican realmente un asentimiento por parte de los Pueblos Indígenas previo el lleno de determinados requisitos y formalidades, mientras que el segundo – la consulta previa – aunque debería tener los mismo alcances, muchos Estados lo han llevado a la práctica como un sistema para informar a los pueblos sin que implique necesariamente el consentimiento y/o consenso entre la comunidad y los Estados o los particulares según el caso.

Resulta interesante mencionar que a propósito de este punto el caso Colombiano cuenta con normas jurídicas que regulan la consulta previa para comunidades indígenas, como lo son la Ley 21 de 1991 –que aprueba y adopta el Convenio 169 de la OIT-, el Decreto 1320 de 1998 y la Directiva 01 de 2010, las cuales también son de aplicación para proyectos de explotación de recursos naturales, y en general del uso y aprovechamiento de la biodiversidad. Sin embargo, a juicio de las organizaciones indígenas colombianas, de diferentes ONG's y de estamentos oficiales, tanto el Decreto 1320 de 1998 como la Directiva 01 de 2010 van en contraposición del Convenio 169, del Convenio de la Diversidad Biológica y ahora también del espíritu del Protocolo de Nagoyá, que pese permitir la realización de contratos para el acceso a recursos genéticos, exige la obtención del consentimiento previo informado de carácter obligatorio, es decir que su decisión ha de ser vinculante para la toma de una decisión final en materia de acceso a recursos genéticos. Adicionalmente, en el evento en que se obtenga ese consentimiento favorable, uno de los compromisos de mayor importancia que adquieren los Estados parte es la búsqueda de la distribución equitativa de beneficios con el fin de buscar proteger de manera especial a los llamados países subdesarrollados o en vía de desarrollo, que son por lo general quienes hacen el aporte de los recursos genéticos por su riqueza en biodiversidad, y en consecuencia lo que tanto el Convenio como el Protocolo pretenden es que así como ellos aportan la materia prima, sean beneficiados con los resultados y/o productos de este tipo de investigaciones.

A propósito del sistema de beneficios establecidos por el Protocolo, es de señalar que los mismos no son de carácter retroactivo y en consecuencia las compensaciones o indemnizaciones que pudieran favorecer a países o comunidades locales que han visto utilizados sus conocimientos y extraídos sus recursos genéticos, han de ser acciones de buena voluntad por parte de las empresas o naciones que han obtenido beneficios por esto.

En relación con el Protocolo, los pueblos indígenas han manifestado, especialmente a través del Foro Internacional Indígena para la Biodiversidad, que si bien este constituye un gran avance en la lucha contra la biopiratería, es de mencionar que reclaman un reconocimiento de ellos como titulares de derechos y no como simples partes interesadas y de enfatizar en el derecho al libre consentimiento previo informado, así como lo indicaron en la declaración de clausura de FIIB en COP – 7, al señalar que:

*“Los pueblos indígenas seguimos muy preocupados respecto al régimen internacional sobre acceso y distribución de beneficios que se propone. Los pueblos indígenas somos titulares de derechos con derechos inherentes, de propiedad e inalienables sobre nuestro conocimiento tradicional y recursos biológicos. **Los recursos genéticos y el conocimiento tradicional están íntimamente unidos.** Hemos reiterado de manera coherente que no estamos participando en estas discusiones para facilitar el acceso a nuestro conocimiento tradicional ni a los recursos genéticos en nuestros territorios. Más bien, participamos para garantizar que nuestros derechos son reconocidos y respetados por las Partes en el desarrollo del régimen propuesto. Aún más, el régimen internacional debe ser coherente con la legislación y normas internacionales de derechos humanos. (Resaltado fuera de texto)*

Reafirmamos que los regímenes de propiedad intelectual actuales son inadecuados e inapropiados para la protección de nuestro conocimiento colectivo y recursos, porque tales regímenes son monopólicos y favorecen la privatización de nuestros recursos bioculturales por las empresas transnacionales, y solo protegen derechos individuales de propiedad intelectual. En los últimos años hemos sido testigos de la enajenación de nuestros recursos colectivos, y la pérdida de modos de sustento local debido al incremento de la biopiratería. Nuestra preocupación por mantener los derechos sobre nuestros conocimientos, prácticas y recursos se funda en nuestro interés por utilizar estos conocimientos a favor del desarrollo autónomo de nuestras comunidades. Por lo tanto, el derecho consuetudinario indígena debe constituir el elemento principal de cualquier régimen sui generis para la protección del conocimiento tradicional (...)

Para concluir (...) los Pueblos Indígenas reafirmamos nuestros derechos fundamentales de libre determinación, y llevaremos a cabo el mandato histórico de nuestros pueblos de cuidar, conservar y preservar nuestra Madre Tierra. Las Partes deben reconocer nuestros derechos territoriales y el derecho a controlar el acceso y el uso de nuestros recursos y conocimiento. Todos nosotros, las Partes, los pueblos indígenas y las futuras generaciones, solo sobreviviremos si somos capaces de frenar la explotación excesiva de los últimos recursos de la biodiversidad del mundo”¹³.

Actualmente los pueblos indígenas resaltan la preocupación por el respeto a su derecho consuetudinario, a sus recursos genéticos y los conocimientos tradicionales, lo cual implica la necesidad de adoptar medidas reales para la aplicación del Protocolo de Nagoyá, y sobre la necesidad de que diferentes países, como Estados Unidos, se adhieran al CDB y en consecuencia al Protocolo con el fin de adoptar planes estratégicos para contrarrestar la pérdida de la biodiversidad, y en consecuencia en este proceso deberá continuar el grupo de trabajo que permitió la adopción del Protocolo de Nagoyá en 2010.

Bibliografía

AGUILAR R., Grethel, “Acceso a recursos genéticos y protección del conocimiento tradicional en territorios indígenas” En *Conferencia Internacional sobre Comercio, Ambiente y Desarrollo Sustentable: Perspectivas de América Latina y el Caribe* [En línea] Ciudad de México, 19 – 21 de febrero del 2001, pág. 3 [Ref. 18 de mayo de 2010] Disponible en web:

<http://www.sur.iucn.org/ces/documentos/documentos/62.pdf>

BERRAONDO LÓPEZ, Mikel. “Pluralismo Jurídico, Medio Ambiente y Pueblos Indígenas. Hacia un nuevo Derecho Humano al Medio Ambiente” En BERRAONDO

¹³ FORO INTERNACIONAL INDÍGENA SOBRE LA BIODIVERSIDAD. *Declaraciones del Foro Internacional Indígena sobre Biodiversidad (FIIB) en la COP 7.* Kuala Lumpur: 2004

LOPEZ, Mikel. *Políticas de Reconocimiento del Pluralismo Jurídico y el Derecho Indígena en América Latina*. Universidad de Deusto. Bilbao, 2001.

ESTRELLA, J., MANOSALVAS R. & MARIACA, J. *Guía para el Acceso a los Recursos Genéticos en el Ecuador*. EcoCiencia, Instituto Nacional Autónomo de Investigaciones Agropecuarias y Ministerio del Ambiente. Quito: 2002.

FORO INTERNACIONAL INDÍGENA SOBRE LA BIODIVERSIDAD. *Declaraciones del Foro Internacional Indígena sobre Biodiversidad (FIIB) en la COP 7*. Kuala Lumpur: 2004

Organización de las Naciones Unidas, ONU. *Folleto No. 10: los pueblos indígenas y el medio ambiente* [en línea] Junio de 2001 [ref. 05 de mayo de 2010] Disponible en Web: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/GuideIPleaflet10sp.pdf>

Secretaría del Convenio sobre la Diversidad Biológica, Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente. *Protocolo de Nagoya sobre Acceso a los Recursos Genéticos y Participación Justa y Equitativa en los Beneficios que se Deriven de su Utilización al Convenio sobre la Diversidad Biológica: texto y anexo*. Montreal, Canadá: 2011. Pág. 1

IMPLICACIONES BIOÉTICAS DE LA NANOBIOOTECNOLOGÍA Y LA NANOMEDICINA

***Dra. en C. Beatriz Eugenia Cárdenas-Morales¹⁻²,
Dra. Ma. del Carmen Cid-Velasco¹, Dra. Ángela Beatriz Silva-García²***

¹ Profesora-investigadora de Tiempo Completo, ² Profesora del curso de Bioética

Facultad de Medicina y Cirugía
 Universidad Autónoma “Benito Juárez” de Oaxaca (UABJO), Oaxaca de Juárez,
 Oaxaca. México becar2003@hotmail.com

Introducción

El origen de la Nanociencia se atribuye al físico norteamericano Richard Phillips Feynman (1918–1988; Premio Nobel de Física en 1965), al haber planteado por primera vez la posibilidad de realizar investigación científica a nivel molecular y atómico durante la histórica conferencia que presentó en el Encuentro Anual de la American Physics Society de 1959: Hay mucho sitio al fondo (“There is a plenty of room at the bottom: an invitation to enter a new field of Physics”), en el Instituto Tecnológico de California (Caltech). Quince años después, Norio Taniguchi de la Tokio Science University introdujo el término Nanotecnología, refiriéndose a “aquella tecnología necesaria para poder fabricar objetos o dispositivos con dimensiones nanométricas”^{14 15}.

No obstante, se considera que las nanodisciplinas iniciaron su desarrollo hasta 1988 cuando Eric Drexler, siendo alumno del Instituto Tecnológico de Massachusetts, publicó en su renombrado libro titulado “Engines of Creation”, la posibilidad de crear sistemas de ingeniería a nivel molecular¹⁶.

Actualmente, la US National Nanotechnology define a la Nanotecnología como “la investigación y el desarrollo tecnológico a nivel atómico, molecular o macromolecular en la escala de dimensión entre 1 a 100 nm., para proporcionar un entendimiento fundamental de los fenómenos y los materiales a nivel nanoescala, y para crear y usar estructuras, dispositivos y sistemas que tendrían nuevas propiedades y funciones debido a su pequeñísimo tamaño”. Asimismo, la Royal Society of UK establece la distinción entre Nanociencia, que incluye “el estudio y la manipulación de partículas a nivel nanoescala” y la Nanotecnología que comprende “el diseño, caracterización y producción de estructuras, dispositivos y sistemas nanométricos”¹⁷.

Por otra parte, el interés de los países por el campo de aplicación de estas nanodisciplinas es diferenciado: mientras que los países asiáticos (en particular China, Japón y Corea) han ponderado su uso para la fabricación de materiales especialmente electrónicos, la investigación en Latinoamérica y África se enfoca a la obtención de productos en el área de la Medicina y de las ciencias ambientales¹⁸.

De las nanotécnicas que se han desarrollado, las más utilizadas son: la microscopía de fuerza atómica (AFM, con la cual investigadores de IBM en Zurich pudieron observar por primera vez los átomos que forman una molécula: el pentaceno), la microscopía de barrido por sonda (SPM), las pinzas ópticas y magnéticas que permiten estudiar las propiedades de mecánica cuántica de la materia viva e inerte como son: su rigidez, textura, adhesividad y fuerzas de enlace en las interacciones intermoleculares e

¹⁴ Feynman R. There’s a plenty of room at the bottom. *Engineering and Science*, 1960, Vol. 23 (5): 22-36.

¹⁵ Taniguchi N. One basic concept of nanotechnology. *Actas de la Conferencia Internacional de Producción* 1974, 18-23.

¹⁶ Drexler KE., *Engines of Creation: The Era of Nanotechnology*. Oxford University Press, 1st Edition, 1990 England.

¹⁷ The Ethics and Politics of Nanotechnology. UNESCO 2006. En www.unesco.org (Consultado: 05/04/2011).

¹⁸ *Ibidem*

intercelulares, así como manipular a los átomos para la fabricación de nanomateriales (buckminsterfullerenos), nanoestructuras (dendrimeros y nanotubos de carbono) y nanosistemas (nanodispositivos, nanopartículas). Sus aplicaciones ya han iniciado en diversas industrias: electrónica, computación e informática, farmacéutica y textil, entre otras, estando actualmente registradas más de 1700 empresas e instituciones relacionadas con la Nanotecnología, la Nanobiotecnología y la Nanomedicina a nivel mundial¹⁹.

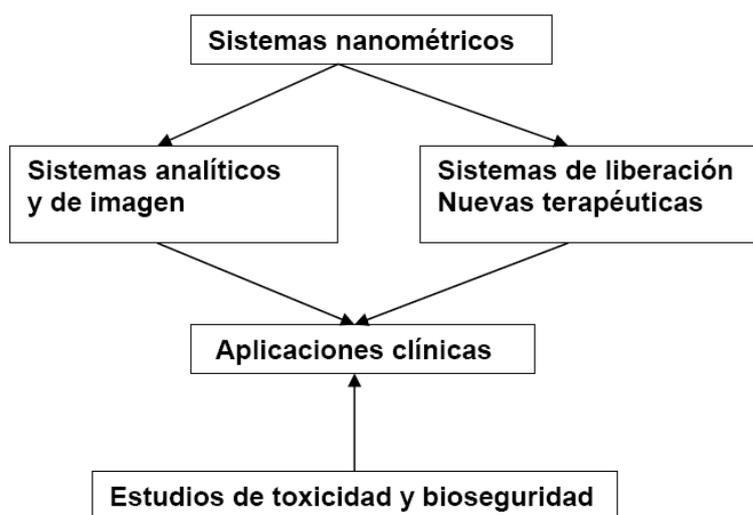
El alcance de esta nueva e innovadora tecnología se considera casi ilimitado, por lo que resulta necesario evaluar la seguridad y los riesgos potenciales de los nanomateriales, así como analizar los dilemas bioéticos que su uso irresponsable pueden generar.

Origen de la nanotecnología y la nanomedicina

A finales del siglo XX, surge la Nanobiotecnología y la Nanomedicina como consecuencia de la aplicación de la Nanociencia y las técnicas de Nanotecnología en el campo de las ciencias médicas y biológicas. Se considera a Robert A. Freitas Jr. el “padre de la Nanomedicina”²⁰.

El U.S. National Institute of Health, la U.K. Royal Society and Royal Academy of Engineering y la European Science Foundation (ESF) acuñaron el término Nanomedicina, y acordaron que su objetivo fundamental es “el control, la reparación y la mejora integral de todos los sistemas biológicos humanos, trabajando desde el nivel molecular con dispositivos de ingeniería y nanoestructuras para lograr beneficios médicos”²¹.

En 2004, la European Science Foundation establece las Plataformas de la Nanomedicina²², cuyos campos de acción están representados en el siguiente esquema:



Campos de acción de las Plataformas en Nanomedicina

¹⁹ European Science Foundation Policy Briefing, ESF Scientific Forward Look on Nanomedicine. 2005 En <http://www.esf.org> (Consultado: 10/04/2011)

²⁰ Freitas R. What is Nanomedicine? *Nanomedicine, Nanotechnology, Biology and Medicine* 2005. Vol. 1(1):2-9.

²¹ UK Royal Society and Royal Academy of Engineers Report. Nanoscience and nanotechnologies: opportunities and uncertainties. En <http://www.nanotec.org.uk> (Consultado: 10/04/2011)

²² Technology Platform on NanoMedicine: Nanotechnology for Health, European Science Foundation, 2005. En <http://www.esf.org> (Consultado:10/04/2011)

(Technology Platform on NanoMedicine: Nanotechnology for Health, ESF 2005)

Como se observa, en las aplicaciones clínicas convergen diversos sistemas nanométricos enfocados al diagnóstico temprano, la prevención y el tratamiento eficaz de las enfermedades; de ahí que las áreas de investigación, desarrollo y aplicación de la Nanomedicina con mayor auge e impulso en la actualidad son:²³

1. Nanodiagnóstico: teniendo como objetivo el poder identificar a las enfermedades desde su inicio a nivel molecular o celular (una o pocas células alteradas), mediante el uso de diversos nanosistemas como nanopartículas y nanodispositivos.
2. Nanoterapéutica: orientada a lograr la anhelada personalización de las medidas de prevención, tratamiento, monitoreo y control de las enfermedades, y a la destrucción selectiva de las células dañadas, evitando los efectos secundarios de los fármacos, por medio de nanomateriales, nanorobots o nanodispositivos.
3. Nanoingeniería de tejidos e implantes: encaminada a evitar el problema del rechazo y a extender el beneficio a un mayor número de enfermos, sin depender de la disponibilidad de donadores.
4. Nanoconocimiento de los procesos básicos de la vida: tendiente a identificar, analizar y explicar los procesos responsables de la auto-organización, autorregulación y autodestrucción de la materia viva a nivel molecular y atómico.
5. Nanotoxicología: referente al riesgo latente de toxicidad para todos los organismos y el medio ambiente de los productos nanotecnológicos (como la hipotética plaga gris o “gray goo” de Eric Drexler, que acabaría con toda la materia viva del planeta por la mutación accidental de una nanomáquina, o debido a significativas alteraciones celulares como: daño mitocondrial, disfunción endotelial y fagocitaria, mayor estrés oxidativo, inflamación, alteraciones del ciclo celular y del ADN).

Llama la atención, de manera muy significativa, que en la propuesta sobre las Plataformas de la Nanomedicina hayan sido soslayados los aspectos bioéticos de esta nueva disciplina, ya que la necesidad de un uso racional y responsable de los productos y materiales nanotecnológicos deriva de cuestionamientos como los siguientes:

- ¿Conseguirán estas tecnologías mantener o restablecer el estado de salud integral de las personas; o únicamente se logrará la prevención y curación de la alteración orgánica? ¿Es tan sólo esto lo que deseamos?

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Constitución de 1946, el concepto de salud se refiere no solamente a la ausencia de enfermedades sino “al estado de completo bienestar físico, mental y social”. Por ello, el estado de salud es una aspiración constante de la Humanidad e implica que todas las necesidades fundamentales de la persona (fisiológicas, emocionales, afectivas, familiares, sociales y

²³ European Science Foundation Policy Briefing, ESF Scientific Forward Look on Nanomedicine. 2005 En <http://www.esf.org> (Consultado: 10/04/2011) UK Royal Society and Royal Academy of Engineers Report. Nanoscience and nanotechnologies: opportunities and uncertainties. En <http://www.nanotec.org.uk> (Consultado: 10/04/2011)

culturales) estén satisfechas. Asimismo, en 1992, se agregó a la definición anterior: “y en armonía con el medio ambiente”²⁴.

Obviamente, lograr el estado de salud es un objetivo que no únicamente corresponde a la Medicina, sino que involucra también a persona misma, a su familia, a la sociedad y a los gobiernos, ya que de acuerdo con las políticas aplicadas se establecerán programas sociales que deberán garantizar un nivel adecuado de educación y empleo, que le permita a la población obtener ingresos suficientes para satisfacer sus necesidades básicas (alimentación, vivienda, educación, cuidado y atención de la salud, recreación, etc.)²⁵.

Aún teniendo disponibilidad y acceso a las tecnologías de la salud (tradicionales e innovadoras), éstas no son capaces de producirla, solo facilitan, promueven o favorecen su construcción por la persona misma. En esta perspectiva, la Nanobiotecnología solo impactaría a la esfera biológica, por lo que no es posible asegurar que la Nanomedicina logrará el restablecimiento o el mantenimiento del estado de salud integral de las personas.

- ¿Estará garantizado el acceso y la disponibilidad a los procedimientos de la Nanomedicina y los productos nanobiotecnológicos para todos? ¿O por su costo elevado serán inaccesibles para una gran parte de la población?

Indudablemente que este es uno de los aspectos que mayor conflicto bioético genera, ya que la inversión en la investigación y el desarrollo de los productos nanotecnológicos desde sus inicios ha sido muy cuantiosa, e incluso se proyecta en forma exponencial para los próximos años, por lo que su costo actual resulta exageradamente elevado para la mayoría de la población a nivel mundial²⁶. Esto violaría el principio de justicia distributiva que implica otorgar a todas las personas el acceso a dichos los beneficios por igual, sin discriminación de cualquier índole²⁷.

Desde el inicio de este siglo XXI, se han realizado varias predicciones acerca del costo económico de la Nanotecnología en sus diversas aplicaciones, entre ellas, la National Science Foundation (NSF) publicó en el 2001 que el mercado mundial de los productos nanotecnológicos para el año 2015 sería de 1 billón de dólares. Más aún, algunas predicciones recientes pronostican que para el 2014 se alcanzarán 2,9 billones de dólares²⁸.

Eufemísticamente algunas personas tratan de justificar esta enorme inversión económica en la Nanobiotecnología por su supuesto potencial ilimitado de aplicaciones, lo cual señalan, transformará en el futuro próximo a la sociedad. Sin embargo, dicha transformación ¿estará orientada hacia la construcción de una sociedad más justa, libre y equitativa? ¿O seguirán reproduciéndose patrones de polarización, discriminación y distanciamiento socio-económico cada vez mayores entre los grupos que la componen?

- ¿Mejorará la calidad y el humanismo de la atención profesional médica? ¿O promoverá un mayor distanciamiento en la relación médico-paciente?

A partir de la segunda mitad del siglo XX, la tecnificación cada vez mayor de la práctica médica ha ocasionado una situación de crisis en el humanismo de la Medicina, anticipada por el escritor inglés Aldous Huxley en su célebre obra “Un Mundo Feliz”,

²⁴ OMS, *Documentos básicos*, suplemento de la 45a edición, 1-20 octubre de 2006, N York, USA.

²⁵ *Ibidem*

²⁶ *The Ethics and Politics of Nanotechnology*. UNESCO, 2006:13-16

²⁷ Cely Galindo G. “*Bioética: Humanismo científico emergente*”. Instituto de Bioética. Pontificia Universidad Javeriana. 3ª. Edición. Bogotá, D.C. 2009: 251-261

²⁸ *The Ethics and Politics of Nanotechnology*. UNESCO, 2006:13-16

en la que muestra un mundo deshumanizado por los grandes adelantos tecnológicos. Como lo expresa F. Lolas²⁹, la veneración por la tecnología ha transformado a la Medicina por completo, y en la actualidad aquella se considera no como un “medio” sino como un “fin”, de forma tal que “*la salud se ha convertido en pretexto comercial y empresas que dicen dedicarse a ella a veces son negocios lucrativos que la emplean como materia prima más*”.

Se ha llegado a pensar en la posibilidad de que con los avances de la Nanomedicina, podría dejar de existir la práctica profesional médica como hoy la conocemos y llevamos a cabo. Se cuestiona si con estas nanotécnicas se logrará encontrar la fuente de la eterna juventud, la posibilidad de reanimación de los pacientes criogenizados o el inexplicable anhelo de alcanzar la vida eterna. Más aún, se considera la existencia de una nueva forma de vida: la “vida electrónica o virtual”, ante la eventualidad de poder transferir toda la memoria de una persona a una computadora y viceversa, o incluso la potenciación de algunos de nuestros procesos fisiológicos (visión, movimiento, memoria, etc.) creando superorganismos³⁰.

La reflexión nos lleva a preguntarnos si todo lo anterior nos ayudaría a ser mejores personas, a vivir mejor y a ser más felices.

- ¿La aplicación de la Nanobiotecnología en las diversas industrias salvaguardará el equilibrio ecológico y la supervivencia de la biodiversidad?

El riesgo latente de afectar el proceso natural de la evolución biológica a través de la selección artificial que puede darse con estas disciplinas, podría culminar con la extinción de especies de plantas, animales o microorganismos, alterando el equilibrio de los ecosistemas actuales y con ello incluso afectar nuestra supervivencia y la de la vida en general en nuestro planeta.

Debemos recordar que la biocenosis se forma mediante el equilibrio poblacional de diferentes especies que conviven dentro de un espacio definido y de acuerdo con G. Cely Galindo: “*el punto de partida de la Ecología Humana, como propuesta bioética, es la ubicación del hombre en el ecosistema donde ejerce sus funciones vitales y culturales*”³¹.

Por ello, es aquí donde el principio bioético de la precaución, la postergación y la prudencia profesional en la aplicación de las nuevas tecnologías tienen cabida, ya que nos permite detener o no iniciar una acción con base en una duda razonable sobre sus riesgos posibles, especialmente cuando hay incertidumbre sobre las consecuencias futuras que aún no se han presentado, pero que pueden ocurrir a largo plazo³².

- ¿Se respetarán los acuerdos internacionales e influirán para que los países emitan leyes que regulen la producción y comercialización de los productos nanobiotecnológicos en favor de los usuarios? ¿O el beneficio principal será para las empresas y sus distribuidores?

²⁹ Lolas Stepke, F. “Bioética y Medicina”. Cap. VI, págs. 103-116. Editorial Biblioteca Americana, Universidad Andrés Bello. Chile 2002.

³⁰ Nanotechnology and Medicine. En <http://www.zyvex.com/nanotech/nanotechAndMedicine.html> (Consultado: 12/04/2011).

³¹ Cely Galindo G. “*Bioética: Humanismo científico emergente*”. Instituto de Bioética. Pontificia Universidad Javeriana. 3ª. Edición. Bogotá, D.C. 2009: 83-102

³² Lolas Stepke, F. “Bioética y Medicina”. Cap. VI, págs. 103-116. Editorial Biblioteca Americana, Universidad Andrés Bello. Chile 2002. Cely Galindo G. “*Bioética: Humanismo científico emergente*”. Instituto de Bioética. Pontificia Universidad Javeriana. 3ª. Edición. Bogotá, D.C. 2009: 83-102

Aunque se han conformado diversos organismos internacionales cuyo principal objetivo es establecer acuerdos y orientar hacia el uso responsable y prudente de estas nanodisciplinas y sus productos, promoviendo el cumplimiento de los principios bioéticos de la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia, en la gran mayoría de los países, incluyendo el nuestro, existe un importante rezago en la normatividad jurídica con respecto a los avances tecnológicos, lo cual ha favorecido el beneficio económico de algunas empresas y sus distribuidores, en contra de los usuarios o consumidores³³. Por otra parte, como lo refiere F. Lolas³⁴: “no existe real salvaguarda de los derechos de las personas ni respeto a su dignidad o manifestación de beneficencia y justicia en los textos y las normas”.

En 2001, se conformó el *Comité Nacional de Ética en la Ciencia y la Tecnología* (CECTE) en Buenos Aires, Argentina; mientras que en USA, en 2002, se fundó el *Center for Responsible Nanotechnology*TM (CRN). Este organismo consiste en una comunidad virtual, sin ánimo de lucro, que a través de la red y con un equipo de más de 100 voluntarios trabaja de manera conjunta con la agrupación *Euroresidentes* en pro de la gestión responsable de la nanotecnología en el mundo de habla hispana³⁵.

Igualmente, en 2004, el filósofo Nick Bostrom de la Oxford University y el bioeticista James J. Hughes crearon el *Institute for Ethics and Emerging Technologies*, (IEET) con la pretensión de ayudar a orientar las políticas públicas para que se distribuyan los beneficios y se reduzcan los riesgos de los avances nanotecnológicos³⁶.

Los aspectos éticos de las tecnologías emergentes se convierten en una de las tareas fundamentales de la UNESCO. Por ello, a través del *Comité Internacional de Bioética* (CIB) y de la *Comisión Mundial de la Ética del Conocimiento Científico y de la Tecnología* (COMEST) desde 1998, tienen como objetivo monitorizar continuamente los beneficios y daños de las nuevas tecnologías emergentes, como la Nanobiotecnología. Por lo anterior, se publicó en el año 2006, el documento titulado: “*The Ethics and Politics of Nanotechnology*”, que desde una perspectiva global e internacional, promueve el diálogo entre todas las partes interesadas y proporciona recomendaciones a los gobernantes que serán cuestionados por los aspectos éticos de las nuevas tecnologías emergentes³⁷.

En el 2008, la *Comisión Europea de Nanotecnología* presentó un código donde señala que “...las actividades de investigación sobre nanociencia y nanotecnología deben ser comprensibles para el público, respetar los derechos fundamentales y llevarse a cabo en interés del bienestar de las personas y de la sociedad en su diseño, ejecución, difusión y uso. (Commission of the European Communities, Brussels 2008: Art. 3.1)³⁸”.

³³ Cely Galindo G. “*Bioética: Humanismo científico emergente*”. Instituto de Bioética. Pontificia Universidad Javeriana. 3ª. Edición. Bogotá, D.C. 2009: 83-102. Lolas Stepke, F. “*Bioética y Medicina*”. Cap. V, págs. 69-101. Editorial Biblioteca Americana, Universidad Andrés Bello. Chile 2002.

³⁴ Lolas Stepke, F. “*Bioética y Medicina*”. Cap. V, págs. 69-101. Editorial Biblioteca Americana, Universidad Andrés Bello. Chile 2002.

³⁵ Comité Nacional de Ética en la Ciencia y la Tecnología (CECTE) <http://www.cecte.gov.ar/> (14/05/2011)

³⁶ Institute for Ethics and Emerging Technologies. <http://ieet.org/> (Consultado: 14/05/2011)

³⁷ The Ethics and Politics of Nanotechnology <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001459/145951e.pdf>

³⁸ Commission of the European Communities <http://ec.europa.eu/nanotechnology/pdf/nanocode-rec>

Conclusiones

No cabe duda de que con el inicio de este siglo XXI, también ha comenzado en forma tangible una nueva revolución tecnológica e industrial basada en la Nanociencia y la Nanotecnología. El alcance de estas innovadoras disciplinas radica en la eventualidad de poder llegar a caracterizar, comprender y manipular todos los procesos biológicos tanto humanos como no-humanos, así como a la posibilidad de crear nanoprodutos con aplicaciones casi ilimitadas en diversas industrias y disciplinas, como la electrónica, computación e informática, cosmética, farmacéutica, textil, de la construcción, entre otras.

En un futuro no muy lejano, la viabilidad del impacto que esta naciente tecnología tendrá en nuestras vidas es enorme, tanto en la economía de los diferentes países (productores y consumidores) como en la vida de la sociedad en general, e incluso en la biodiversidad y el medio ambiente. Entre los efectos más sobresalientes, destacan sus aplicaciones en la Medicina (a través de la Nanobiotecnología y la Nanomedicina), la Ecología, la Informática, la Electrónica y las industrias asociadas a ellas.

La necesidad de un uso responsable y bioético de estos avances científicos se hace evidente al observar la multiplicidad de riesgos potenciales (toxicidad de los nanomateriales, autorreplicación o autoensamblado de nanorobots, funcionamiento descontrolado de nanopartículas o nanosistemas, usos excesivos, inicuos o con fines terroristas de los productos nanotecnológicos, etc.) que conlleva su aplicación en los seres humanos y demás organismos en general, así como en el medio ambiente y los procesos industriales. Igualmente se requiere la creación y aprobación de estándares nacionales e internacionales que contribuyan a establecer normas para el uso adecuado y equitativo de esta nueva tecnología, antes de que inicie la comercialización masiva de sus productos y servicios.

Desde el punto de vista de la Bioética, el debate sobre sus beneficios y riesgos debe encaminarse a conciliar la libertad de la ciencia con el uso mesurado del conocimiento científico y sus aplicaciones tecnológicas, la libertad individual con la responsabilidad social, tomando en consideración la premisa ineludible del respeto a la persona, a los derechos humanos universales y al cuidado del medio ambiente.

Bibliografía

- Alonso, Andaluz DJ, Da Sánchez Páramo J. *Nanotecnología en España*. Revista de investigación en Gestión de la Innovación y Tecnología. Nanociencia y Nanotecnología I, enero-febrero 2006 No.34.
- Arundel, A. "Biotechnology Indicators and Public Policy", STI Working Papers 2003/5, OECD, Paris
- Beauchamp T. Childress J. *"Principles of Biomedical Ethics"*. 5th Edition. Oxford University Press. New York, 2001.
- Cely Galindo G. *"Bioética: Humanismo científico emergente"*. Págs. 247-260 Instituto de Bioética. Pontificia Universidad Javeriana. 3^a. Edición. Bogotá, D.C. 2009
- CIMAV et. al. (2008). Diagnóstico y Prospectiva de la Nanotecnología en México. Secretaría de Economía.
-

- Drexler KE. “*Engines of Creation. The Era of Nanotechnology*”, Oxford University Press, 1st Edition, 1990 England.
- European Science Foundation Policy Briefing, 2005. ESF Scientific Forward Look on nanomedicine www.esf.org
- Freitas R. What is Nanomedicine? Nanomedicine: Nanotechnology, Biology and Medicine; 2005 1(1):2-9.
- Feynman R. There’s a plenty of room at the bottom. Engineering and Science, 1990 Vol. 23(5): 22-36.
- Informe COTEC, (2006). Biotecnología en la medicina del futuro. Fundación COTEC para la innovación tecnológica. España.
- Lolas Stepke, F. “Bioética y Medicina”. Cap. II, pp. 35-48. Cap. VI pp 103-116. Editorial Biblioteca Americana, Universidad Andrés Bello. Chile 2002.
- Nanotechnology ¿Qué es? Concepto, definición, significado (<http://www.euroresidentes.com>)
- Nanoscience and nanotechnologies: opportunities and uncertainties (<http://www.nanotec.org.uk>)
- Taniguchi N. One basic concept of nanotechnology. Actas de la conferencia internacional de producción. 1974, 18-23.
- The Ethics and Politics of Nanotechnology. European Science Foundation Policy Briefing, (2005) ESF Scientific Forward Look on nanomedicine www.esf.org
- Nanobiotechnology. (2003). Report of the National Nanotechnology Initiative Workshop. October 9-11, EUA
- River M, Wayner M, Villalobos J. (2002). El microscopio de tunelamiento cuántico y la nanotecnología. Rev Momento 24: 3-12.
- Roco MC. (2003). Nanotechnology: convergence with modern biology and medicine. *Curr Opin Biotechnol* 14; 337-346.
- Comité Nacional de Ética en la Ciencia y la Tecnología (CECTE) <http://www.cecte.gov.ar/> (14/05/2011)
- Institute for Ethics and Emerging Technologies. <http://ieet.org/> (Consultado: 14/05/2011)
- The Ethics and Politics of Nanotechnology <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001459/145951e.pdf> (Consultado: 14/05/2011).
- Commission of the European Communities. <http://ec.europa.eu/nanotechnology/pdf/nanocode-rec> (Consultado: 14/05/2011).

DA SOCIEDADE DE CONSUMO À SOCIEDADE SUSTENTÁVEL: possibilidades bioéticas para a sustentabilidade planetária

Daniel Rubens Cenci³⁹, Aline Dornelles Madrid⁴⁰, Livia Dornelles Madrid⁴¹

³⁹ Doutor em Meio Ambiente e Desenvolvimento, Bel. Em Direito, Mestre em Direito, Professor da UNIJUI - RS/Brasil nos cursos de direito e Mestrado em Desenvolvimento. danielr@unijui.com.br

⁴⁰ Graduada em Turismo e Especialista em Educação Ambiental pela Unicruz - RS/Brasil, Mestranda em Desenvolvimento pela Unijui - RS/Brasil. alinemdtur@yahoo.com.br

1 – Modernidade, consumo e crise socioambiental

Os signos da modernidade se expressam nas promessas de solução dos conflitos políticos, sociais, econômicos, tecnológicos, científicos, históricos e culturais que representaram os principais campos de lutas, cujas respostas para serem aceitas precisam ser fundadas nas ciências, pois a ciência emerge como a única fonte de conhecimento válido e portanto, capaz de propiciar soluções verdadeiras. Tal modelo tecno-científico que matiza a modernidade, produz soluções físico-matemáticas para os problemas, ainda que estes sejam de caráter sociológico, antropológico, existencial ou ético.

Neste sentido, duas filosofias emblemáticas constituem a marca da modernidade: a racionalização e o utilitarismo. Ambas presentes nas sociedades contemporâneas, concomitantemente se contradizem e se complementam; uma identificada com a Renascença e a outra com a Reforma, uma com a Subjetividade e a outra com o Liberalismo (Touraine).

A modernidade pode então, ser identificada ao mesmo tempo com a racionalidade instrumental de Popper, o individualismo e a ruptura dos sistemas de totalidade, na leitura de Capra. Neste sentido, a modernidade significa a cisão, a anti-tradição, a derrubada das convenções, dos costumes e das crenças, a saída dos particularismos e a entrada do universalismo, ou ainda a saída do estado natural e a entrada na idade da razão e do Estado de direito.

A racionalidade instrumental, típica da modernidade, que tem como fundamento a ética materialista do ter, apresenta sinais de exaustão à medida que as conseqüências desta mesma modernidade vislumbram um horizonte de crise, insustentabilidade e colapso.

O tema central da modernidade, desde suas origens, envolve a luta pela emancipação do sujeito, e em nome da ciência, rejeita toda a herança judaico-cristã, o dualismo cristão e as teorias do direito natural que haviam provocado o nascimento das Declarações dos Direitos do Homem e do Cidadão. Passou-se de trevas para a luz, da superação da fé e da crença no sagrado para as certezas das ciências e esclarecimento da razão, da submissão aos dogmas religiosos para o dogma da razão. No propósito renascentista ressurgia imponente a razão como referência única do saber. Neste novo paradigma, o conhecimento somente tem sentido se provado, se aprovado pela ciência com seus métodos, ritos e instâncias de validação. Com a modernidade, a única resposta para o homem está condicionada ao discurso científico.

Nietzsche¹ (2002) traduz a profundidade da crise que a modernidade causou ao propor novos referenciais e novos paradigmas de fundamento para a humanidade baseados na adoração da ciência. O desafio posto é de retirar o mais sagrado construto da humanidade que por séculos justificou práticas políticas e religiosas, arrebanhou multidões, suplantando-o por um conhecimento que é pura razão.

As conquistas da ciência e da tecnologia, fazem emergir um processo crescente de valorização das coisas, num sentido eminentemente materializado para a vida humana. Inicialmente na linguagem marxista, atribuindo valor econômico às coisas pelo tempo de trabalho humano necessário à produção de cada bem; posteriormente, esvaziando-se

⁴¹ Graduada em Biologia e Especialista em Ciências Ambientais, Saúde e Meio Ambiente pela URI/Universidade Regional Integrada das Missões – RS/Brasil.

livia_dm@yahoo.com.br

¹ Nietzsche, F. *A Gaia Ciência*. São Paulo, 2001.

deste sentido, à medida que se fundamentava na tecnologia e na ciência, em substituição ao trabalho humano, passando a valorar exclusivamente pela produtividade.

Este novo referencial albergou não apenas os produtos da indústria, mas avançou em relação aos bens que não lhe pertencem, especialmente a natureza, coisificando a terra e extraíndo tudo aquilo que pudesse ter valor no grande mercado das relações econômicas e sociais, desde as coisas materiais até as culturas, os saberes históricos, invadindo até mesmo o direito a autodeterminação dos povos.

Passados mais de três séculos do advento da razão e o esboroamento das tradições, agora, o esgotamento da modernidade transforma-se em sentimento de angústia e desencantamento do mundo. Vive-se a secularização e a separação entre o mundo dos fenômenos, da técnica, da ciência e o mundo do ser.

Esta ruptura se manifesta mais especificamente na diferenciação funcional dos subsistemas - separação entre a política e a religião, a economia e a política, a ciência e a arte, a vida privada e a vida pública, homem e natureza - e acarreta o rompimento dos controles sociais e culturais que, antes, por meio da religião e do dogma, asseguravam a permanência de uma ordem. No entanto, não existe modernidade sem racionalização, mas também não sem formação de um sujeito-no-mundo que se sente responsável perante si mesmo e a sociedade.

A racionalidade instrumental, de um lado, serve como um mecanismo para a organização da produção, a autoridade racional legal, a impessoalidade das leis e a organização do comércio e do estado burocrático. Já a subjetivação, presente nas concepções de homem especialmente desde Nietzsche e Freud, consiste na transformação do indivíduo em sujeito, com o reaparecimento da idéia de construção do homem interior, psicológico, transcendente e subjetivo (Touraine)

Touraine², em seu livro *Crise da Modernidade* (1994, p. 219) aponta, no entanto, paralelamente à hegemonia da razão, o surgimento de uma consciência do eu, que chama de subjetivização, ancorado nos estudos de Freud e nas transformações no pensamento, na filosofia e nas visões de mundo que suas teorias causaram. Touraine³ afirma que “a modernidade triunfa com a ciência, mas também desde que as condutas humanas são reguladas pela consciência [...] e não mais pela busca da conformidade à ordem do mundo”.

Assim, com a quebra da tradição e, principalmente, do dogma, com a racionalização, a subjetivização e o entendimento de que “o homem é a medida de todas as coisas” (entenda-se o homem como ser completo – corpo e mente – e com suas qualidades e defeitos), ele, o homem, apropria-se gradativamente do seu espaço geográfico e histórico. Passa a enxergar-se e a assumir-se sujeito da própria história, libertado.

A idéia de modernidade, baseada apenas na racionalidade, definiu-se como o contrário de uma construção cultural, como a revelação de uma realidade objetiva. Trata-se de um campo no qual é possível identificar a diferença não por seu conteúdo apenas, ou pelo nível referencial da razão, mas principalmente por se tratar de uma época em que não se busca a afirmação e sim a renovação permanente, a adoção do novo como sinônimo de avanço.

Neste sentido, moderno significa anti-tradição, a derrubada das convenções, dos costumes e das crenças, a saída dos particularismos e a entrada do universalismo, ou ainda a saída do estado natural e a entrada na idade da razão. E nesta mesma ordem de idéias articula-se uma “racionalidade econômica e instrumental que molda as diferentes

² Touraine, Alain. *Crise da Modernidade*. Porto Alegre: Instituto Piaget, 1994.

³ _____. *Crise da Modernidade*. Porto Alegre: Instituto Piaget, 1994.

esferas do corpo social: os padrões tecnológicos, as práticas de produção, a organização burocrática e os aparelhos ideológicos do Estado” (LEFF)⁴.

A crise anunciada ambiental, se efetiva como crise necessariamente socioambiental, porquanto decorrente da ação humana, da relação do homem com a natureza. A crise como resultado de um conjunto de saberes de um modelo de desenvolvimento centrado na produção e no consumo sem limites, como valores basilares da realização plena do ser humano.

Boaventura Santos⁵ descreve como “epistemicídios perpetrados em nome da visão científica do mundo, contra outros modos de conhecimento, com o conseqüente desperdício e destruição de muita experiência cognitiva humana”. Não se trata de atribuir apenas aspectos sombrios ao conhecimento científico, mas um reposicionamento de saberes, necessário ao propósito trazido para o debate, onde os riscos produzidos pelo desenvolvimento científico e tecnológico da modernidade resultam da própria tentativa de negação da diversidade, bem como, a pretensão da ciência enquanto única fonte de conhecimento verdadeiro.

No entanto, a modernidade, na tentativa de construção de uma consciência coletiva, impõe o esvaziamento de sentido do ser humano enquanto sujeito. A realização se dará a partir do coletivo e no coletivo, os direitos de humanidade serão direitos coletivos. Na sociedade moderna, assim como Deus foi substituído pela ciência, os sábios, os filósofos foram substituídos por juristas, economista, administradores engenheiros, etc.. A modernidade busca a maioridade, ou seja, o amadurecimento da razão. Ou seria o atrofiamento da razão? Como entender a desumanização do homem na sociedade que privilegia o conhecimento, a tecnologia e o consumo?

Para Leff⁶ (2001), o desenvolvimento científico moderno promoveu uma tecnologização da vida e uma economização da natureza, substituindo valores da natureza por valores subjetivos individuais e pessoais, transformando bens de uso em bens de negócio e de livre mercado, dando curso a uma “crise de civilização, marcada pelo modelo de modernidade regido pelo predomínio de desenvolvimento da razão tecnológica sobre a organização da natureza”.

Atualmente, apresenta-se a necessidade de construir um paradigma novo e inovador, no sentido não da negação do anteriormente construído, mas da necessidade de ressignificar o homem e a natureza, de reposicionar o valor da revolução científica e tecnológica construída na modernidade e de devolver o homem ao seu espaço e aos seus vínculos naturais.

Touraine⁷ (2006) interpreta a crise atual como crise de paradigma. A força dos argumentos socioeconômicos que sustentaram o paradigma da modernidade, precisa amadurecer. Converter o conhecimento em bem cultural. Revisar a ética do sujeito que se basta em si, para lograr a realização coletiva do sujeito no mundo.

Na mesma perspectiva Touraine afirma que uma nova ética, “um novo dinamismo só poderá surgir a partir de uma ação que consiga “recompôr” o que o modelo ocidental separou”.

Nesta ordem de idéias, a temática ecológica é colocada como eixo da crise por um lado, e por outro, emerge como tema catalisador das mudanças estruturais necessárias no modelo de desenvolvimento, para recompôr as experiências de vida plena na

⁴ Leff, Henrique. *Saber Ambiental: sustentabilidade, racionalidade, complexidade, poder*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. p.133.

⁵ Santos, Boaventura de Souza. *Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

⁶ Leff, Henrique. *Saber Ambiental: sustentabilidade, racionalidade, complexidade, poder*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001

⁷ Touraine, Alain. *Um novo paradigma*. Para compreender o mundo de hoje. Tradução de Gentil Avelino Tilton. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

experiência individual, societária e planetária, das presentes e futuras gerações. Os elementos estruturantes do atual modelo de desenvolvimento são insuficientes para tangenciar essa nova e madura forma de ver o mundo proposta pela ética da sustentabilidade planetária.

2 – A sociedade de consumo e os impactos na biodiversidade: perdendo qualidade do ambiente e a perda da qualidade de vida

O progresso material na atualidade produz, de forma cada dia mais acelerada, um sem número de novos produtos para o consumo, fazendo girar a economia. Paradoxalmente, tem gerado conflitos sociais e debates acerca das consequências do acúmulo de bens, da extração dos recursos naturais e das disparidades econômicas e sociais que assombram o mundo, concomitantemente a elevação dos números da economia. Nessa perspectiva crescem os dilemas éticos e morais dos riscos que o próprio ser humano tem provocado para manter os padrões a que está acostumado para a realização de suas potencialidades e necessidades, que hoje lançam dúvidas sobre quais seriam essas necessidades ou se estariam sendo confundidas com vontades, desejos e ganâncias, produzidos em nome dos ganhos econômicos para alguns.

Vive-se a crise, gerada pelo modelo de desenvolvimento voltado para sistemas que valorizam a apropriação e transformação da natureza, provocando desequilíbrios na complexa relação homem e ambiente. Boff⁸ (2004,p.15) diz que a crise significa “a quebra de uma concepção de mundo”. Concepção essa baseada no progresso dirigido ao consumo, ganância e apropriação dos recursos naturais em favor da cultura antropocêntrica a que o homem colocou ao longo do tempo, construindo modelos de sociedade frágeis, ligadas a produção de bens e no aproveitamento irrestrito do meio ambiente, restringindo a importância do próprio homem, nessas sociedades do progresso econômico.

A ideia da estabilidade gerada pelo desenvolvimento econômico defendida por muitos para a obtenção do progresso das sociedades, é criticada por Ruscheinsky⁹ onde afirma que esse modelo revelou-se uma falácia na história da modernidade.

De forma similar, ocorre primeiro a destruição ou a submissão da natureza para despontar ou dar-se conta do aniquilamento de aspectos fundamentais relativos ao meio ambiente, ou ainda, com o pressuposto de afirmar em primeiro lugar a abundância de bens que cercam nosso cotidiano preenchendo nosso vazio ou nosso bem-estar, para depois despertar para o meio ambiente em degradação.(2002, p.9)

Essa inércia das sociedades fez crescer o consumo e a racionalidade econômica voltados para a acumulação, ignorando as condições ecológicas de sustentabilidade do planeta. Leff¹⁰ analisa essas sociedades quando fala nos modelos e padrões de consumo e dos estilos de vida que [...]levou a desestabilizar os equilíbrios ecológicos, a desarraigar os sistemas culturais e a dissipar os sentidos da vida humana. A busca de status, de lucro, de prestígio, de poder, substituiu os valores tradicionais: o sentido de enraizamento, equilíbrio, pertença, coesão social, cooperação, convivência e solidariedade. (2001,p.84) A substituição na maneira de viver não só deteriora os recursos naturais como faz aumentar o empobrecimento de uma população crescente e expõe a fragilidade e a miserabilidade de parte da população excluída da sociedade de consumo, onde as diversas políticas sociais apresentam-se insuficientes, isso porque pobreza e fome de

⁸ Boff,Leonardo. *Ecologia: grito da terra, grito dos pobres*. Rio de Janeiro: Sextante, 2004.

⁹ Ruscheinsky, Aloísio (org). *Educação Ambiental: abordagens múltiplas*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

¹⁰ Leff, Enrique. *Saber Ambiental: sustentabilidade, racionalidade, complexidade, poder*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001

muitos, em oposição à opulência de poucos, não rima com proteção e preservação dos bens naturais esgotáveis (RUSCHEINSKY, 2002)¹¹.

Dada a importância da constatação de que os estilos de consumo variam entre os países desenvolvidos e os menos desenvolvidos, constata-se que são profundas as diferenças nesses perfis. Os apelos do mercado têm ampliado o ideal de consumo, o que provocou até pouco tempo, uma confusão nos conceitos de crescimento do consumo e o aumento do nível de desenvolvimento da sociedade. O crescimento econômico assume um papel importante para alimentar as ilusões do acesso a um mundo de riqueza material e para ocultar as diferenças e os conflitos de classe.

É sabido que a criação e expansão do mercado econômico ajudam a incorporar novos hábitos de consumo na sociedade, cujos efeitos fazem aumentar o sentimento de insatisfação, o que pode provocar uma queda, ou falta, da qualidade de vida em diversas comunidades de diferentes países. O modelo de sociedade e o sentido de vida que os seres humanos projetaram para si, pelo menos nos últimos 400 anos, estão em crise (BOFF, 2004)¹².

Os indivíduos dispõem da natureza de acordo com o que lhe convém e não pelas suas reais necessidades. Os efeitos disso estão marcados na vida do planeta que já não é mais suficiente para garantir o consumo exagerado e desmedido do homem.

A teoria ecológica afirma que uma espécie pode rivalizar com outra ou levá-la à extinção através da predação, bem como uma espécie bem sucedida pode evoluir para outra, em resposta às mudanças ambientais e genéticas. Tais fatores fazem parte do ciclo natural do planeta. Entretanto, as atividades humanas estão causando extinções em uma proporção que excede a taxa de reposição das espécies pela evolução. Nos períodos geológicos passados, a perda de espécies existentes esteve equilibrada ou um pouco abaixo da evolução de novas espécies. O que ocorre hoje não tem precedentes e pode ser irreversível (PRIMACK e RODRIGUES, 2002)¹³.

Segundo Dupas (2006) a crise ambiental é decorrente da lógica da produção global e da direção dos seus vetores tecnológicos contidos nos atuais conceitos de progresso. O autor relata que, nos últimos cinquenta anos a quantidade de dióxido de carbono, que havia declinado lentamente na maior parte da história terrestre, começou a elevar-se com uma grande velocidade, ao ponto de serem as mais altas em 650 mil anos.

Com a revolução industrial, houve uma mudança nas tendências e nas relações com o ambiente, o fato da queima de carvão e óleo serem essenciais para a produção dos produtos manufaturados da época, refletindo nas altas taxas de emissão de gases tóxicos ao ambiente.

Essa mudança deixa claro que a degradação ambiental ocorre basicamente por razões econômicas. Para entender como isso ocorre, salienta-se um dos dogmas aceitos pela economia moderna que é o de que a transação voluntária ocorre apenas quando é benéfica para ambas as partes envolvidas, ou seja, uma transação ocorrerá somente quando um preço acordado mutuamente for estabelecido e ambos fiquem satisfeitos (PRIMACK e RODRIGUES, 2002)¹⁴. Mas para que estas transações ocorram, há as chamadas “externalidades”, sendo uma delas o dano ambiental causado pela atividade econômica humana. Onde existem externalidades, o mercado não consegue apresentar soluções, resultando em favorecimento de algumas pessoas às custas da sociedade. Em muitos países os gastos com os danos ambientais ultrapassam os lucros econômicos que o país possa obter através do desenvolvimento agrícola e industrial (REPETTO,

¹¹ Ruscheinsky, Aloísio (org). *Educação Ambiental: abordagens múltiplas*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

¹² Boff, Leonardo. *Ecologia: grito da terra, grito dos pobres*. Rio de Janeiro: Sextante, 2004.

¹³ Primack, Richard B. e Rodrigues, Efrain. *Biologia da Conservação*. Londrina: Midiograf, 2002.

¹⁴ _____, *Biologia da Conservação*. Londrina: Midiograf, 2002.

1992)¹⁵. Estes fatores permitem compreender porque por exemplo, alguns países indenizam seus agricultores para que não produzam e preferem importar produtos de outras regiões do mundo. Este fato mostra por exemplo, que o Brasil não tem internalizado os custos ambientais dos processos produtivos, em nome de produzir bens a preços competitivos no mercado.

Muitos desses danos são causados pela sobre-exploração de um recurso natural (RICKLEFS, 2010)¹⁶. A interação e o equilíbrio entre exploração e a capacidade dos recursos em resistir à exploração são características de consumidores e recursos que evoluíram durante longos períodos de interação. Ocorre que, à medida que um recurso se torna escasso, a eficiência da exploração cai. Mas, devido à capacidade da população humana em explorar sistemas naturais, ser de níveis desproporcionais, devido a tecnologia, os recursos naturais podem se tornar escassos ou até se esgotarem.

Há uma emergência na mudança da sociedade consumista, que desequilibra a biosfera, para uma sociedade de consumo responsável, preocupada com a utilização ética dos recursos naturais, onde possa haver espaços para políticas sociais que tenham o ambiente como linha norteadora, formando novos atores sociais preocupados com a sustentabilidade do planeta, “proporcionando a solidariedade entre todos os setores da sociedade que reconheçam a necessidade de uma nova orientação e direção às políticas de meio ambiente, para produzirem os efeitos desejados e ambicionados” (RUSCHEINSKY, 2002, p. 11)¹⁷.

Um interesse surge nos meios acadêmicos e políticos de se criar possibilidades bioéticas que revejam conceitos, estilos e modos de vida, visando a solução ou amenização dos efeitos da crise ambiental e social que o mundo vive atualmente.

Proteger a diversidade biológica e melhorar a condição humana através de uma legislação mais rigorosa, executar as políticas ambientais já definidas em grandes documentos internacionais e incorporadas pelos países, mas que ainda carecem de efetividade, e de forma contundente e imediata, mudar valores fundamentais de nossa sociedade. Se isso ocorrer, as consequências naturais seriam a redução do consumo de recursos e um crescimento limitado da população. Muitas culturas têm co-existido com sucesso com seu ambiente há milhares de anos, devido à ética social que encoraja a responsabilidade pessoal e o uso eficiente de recursos (PRIMACK e RODRIGUES, 2002)¹⁸.

Segundo Dupas (2006)¹⁹, na década de 90, estruturou-se um discurso empresarial a favor do meio ambiente, onde haveria uma cooperação internacional para o gerenciamento dos bens comuns globais e novas definições de segurança que incluíram ameaças ambientais. Além disso, mudanças de hábitos de consumo por parte das sociedades e reivindicações de apoio do Estado para geração de novas tecnologias, com papel de maximizar os lucros e minimizar o uso dos recursos ambientais. Para muitos empresários, a indústria já vem fazendo a parte dela, organizando-se para alterar alguns processos produtivos por meio de programas de reciclagem. Defender o meio ambiente deixou de ser assunto de ecologistas e passou a ter influências nas estratégias empresariais.

Apesar disso, a intensa terceirização pelas grandes corporações, incorporou atividades poluidoras de várias espécies, agora desenvolvidas por parceiros distantes, em países

¹⁵ Repetto, R. *Promoting Environmentally Sound Economic Progress: What the North Can Do*. Washington, DC: World Resources Institute, 1990.

¹⁶ Ricklefs, Robert E. *Desenvolvimento Econômico e Ecologia Global*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

¹⁷ Ruscheinsky, Aloísio (org). *Educação Ambiental: abordagens múltiplas*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

¹⁸ Primack, Richard B. e Rodrigues, Efraim. *Biologia da Conservação*. Londrina: Midiograf, 2002.

¹⁹ Dupas, Gilberto. *O Mito do Progresso*. São Paulo: Unesp, 2006.

pobres, afastando para longe da empresa as responsabilidades diretas pelos danos ambientais.

Ocorre que as empresas ou pessoas envolvidas em produções que resultem em danos ecológicos, geralmente não arcam com todos os custos de suas atividades, Muitas vezes esses custos são pagos pela população. Recursos considerados de propriedade comum, como ar puro e água potável não possuem um “valor monetário”, dificultando o pagamento de empresas infratoras das leis ambientais. Nos Estados Unidos, o uso desses recursos está sendo incluído como parte dos custos internos para a realização de negócios. Quando empresas e pessoas tiverem que pagar pelos seus atos, é provável que parem de danificar o ambiente (REPETTO, 1992)²⁰.

O valor da biodiversidade e dos recursos naturais é difícil de mensurar, sendo um assunto complexo devido a variedade de fatores éticos e econômicos. Os sistemas de valores da maioria das religiões, filosofias e culturas fornecem justificativas para se preservar as espécies e são prontamente entendidas pelas pessoas. As espécies possuem um valor em si mesmas, não relacionado às necessidades humanas, cabendo aos humanos implementar as mudanças necessárias através do ativismo político e comprometimento com as mudanças de estilo de vida de cada um.

A revisão de conceitos exigirá que governos e comunidades em todo o mundo percebam que a diversidade biológica possui um valor extremo, essencial para a existência humana, mas essa mudança ocorrerá somente se as pessoas sentirem que estão perdendo algo de valor ao prosseguir com esse estilo de vida predatório.

3 – Enfoques socioambientais e saberes interdisciplinares: perspectivas para uma ética transnacionalizante

O repensar do comportamento humano a partir da ética, propõe uma discussão sobre o uno e o múltiplo das relações de saber, formando uma rede que se interconecta, quebrando o atual paradigma do consumo exagerado para um novo que compreenda a complexidade do meio ambiente e da mudança de atitudes perante a vida com o planeta. Cada indivíduo estaria, pelo pensamento de Boff²¹ reconhecendo seu caráter de autonomia relativa dos seres como um meio ético, estabelecendo o direito de continuar a existir e a co-existir uns com os outros, numa relação de reverência para com todos os demais seres do planeta. A ética atual baseada no antropocentrismo daria lugar a uma ética racional sustentável, numa convivência pacífica e harmônica entre natureza e homem.

Não há como pensar em uma ética transnacionalizante, sem que se verifique os problemas socioambientais a serem enfrentados, na busca constante de um novo estilo de subjetividade coletiva e de experimentação das relações entre os seres humanos e o universo. Boff compreende essa relação como uma referência ao “pai, à mãe, ao meio ambiente, etc; esses conteúdos se transformam em valores e antivalores, atingindo as relações ecológicas de forma positiva ou negativa” (2004,p.21). Como exemplo, apresenta-se os avanços tecnológicos que na era da informática e da internet, com a informatização do conhecimento construído pela humanidade colocada à disposição de qualquer cidadão pode auxiliar na transformação emergente dos desejos e das necessidades, reposicionando os valores e as ações.

À medida que a humanidade, devido ao estilo adotado de progresso, foi se distanciando da natureza e passou a encará-la como uma fornecedora de recursos disponíveis a serem transformados em bens consumíveis, começaram a surgir os problemas socioambientais

²⁰ Repetto,R. *Promoting Environmentally Sound Economic Progress: What the North Can Do*.Washington, DC: World Resours Institute, 1990.

²¹ Boff,Leonardo. *Ecologia: grito da terra, grito dos pobres*. Rio de Janeiro: Sextante, 2004.

ameaçando a sobrevivência do planeta (DUVOISIN, 2002)²². Seria dessa maneira, importante propor novos modelos de relacionamento mais harmônicos com a natureza, novos paradigmas e valores éticos que entendam a natureza como uma rede onde tudo está ligado a tudo, numa única rede e de movimento sincrônico. Em todas as escalas da natureza encontramos sistemas vivos alojados dentro de outros sistemas vivos – redes dentro de redes. Os limites entre esses sistemas não são limites de separação, mas limites de identidade. Todos os sistemas vivos comunicam-se uns com os outros. (CAPRA, 2002)²³

Possuem o direito de existir todas as espécies, as quais representam soluções biológicas singulares para o problema da sobrevivência. Todas são parte da comunidade de seres vivos e têm direito de existir tanto quanto um ser humano (PRIMACK e RODRIGUES, 2002)²⁴. Todas são interdependentes e interagem de modo complexo, podendo gerar grandes conseqüências a perda de uma espécie.

Uma das mais importantes considerações da compreensão sistêmica da vida é a do reconhecimento que redes constituem o padrão básico de organização de todo e qualquer sistema vivente. Ecossistemas são entendidos em forma de teias de alimentos, organismos são redes de células, e células são redes de moléculas. Rede é um padrão comum a todo tipo de vida. Onde quer que nos deparemos com vida, constatamos redes. Cada espécie utiliza recursos de seu ambiente para sobreviver, e a densidade de uma espécie se reduz quando seus recursos tornam-se escassos. Muito da poluição e da degradação ambiental que ocorre é desnecessária e poderia ser minimizada com melhor planejamento, visto que esses danos prejudicam os próprios humanos.

Um dos principais comportamentos destruidores da diversidade biológica é a violência dentro das sociedades humanas. Esforços para trazer paz entre as nações do mundo e para erradicar a pobreza, beneficiarão as pessoas e o meio ambiente. A maturidade humana leva naturalmente ao reconhecimento e a identificação com todas as formas de vida.

É necessário que o trabalho humano e as tecnologias não sejam galgados para a produção de bens de valor, mas para uma natureza aperfeiçoada, surgindo assim, um mundo novo, com uma natureza no papel de “mãe generosa”, sem as destruições que todos estão à mercê nos dias de hoje.

O primeiro passo correlacionado ao nosso empenho para construir comunidades sustentáveis deve ser entender os princípios de organização evolutiva dos ecossistemas na sustentação da teia da vida (CAPRA, 2002)²⁵. Nas próximas décadas a sobrevivência da humanidade dependerá de nossa alfabetização ecológica - nossa habilidade para entender os princípios básicos da ecologia e viver de acordo com sua observação. Isto significa que a eco-alfabetização deve se tornar uma qualificação indispensável para políticos, líderes empresariais e profissionais em todas as esferas, e deverá ser a parte mais importante da escolaridade, em todos os níveis – desde a escola primária até a escola secundária, faculdades e universidades e na educação continua e no treinamento de profissionais.

O segundo passo é movimentar-se da eco-alfabetização para o eco-planejamento (ecodesign). Temos que aplicar nosso conhecimento ecológico para o replanejamento fundamental de nossas tecnologias e instituições sociais, de modo a estabelecermos uma ponte entre o planejamento humano e os sistemas ecologicamente sustentáveis da

²² Duvoisin (EN) Ruscheinsky, Aloísio (org). *Educação Ambiental, abordagens múltiplas*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

²³ Capra, Fritjof. *As conexões ocultas*. São Paulo: Cultrix, 2001.

²⁴ Primack, Richard B. e Rodrigues, Efrain. *Biologia da Conservação*. Londrina: Midiograf, 2002.

²⁵ Capra, Fritjof. *As conexões ocultas*. São Paulo: Cultrix, 2001.

Natureza. Sem esquecer que planejamento, na acepção ampla da palavra, consiste em direcionar os fluxos de energia e da matéria, para a finalidade humana. O eco-planejamento (ecodesign) constitui um processo pelo qual os objetivos humanos são cuidadosamente entrelaçados com os padrões maiores e os fluxos do mundo natural.

Essa visão holística e sistêmica que Capra também propõe, necessita da adoção de posturas de integração e participação, nas quais os indivíduos são desafiados a exercer a cidadania. É possível perceber nesse pensamento que a visão global requer a integração de conhecimentos, valores e comportamentos que possibilitem ao cidadão, ter atitudes condizentes com esse novo pensar, obtendo ferramentas que o ajude a enfrentar os desafios da era pós-moderna.

Sem aquilo que move os sentimentos morais da obrigação e da culpa, da censura e do perdão, sem o sentimento de libertação conferido pelo respeito moral, sem a sensação gratificante proporcionada pelo apoio solidário e sem a opressão da falha moral, sem a amabilidade que nos permite abordar situações de conflito e contradição com o mínimo de civilidade, perceberíamos necessariamente - e é assim que ainda pensamos - o universo povoado pelos seres humanos como algo insuportável. (HABERMAS, 2004, p.100)²⁶.

A busca por projetos interdisciplinares tem o propósito de reorientar a trilha pela qual a humanidade caminha, através de um pensamento capaz de apreender a unidade da realidade para solucionar os complexos problemas gerados pela racionalidade social, econômica e tecnológica dominante. Para Leff (2001)²⁷, esse novo caminho deve convergir em saberes para uma realidade homogênea, racional e funcional, eliminando as divisões estabelecidas pelas fronteiras dos territórios científicos, visando a reconstrução de um mundo unitário.

A construção de sociedades sustentáveis através de processos interdisciplinares mobilizará a produção de novos conhecimentos e poderá resultar em alavanca positiva da curiosidade que explore alternativas que possam ir além das opções herdadas pelas tendências atuais (LEFF, 2001) e revitalizar a ética do consumo e do uso dos recursos naturais, na satisfação das necessidades e desejos dos seres humanos inseridos dentro da rede complexa da vida.

Conforme lembra Boff, estas mudanças não ocorrem sem uma mudança ética profunda. Uma mudança que alcance a mente e o coração. Requer um novo sentido para as relações internacionais, na interdependência global e na responsabilidade universal. Imaginar um mundo de vida sustentável, desde o local, regional e o global. Esta mudança dificilmente ocorrerá mediante coação, mas pode potencializar-se mediante adoção de novas condutas éticas, superando a realização de desejos pela realização humana, do individualismo pelo sentido de comunidade. Tornar mais verdadeiras as parcerias entre governos e sociedade, renovando os compromissos supranacionais em favor do planeta.

Enfim, que nosso tempo seja lembrado pelo despertar de uma nova reverência diante da vida, por um compromisso firme de alcançar a sustentabilidade, pela rápida e eficaz luta pela justiça, pela sensibilidade ecológica e a vida das presentes e futuras gerações.

²⁶ Habermas, Jürgen. *O futuro da natureza humana*. São Paulo: Martin Fontes, 2004.

²⁷ Leff, Enrique. *Saber Ambiental: sustentabilidade, racionalidade, complexidade, poder*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001

HACIA UNA REFORMULACIÓN DEL PARADIGMA BIOÉTICO
Aportes latinoamericanos desde una situación existencial fundamental: alimentación y producción de alimentos

Dr. Diego Fonti, Lic. José Alessio, Esp.Méd. Mónica Heinzmann.
Centro de Bioética – Universidad Católica de Córdoba – Argentina

1. Sobre el problema que nos convoca

El cinismo e incluso cierto escepticismo no parecen viables a la hora de plantear el problema sobre el modo de producción de alimentos y sus consecuencias sanitarias. Este trabajo puede ofrecerse como respuesta a dichas posturas, pero sin mayores perspectivas de diálogo, pues de no verse el problema *como* problema difícilmente se iniciará su análisis. Lo mismo se aplica a las posturas “bienpensantes”, que en nombre de alimentar a una humanidad menesterosa legitiman procedimientos que destruyen progresivamente las posibilidades de vida, y de hecho empobrecen aún más a las comunidades necesitadas. Sólo ante la admisión que en el modo actual de producción extensiva de alimentos se han generado problemas sanitarios, socioambientales, alimentarios y de distribución de la renta, es que puede pensarse la estructura del problema y sus posibles vías de abordaje. Para exponer el problema y elaborar una respuesta pretendemos comenzar por una apelación al lenguaje. No hay “naturaleza” que no conlleve algún tipo de intervención humana. No hay “técnica” que no tenga en cuenta, por ejemplo, la estructura química u orgánica en que interviene. La escucha de los sentidos originarios de esos términos permitirá también confrontarles con la evolución semántica (y por cierto pragmáticamente influyente) que conocieran en la modernidad, su escisión, la objetivación del mundo y su “desencantamiento”, y por supuesto la reducción del campo de la reflexión moral a las acciones individuales, de agencia consciente y voluntaria, y de resultados inmediatos. Frente a las consecuencias ya innegables de la relación aludida, la reflexión moral debe preguntarse qué se debe hacer, y debe establecer la pregunta de modo diacrónico, es decir, teniendo en cuenta, el futuro. Finalmente, el planteo mismo del problema ético de la relación entre producción, ambiente y sociedad, tiene un valor añadido, amén la importancia del problema mismo. Es que permite también tangencialmente postular como aporte genuino a la discusión internacional de bioética diversos aportes que nacen en Latinoamérica y tienen pretensión de validez universal. Es decir, que asumiendo los ejes centrales del campo bioético, interdisciplinarietà, conciencia de y respeto por el pluralismo moral, y planteo de la relación relativismo/universalismo moral, se ubica no obstante en una situación epistemológica particular.⁴² La experiencia de opresión, injusticia, desnivel económico, social y cultural, y la evidente destrucción ecológica muestran como limitado en su campo de aplicación (cuando no francamente inoperante) el paradigma que desde fines de los '70⁴³ fuera asumido como modelo para todo debate bioético: el análisis de todo conflicto a partir de los principios en juego de autonomía, justicia y beneficencia (concediéndose habitualmente el primado al primero). La perspectiva, el ángulo de visión de los problemas y sus consecuencias, permite hacer un aporte genuinamente original que al mismo tiempo influye en los demás modelos de análisis, habitualmente dependientes del paradigma anglosajón.⁴⁴ Se trata de un “lugar ético” significativo a la hora de argumentar, que no niega otras tradiciones discursivas, sino que las asume desde una resignificación particular.

⁴² Garrafa, V., Osório de Azambuja, L., “Epistemología de la bioética - enfoque latino-americano”, en *Revista Brasileira de Bioética*, Vol 3 Número 3, 344-359, 345.

⁴³ Con el denominado Informe Belmont de la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (convocada en 1974 precisamente para identificar los principios éticos básicos que rigieran las investigaciones con seres humanos en ciencias del comportamiento y biomedicina, principios que luego fueron sistematizados) de 1978, año en que también se edita el *Principles of Biomedical Ethics* de Beauchamp y Childress.

⁴⁴ Garrafa y Osório, op. cit. 352, resumen: “lo que llamamos las ‘4 P’ para el ejercicio de una práctica bioética comprometida con los más desprotegidos, con la “cosa pública” y con el equilibrio ambiental y planetario del siglo XXI: *prudencia*, con el desconocido; *prevención* de posibles daños e iatrogenias; *precaución* frente al uso indiscriminado de nuevas tecnologías; y *protección* de los excluidos sociales, de los más frágiles y vulnerables.”

2. Consecuencias ambientales y alimentarias de la concepción tecno-científica moderna

A pesar de la supuesta neutralidad científica, la subordinación a intereses y resultados de índole económica, tiñe todo el proceso de investigación y aplicación. Se genera un ecosistema a la medida de un ethosistema determinado. Algunas consecuencias de este ethosistemas son:

La irracionalidad se convierte en razón: si la técnica es un sistema de actividades destinados a abrir un sentido del mundo, ocultado otros, y si ese sentido debe tener alguna relación con la supervivencia plena (y no mera duración prolongada) de la existencia del ser humano en sus múltiples aspectos, entonces la subordinación a una racionalidad económica entendida como afán de lucro conlleva serios riesgos. Ante todo porque las estrategias económicas se muestran como una estructura formal que es independiente de su contenido. Es decir, si de lo que se trata es de maximizar la ganancia, se reducirán otros modos de cualificar lo elaborado (por ejemplo: calidad de vida humana, calidad ambiental).⁴⁵ Vista desde esa otra perspectiva, la “conveniencia” de producir un producto altamente rentable (incluso para el fisco) pero de bajo “rendimiento” por sus consecuencias ambientales (pérdida de fertilidad del suelo, aridización de la tierra) y socioculturales (pérdida de fuentes de subsistencia para pequeñas poblaciones rurales por la reducción de la tierra a inversión de un “pool” de siembra anónimo, no presente en el espacio rural y contratante de fuerzas de trabajo a menudo foráneas al espacio cultivado) se vuelve altamente dudosa. La consecuencia final de sobreexplotación de recursos humanos y ambientales no es un desajuste del sistema sino su estructura misma.

Limitación de posibilidades de lo ecológico y de lo humano: las intervenciones que pretenden hacer más prolífica la agricultura mediante una intervención directa en el genoma y los procesos necesariamente asociados para su implantación masiva como técnica de producción de alimentos, conllevan el riesgo de una reducción en las posibilidades de subsistencia de la multiplicidad de las formas de vida. Las intervenciones genéticas sobre semillas, a menudo sostenidas por argumentos admisibles como la necesidad de alimentos para una población mundial siempre creciente, o la prescindencia de pesticidas no degradables que también afectarían a los consumidores, conlleva la reducción de las variedades utilizables de las mismas semillas, y la eventual desaparición de aquello no comercializable con rédito junto con sus posibilidades desconocidas (alimentarias, curativas, etc.). Aunque no haya hasta ahora evidencia de tendencias reproductoras de relevancia en las mutaciones genéticas y por exposición a agentes mutagénicos,⁴⁶ sí es considerable la información recabada sobre el deterioro ambiental y las consecuencias para la salud de quienes entran en contacto con otros elementos involucrados en la agricultura transgénica, como los agroquímicos. Además, el modelo extensivo de siembra que suponen, requiere de la generación de espacios con la consiguiente destrucción de ecosistemas relativamente estables. Los costos de la inestabilidad generada (inundaciones, migraciones internas, etc.) no aparecen contenido en las ecuaciones de las “ganancias”. Con otras palabras, se trata de los criterios de evaluación del “retorno social de los posibles beneficios”, y de la necesaria “internalización” de los costos socioambientales.

⁴⁵ Leff, E. *Ecología y capital. Racionalidad ambiental, democracia participativa y desarrollo sustentable*, Siglo XXI, México 1994, 208.

⁴⁶ Gafo, J. *Problemas éticos de la manipulación genética*, Ediciones Paulinas, Madrid 1992, 91.

La soberanía limitada: una consecuencia de relieve es la posesión de las patentes de las semillas genéticamente modificadas por parte de grandes multinacionales.⁴⁷ A diferencia de lo que se supone en una economía de mercado, estos modos de producción no aumentan sino que reducen las posibilidades de opción. La reducción en las posibilidades no es sólo resultado de una lucha entre el paradigma biotecnológico y el paradigma bioético, sino mucho más profundamente la – hasta ahora – victoria e imposición de un modelo cultural que influye no sólo sobre nuestra comprensión de la racionalidad, sino también sobre nuestros gustos, deseos, preferencias, en suma, sobre nuestra sensibilidad.⁴⁸ La limitación en las posibilidades de alimentación, la reducción en gustos y por tanto la eliminación de fuentes de nutrición significan también la reducción en las posibilidades de experimentar la riqueza del ambiente.

El desprecio de los futuros: La visión puramente utilitarista e instrumental de la tierra, el uso de esta sin contar con su capacidad de autorreparación y su limitación, significa la eliminación de posibilidades de subsistencia para generaciones futuras. Se ha intentado hacer ingresar en diversas legislaciones ambientales principios de regulación que consideren el futuro, como el principio de precaución.⁴⁹

3- Efectos sobre los ecosistemas y la salud humana del modelo de producción agroindustrial de alimentos:

En relación a los efectos medioambientales, alguno de los datos que emergieron en el Informe de Evaluación de los Ecosistemas del milenio⁵⁰ son elocuentes: Para el caso de la Agricultura se destaca: “El uso intensivo de fertilizantes ha contaminado los ecosistemas y hay cantidades excesivas de nutrientes. Más de la mitad de todo el fertilizante sintético de nitrógeno jamás utilizado en el planeta ha sido usado desde 1985. La cantidad de nitrógeno y fósforo que ha sido liberada en el medio ambiente se ha duplicado. Esta liberación repentina e inaudita de nitrógeno libre y fósforo – nutrientes para el crecimiento de plantas– ha provocado masivas floraciones de algas en agua dulce y en el mar. Esto puede privar a los peces y a otra flora y fauna de oxígeno, y produce sustancias tóxicas que constituyen un peligro para el agua potable. Este efecto es identificado como un potencial “punto de quiebre” que puede destruir repentinamente ecosistemas enteros.

Por otro lado, en los últimos años se publicaron en revistas científicas prestigiosas, estudios realizados en Canadá, Estados Unidos, Francia y también en Argentina entre otros, donde revisiones sistemáticas internacionales de cáncer y uso de agroquímicos en niños y adultos mostraron clara asociación influenciada por tiempo de exposición y dosis⁵¹. Para el caso de la leucemia, el principal cáncer en la población infantil se demostró que la exposición prenatal materna duplica las posibilidades de desarrollar la enfermedad.

Deben también tenerse en cuenta publicaciones de trabajos en modelos experimentales que mostraron relación del Glifosato con anomalías en el desarrollo embrionario. El

⁴⁷ Schramm, F., Kottow, M “Bioética y biotecnología: Lo humano entre dos paradigmas”, *Acta Bioethica*, VII, 2, 2001, 259-267, 261s.

⁴⁸ Importante referencia para el análisis de la liberación a partir de la categoría de sensibilidad es Asselborn, C. (et al.) *Liberación, estética y política*, EDUCC., Córdoba 2010.

⁴⁹ Pfeiffer, M.L. *Transgénicos. Un destino tecnológico para América Latina*, Suárez, Mar del Plata 2002. Véase también www.cba.gov.ar/imagenes/fotos/pfeiffer.pdf

⁵⁰ Evaluación de los Ecosistemas del Milenio. (MA. www.pnuma.org) Las relaciones entre el funcionamiento de los ecosistemas y el bienestar humano. 2005

⁵¹ Bassil KL, Vakil C, Sanborn M, Cole DC, Kaur JS, Kerr KJ. Cancer health effects of pesticides: systematic review. *Can Fam Physician*. 2007 Oct;53(10):1704-11. Review.

grupo dirigido por Gilles-Eric Seralini, de la Univ. de Cannes en Francia, a través de sucesivos informes entre el 2005 y 2009, ha demostrado que el Roundup (Glifosato) a través de su surfactante POEA (Polietoxietielamina) produce la muerte de las células embrionarias, placentarias y del cordón umbilical, dando origen a malformaciones, teratogénesis y tumores.⁵²

Los trabajos del Dr.A.Carrasco⁵³, Director del Laboratorio de Embriología de UBA-Conicet, informó en 2009, haber comprobado en sus estudios, que el glifosato usado en dosis mucho menores a las de campo y en diluciones similares a las que se encuentran en los cursos de agua como restos, produce malformaciones placentarias y embrionarias en una especie de anfibio llamada *Xenopus laevis*, alterando el proceso de morfogénesis del mismo, proceso que es común a todos los vertebrados y por lo tanto al ser humano.

Estudios de Revisión del grupo de la Dra Sanborn⁵⁴ sobre malformaciones y pesticidas mostraron aumento del riesgo para defectos específicos como reducción de los miembros, defectos del sistema nervioso, anomalías urogenitales, hendiduras oro faciales, defectos cardíacos y oculares. Los compuestos asociados fueron el Glifosato y los derivados de Pyridil. También fue mayor la incidencia de prematuridad, retardo del crecimiento intraútero, bajo peso al nacer y abortos espontáneos para el caso de las madres expuestas.

En Estados Unidos, estudios epidemiológico ambientales llevados a cabo bajo el patrocinio de Agencias Oficiales mostraron mayor incidencia de malformaciones congénitas en poblaciones expuestas a fumigación, y para el caso de concebidos en épocas de primavera, con mayor exposición ambiental, el riesgo fue hasta 5 veces superior⁵⁵.

Veamos qué sucede con la realidad de nuestro medio. En agosto de 2010 la Universidad Nacional de Córdoba patrocinó el Primer Encuentro Nacional de Médicos de pueblos fumigados. El Informe elaborado⁵⁶ requiere especial atención

Son sorprendentes las comunicaciones de los médicos, que atienden en general desde hace más de 25 años a las mismas poblaciones, pero lo que encuentran en los últimos años es absolutamente inusual y lo vinculan directamente a las fumigaciones sistemáticas con agroquímicos. Algunas de las principales presentaciones son las siguientes:

Según los datos de Neonatología del Hospital Perrando de Resistencia Chaco, una institución pública, la incidencia de malformaciones congénitas en recién nacidos es más de 4 veces superior en los últimos 10 años, de 46 casos registrados en 1997, ascendieron a 186 en el 2008. Estos datos coinciden con el incremento del cultivo extensivo de soja que pasó de 100.000 a más de 700.000 has en el mismo período. En el documento se dice que esta relación se ve fortalecida cuando se observa el mapa de la mortalidad por causas Q (malformaciones, anomalías cromosómicas y deformidades) que tiene sus incidencias más altas en las zonas sojeras y en La Leonesa en particular, áreas con elevada utilización de glifosato y otros plaguicidas. También se incrementó la incidencia de cáncer infantil con prevalencias relacionadas a la intensidad del uso.

⁵² Benachour N. y Seralini G-E. Glyphosate formulations Induce Apoptosis and Necrosis in Human Umbilical, Embryonic, and Placental Cells. Chem. Res. Toxicol. , 2009, 22 (1), págs. 97-105

⁵³ Carrasco AE. Glyphosate-Based Herbicides Produce

Teratogenic Effects on Vertebrates by Impairing Retinoic Acid Signaling. Chem Res Toxicol.2010Aug 9.

⁵⁴ Sanborn M, Kerr KJ, Sanin LH, Cole DC, Bassil KL, Vakil C. Non-cancer health effects of pesticides: systematic review and implications for family doctors. Can Fam Physician. 2007 Oct;53(10):1712-20.

⁵⁵ Schreinemachers DM. Birth malformations and other adverse perinatal outcomes in four U.S. Wheat-producing states. Environ Health Perspect. 2003 Jul;111(9):1259-64.

⁵⁶ EL informe completo puede leerse en <http://www.reduas.com.ar/tag/inicio/>

“En el registro Latinoamericano de Malformaciones Congénitas (ECLAM) se informa que la Provincia de Misiones tiene una tasa de 0,1 /1000 nacidos vivos con defecto de cierre del tubo neural; pero el Dr. Demaio registra en su hospital 7,2/1000 (70 veces más), tasa que aumenta año a año. Su equipo georeferenció el origen de las familias con estos graves e invalidantes déficits y todos provienen de zonas fuertemente fumigadas. Se destaca además que su equipo evaluó con test neurocognitivos a poblaciones infantiles afectadas por el uso de agroquímicos y pudo determinar que además de la genotoxicidad se verifican alteraciones de la esfera neurocognitiva como trastornos del aprendizaje.

El estudio de la Dra Trombotto de Córdoba destaca el aumento de la prevalencia de malformaciones en recién nacidos en Córdoba Capital en los últimos 30 años comparado con los registros europeos y latinoamericanos y lo relaciona a través de un prolijo análisis con el incremento del uso de agrotóxicos.⁵⁷

Varios grupos universitarios están llevando adelante investigaciones en poblaciones afectadas. Algunas de las cuales mostraron con técnicas específicas y bio marcadores que la prevalencia de daño del material genético contenido en el ADN celular, es superior en los fumigados que en los grupos control. En la práctica, estas aberraciones cromosómicas pueden manifestarse como aborto espontáneo, defectos al nacimiento, anomalías espermáticas o bien propender al desarrollo de cáncer.

En la Conclusión del Informe se dice textualmente: “La primera recomendación es que la sociedad y la opinión pública, escuche, reconozca, y conozca lo que desde el ámbito académico y científico de la salud afirmamos: los plaguicidas son tóxicos, son venenos y nos están enfermando, las enfermedades que vemos y tenemos no son casuales, son generadas, principalmente, por la fumigación con estos agrotóxicos...”

En razón del grave problema aquí presentado, y en función de la aplicación del **principio precautorio**, creemos que se deben tomar medidas para garantizar el derecho a la salud y a un ambiente sano para las poblaciones de los pueblos fumigados, nuestros pacientes...”

4. Corollarium bioethicum: aportes desde la perspectiva Potteriana al problema que nos convoca

Van Rensselaer Potter considerado por muchos como el padre de la Bioética, en el sentido de que fue él quien propuso por vez primera en la historia de la civilización humana la utilización del término **Bioética** aplicado a una nueva “ciencia de la supervivencia” que habría de ser el “puente hacia el futuro” de la Humanidad. La primera vez que utilizó Potter el neologismo “bioética” fue en un artículo aparecido a finales de 1970 y poco tiempo después, en enero de 1971, Potter publicó el primer libro de la historia que llevaba por título el término *bioética* con el propósito de “contribuir al futuro de la especie humana promocionando la formación de una nueva disciplina: la **BIOÉTICA**”.⁵⁸ Potter justificaba su esfuerzo en el prefacio de la obra diciendo: “Hay dos culturas -ciencias y humanidades- que parecen incapaces de hablarse una a la otra y si ésta es parte de la razón de que el futuro de la humanidad sea incierto, entonces posiblemente podríamos construir un ‘puente hacia el futuro’ [que es el subtítulo de la obra] construyendo la disciplina de la Bioética como un puente entre las dos culturas. [...] Los **valores éticos** no pueden ser separados de los **hechos biológicos**”. Más adelante agregaba: “La humanidad necesita urgentemente de una

⁵⁷ Trombotto Gladys. Estudio Epidemiológico de las Malformaciones Congénitas. 2002.

http://www.clinicapediatria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis_neonatologia/neo/DraGladisTrombotto

⁵⁸ Potter, V. R. **Bioethics: Bridge to the Future**, Prentice Hall, New Jersey 1971; “Bioethics: The Science of Survival”, *Perspectives in Biology and Medicine*, New York, 14(1) 1970, 127-153.

nueva sabiduría que le proporcione el “conocimiento de cómo usar el conocimiento” para la supervivencia del hombre y la mejora de la calidad de vida.”

En este contexto es oportuno incluir aquí la opinión de Daniel Callahan quien en 1973 decía que “la Bioética no puede considerarse una disciplina en el sentido pleno de la palabra” y sin embargo años más tarde, en 1995, escribía en la *Encyclopedia of Bioethics*: “ La palabra bioética, acuñada recientemente, ha pasado a significar más que un campo concreto de la investigación humana en la intersección entre la ética y las ciencias de la vida; es también una disciplina académica, una fuerza política en la medicina, en la biología y en los estudios del medio ambiente; también significa una perspectiva cultural importante. La bioética entendida en el sentido más estricto es un nuevo campo que surge como consecuencia de los importantes cambios científicos y tecnológicos. Entendida, sin embargo, en un sentido más amplio, es un campo de conocimiento que se ha extendido y que, en muchos ámbitos, ha cambiado algunos enfoques del conocimiento mucho más antiguos. Se ha extendido hasta los ámbitos del derecho y las políticas de gobierno; ha entrado en los estudios de literatura, historia y cultura en general; ha entrado en los medios de comunicación social y en las disciplinas de filosofía, religión, literatura; en los ámbitos científicos de la medicina, biología y medio ambiente, demografía y ciencias sociales” .⁵⁹

Este planteamiento de la Bioética abarca tanto el concepto marcadamente medioambiental que Potter tenía de la Bioética como la perspectiva médica; en definitiva, lo importante es diferenciar entre lo que Potter planteaba como Bioética Global con lo que significa tener una visión global de la Bioética. La Bioética, como disciplina, lo mismo puede tratar de la eutanasia, los trasplantes de órganos o la fecundación *in vitro* que de las patentes de genes humanos, las plantas transgénicas, la biodiversidad o los derechos de los animales. Todo es Bioética.

Para esta nueva ciencia, construida sobre la propia Biología e incluyendo además la mayoría de los elementos esenciales de las ciencias sociales y humanísticas, incluyendo la Filosofía, propuso Potter el nombre de **BIOÉTICA** para resaltar los dos elementos más importantes: el conocimiento biológico (**bios**) y los valores humanos (**ethos**). Para Potter, el significado de la palabra “bioética” en 1971 representaba la afirmación de dos conclusiones: en primer lugar, que la supervivencia de un futuro a largo plazo se reduce a una cuestión de bioética, no de una ética tradicional; en segundo lugar, que para ese futuro a largo plazo había que inventar y desarrollar una política bioética ya que la ética tradicional se refiere a la interacción entre personas, mientras que la bioética implica la interacción entre personas y sistemas biológicos. Por eso decía Potter en el Prefacio de su obra: “Necesitamos de una Ética de la Tierra, de una Ética de la Vida Salvaje, de una Ética de Población, de una Ética de Consumo, de una Ética Urbana, de una Ética Internacional, de una Ética Geriátrica, etcétera. Todos estos problemas requieren acciones basadas en valores y en hechos biológicos. Todos ellos incluyen la Bioética y la supervivencia del ecosistema total constituye la prueba del valor del sistema.”

Es el concepto de **Bioética global**. Por eso se quejaba Potter (2001) de que “la Bioética hubiera sido acaparada durante la siguiente década por los ‘comités bioéticos’ médicos que trabajaban en Centros de Bioética en el área clínica, tratando problemas de vida y muerte que son todavía controvertidos.” Así, la Bioética quedaba restringida a una **Bioética médica** o **Bioética clínica**, como ya puso de manifiesto en 1975 en su alocución Presidencial de la 66ª Reunión Anual de la Asociación Americana del Cáncer.

⁵⁹ Abel, F. 2001. Bioética: orígenes, presente y futuro. *Instituto Borja de Bioética, Barcelona, Fundación Mapfre, Madrid*

No obstante, también podría argumentarse legítimamente desde el punto de vista opuesto que Potter polarizó su idea de la Bioética hacia una **Bioética medioambiental o ecológica**. De hecho, su libro está dedicado a Aldo Leopold, ingeniero forestal de la Wisconsin University, quien con su “Ética de la Tierra (*Land Ethic*)” (1949) “anticipó la extensión de la Ética a la Bioética”, en palabras de Potter.

En los más de 40 años transcurridos, la Bioética ha crecido de forma espectacular, habiendo llegado a decirse que “la Bioética ha salvado a la Ética filosófica” (Toulmin, 1982), “la Bioética será la Ética del siglo XXI” o que, incluso, “el Tercer Milenio será la Era de la Bioética Global o la Era de la Anarquía” (Potter, 2001).

Como él mismo dijo, Potter fue durante 60 años un profesional de la investigación del cáncer y durante 30 años un filósofo biológico amateur. Como señala Abel (2001), el trabajo de Potter en la Bioética pasó desapercibido durante mucho tiempo quizá porque su filosofía ecológica no fue conocida, comprendida o aceptada aunque en el campo de la Bioética medioambiental tiene más de 50 publicaciones. Su preocupación por la Bioética Global le llevó también al planteamiento de la Biocibernética y la supervivencia entendiendo la Biocibernética como “toda interacción biológica que tiene lugar entre el hombre y su entorno”.

Así como Potter se centró de forma mayoritaria en los problemas ecológicos y medioambientales, Jonas⁶⁰ en su libro que lleva a la práctica el Principio de Responsabilidad, abordó más los problemas éticos derivados de los experimentos realizados con sujetos humanos, la Biomedicina y la Genética que los problemas medioambientales. No obstante, a través de ambos autores se llega a una postura de responsabilidad hacia las futuras generaciones.

Al considerar Hans Jonas (ob.cit.1985, p.35 de la traducción española) las dimensiones globales en el espacio y el tiempo de los avances de la técnica moderna decía: “Con lo que hacemos aquí y ahora, la mayoría de las veces pensando en nosotros mismos, influimos masivamente sobre la vida de millones de personas, en otros lugares y en el futuro, que no tienen voz ni voto al respecto. Hipotecamos la vida futura a cambio de ventajas y necesidades a corto plazo... la mayoría de las veces, necesidades creadas por nosotros mismos;... la categoría ética que este nuevo hecho saca a la palestra se llama **responsabilidad**.”. Esta ética de la responsabilidad es una ética orientada al futuro en el sentido de que, en palabras de Jonas, “pretende proteger a nuestros descendientes de las consecuencias de nuestras acciones presentes”.

En la ciencia jurídica se dice correctamente que lo que no existe no tiene derechos, pero ello no quiere decir que nosotros no tengamos obligaciones y deberes hacia las futuras generaciones. En términos ecológicos y medioambientales deberíamos tener siempre muy presente aquella reflexión que dice: “no hemos heredado la Tierra de nuestros padres, sino que la hemos tomado prestada de nuestros hijos”

La contaminación ambiental, el “efecto invernadero”, la desertización, la deforestación (por la tala masiva de bosques o por incendios), el agotamiento de los recursos naturales por prácticas contrarias al desarrollo sostenible, los problemas del agua de riego (escasez, salinidad), la falta de agua potable en muchas poblaciones humanas, la contaminación de mares y costas, etc. son algunos de los problemas que afectan a la Bioética Global.

⁶⁰ Jonas, H. 1985. Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung, *Insel Verlag, Frankfurt am Main* (traducida al español “Técnica, Medicina y Ética. Sobre la práctica del principio de responsabilidad”, *Paidós, Barcelona*, 1996)

En la década de los setenta del siglo pasado afloró la preocupación mundial por el peligro ecológico, que Diego Gracia llama “revolución ecológica” (Gracia, 1998, p. 12-13). Así, el mismo autor señala la repercusión que tuvieron el Informe del Club de Roma de 1972 (“The limits of growth”), el “Informe 2000” que se elaboró en Estados Unidos durante la presidencia de Jimmy Carter y el informe “Our common future” elaborado en 1987 por la Comisión Mundial del Medio Ambiente y del Desarrollo de las Naciones Unidas.

En este contexto tienen especial relevancia los convenios internacionales en los temas relacionados con la “biodiversidad” (Cumbre de Río de Janeiro, 1992), la “bioseguridad” (Cartagena, Colombia, 1999; Montreal, 2000) y la “contaminación atmosférica” (Convención Marco de Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, Nueva York, 1992, cuyo Protocolo fue aprobado en Kyoto en 1998).

Por ello, hacemos muestras las palabras del profesor Juan Oró: “Pido a la tecnología moderna la facilidad de comunicarme con mis semejantes sin que el ruido de los aviones me enloquezca ni las radiaciones maten mis células. Pido utilizar la energía fósil sin que la contaminación devaste nuestras costas, o la energía nuclear sin que ello produzca en mis descendientes anomalías genéticas eternas”. Utilicemos la biotecnología de la Agricultura transgénica sin que ello perjudique nuestro entorno ecológico ni atente contra la salud del mundo.

5 – Perspectivas: una mirada hacia un futuro deseable?

Leonardo Boff en una entrevista del 2009⁶¹ también denuncia la perversidad del modelo de producción y demanda abiertamente la urgencia y necesidad de recuperar la armonía con la Tierra: “El actual modelo de producción, el capitalista, parte del falso presupuesto que la tierra es como un gran baúl del cual se pueden sacar recursos indefinidamente para obtener beneficios con la mínima inversión posible en el tiempo más corto. Hoy queda claro que la Tierra es un planeta pequeño, viejo y limitado que no soporta una explotación ilimitada. Tenemos que dirigirnos hacia otra forma de producción y asumir hábitos de consumo distintos. Producir para responder a las necesidades humanas en armonía con la Tierra, respetando sus límites, con un sentido de igualdad y de solidaridad con las generaciones futuras. Eso es el **nuevo paradigma de civilización.**”

Estas ideas se materializaron en la DECLARACION UNIVERSAL del Bien Común de la Madre Tierra y de la Humanidad⁶² que la Asamblea General de la ONU aprobó en el período 2008/2009 bajo la responsabilidad de Miguel d’ Escoto, que ocupó durante ese periodo la presidencia de la Asamblea y Leonardo Boff, Comisionado de la Carta de la Tierra. La Declaración constituye un cambio de paradigma, que responde a la nueva conciencia planetaria y ecológica de la humanidad. Es el paso de la centralidad del ser humano en la vida del planeta y de su consideración como dueño y señor absoluto, único actor en la historia y en la naturaleza, a la consideración de la Tierra y de la Humanidad como sujetos interdependientes, que no mantienen relaciones de rivalidad, sino de interactividad dinámica y simétrica; el paso del modelo antiecológico de crecimiento de la Modernidad a un modelo sostenible de desarrollo eco-humano.

⁶¹ Por Sergio Ferrari - Fuente: Ecoportal - 12/11/2009 - Más información: www.ecoportal.net. Consultado en marzo 2011.

⁶² Puede consultarse texto completo en: www.wftl.org/pdf/declaracion_boff_y_escoto.pdf

PROPUESTA DE PROGRAMA PARA LA ASIGNATURA ANIMALES DE LABORATORIO

Formación de Residentes en Ciencias Básicas Biomédicas desde una perspectiva Bioética.

Lic. Marta Elena Herrera Álvarez

MSc y Profesora Auxiliar del Dpto de Postgrado de la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana.

e-mail: martah@giron.sld.cu

Las referencias acerca de la experimentación animal son encontradas desde la antigüedad en los escritos de médicos y filósofos griegos a través de la Historia y hasta nuestros días y constituye un dilema ético-moral. Diferentes posiciones extremas con relación a su utilización- fines docentes y/o investigativos- han promovido grupos que a ultranza, mueven la balanza hacia uno u otro platillo sin fundamentar, que su utilización bajo normas Bioéticas, busca el equilibrio entre riesgos y beneficios, tanto para el ser humano, como para con quienes se les toma de la naturaleza para investigar a través del Bienestar, la Ética y la Bioética, teniendo los animales de investigación acceso en los métodos biológicos y científicos en la enseñanza y la educación.

Aristóteles, naturalista y filósofo realizó disecciones para las cuales Celso se opuso enérgicamente, siendo su continuador, Galeno; en la Edad Media aunque prohibida por la Iglesia la vivisección, figura como la de Da Vinci, contribuyó a la anatomía comparada en perros y gatos, según Dolan⁶³, éste predijo que algún día la experimentación en animales sería juzgada como un crimen. Con el Renacimiento, Andrés Vesalius trabaja la vivisección en perros y cerdos para estudios del sistema circulatorio, Tomás de Aquino planteaba que no había responsabilidad moral para con los animales y Descartes argumentaba que los animales carecen de capacidades cognitivas relevantes, filósofos como Schopenhauer señaló que los animales comparten la capacidad de sufrir y la conciencia con los humanos, por su parte Jeremy Bentham también expresó dudas respecto de la opinión de Descartes, señalando: “la pregunta no es si pueden razonar o hablar, sino si pueden sufrir”. El eminente Fisiólogo Claude Bernard en la 2da mitad del siglo XIX -1865-, publica Introducción al estudio de la medicina experimental, donde plantea que sin la vivisección como medio de investigación no hay ni fisiología ni medicina científica posible. Por estos mismos años en Gran Bretaña, la Real Sociedad para la Prevención de la Crueldad hacia los Animales, aprobó la Ley de Protección contra la Crueldad hacia los Animales en 1876 y en 1882 se fundó en Suecia la Sociedad Nórdica contra Experimentos Dolorosos. Ver anexo 1

El siglo XX caracterizado por los avances en la ciencia, tenemos en Pavlov un destacado investigador que trabajó fundamentalmente con perros, mantuvo una postura adelantada para su tiempo en cuanto a la protección y cuidado de los animales tomados de su medio para ser sometidos a investigaciones, en este período se acentúan las polémicas en torno a la investigación con animales, aparece el término de Bioética en 1971, además la ética en este período es eminentemente antropocéntrica, sin embargo se pudiera ampliar el círculo de nuestras obligaciones morales hacia otros tipos de seres vivos, redimensionando los Principios Universales y de imperativo categórico, así Herrera Ibáñez⁶⁴ plantea 3 maneras éticas de accionar frente a los animales:

-Como lo concebía Aristóteles. "La educación consiste en dirigir los sentimientos de placer y dolor hacia el orden ético."

-Como lo concebía Kant “obra de tal modo que te relaciones con la humanidad, tanto en tu persona como en la de cualquier otro, siempre como un fin y nunca solo como un medio“

⁶³ Dolan K. *Ethics, animals and science*. London: Blackwell Science Ltd.; 1999.

⁶⁴ Herrera A. Tres actitudes éticas hacia los animales. En: Cano Valle F, Torres Mejía J (eds.) *Memoria del VI Congreso Nacional, Latinoamericano y del Caribe de Bioética*. México, DF: Comisión Nacional de Bioética; 2002: 197-203

-Como lo concibe Peter Singer⁶⁵ un “utilitarismo del interés”; cuyo postulado fundamental es “*el principio de igual consideración de los intereses*”. Este principio exige que en las decisiones morales se asigne un peso igual a los intereses iguales de todos aquellos a quienes esas decisiones afectan, orienta a darle a los animales iguales posibilidades que a los seres humanos con relación al sufrimiento y en contraposición a esta se manifiesta Peter Carruthers⁶⁶.

Peter Singer⁶⁷ plantea que: El movimiento por la liberación de los animales, esto es de la ética individual que debe asumir la persona desde su comportamiento con respecto a los animales, comenzó a ser objeto de análisis por parte de los filósofos académicos. Este hecho aceleró el nacimiento del moderno movimiento en pro de la liberación de los animales y agrega que El estatus moral que despierta hoy los animales ha sido una rama imprescindible de la ética aplicada más reciente, que se ha ido extendiendo a la explotación ganadera (sobre todo en aquellos países que poseen grandes extensiones ganaderas), así como la experimentación animal y la industria de la piel, son objeto de un diálogo apasionante.

En la esfera de la ciencia, la ética profesional requiere del científico la comprensión del elevado objetivo que significa servir a los hombres con la escrupulosidad científica y el honor personal del investigador. La verdadera actitud del científico no presupone ni mucho menos una subordinación coyuntural de tipo politiquero a las “exigencias del momento” en perjuicio de la pureza espiritual, sino un profundo análisis de la realidad objetiva en todo su carácter complejo y contradictorio, lo que no significa que este no asuma compromiso con respecto a la sociedad que lo ha formado.

Y, similarmente, nos argumenta Peter Singer, “El creciente interés por el entorno ha llevado a muchos a preguntarse si tal vez la tradicional ética occidental, no esté tan profundamente coloreada de chauvinismo humano que necesite ser reemplazada por una ética para la cual todas las cosas vivientes, y hasta quizás incluso los sistemas ecológicos, sean portadores de valor. Los intentos de desarrollar tal ética han despertado apasionados debates que han dado nacimiento a nuevas cuestiones sobre los límites de la ética”. A continuación agrega que: “Claro está que respetar no es no tocar: es valorar, comprender y estimar lo que se toca; y, sobre todo, hacerse responsable de todo lo que se toca.”

La Norma Cubana⁶⁸ recomienda en su acápite 4 Consideraciones Generales lo siguiente: Cuando se consideran estudios con animales, para satisfacer los requisitos de la Norma Internacional ISO 10993-2, se deberían identificar y poner en práctica todas las alternativas de sustitución, reducción y refinamiento que sean razonable y prácticamente disponibles, elementos de las 3Rs planteadas desde 1959 por Russell and Bursh⁶⁹.

Eduardo Rodríguez Yunta⁷⁰ considera que: Para garantizar el mejor tratamiento posible cada institución que utiliza animales debería establecer un Comité Institucional para el Cuidado y Uso de Animales de Laboratorio (CICUAL) que supervise, examine y vigile cada posible experimento.

⁶⁵ Singer P. *Animal Research II. Philosophical Issues*. New York, NY: Simon and Schuster Macmillan;1995

⁶⁶ Carruthers P, Smith PK. *Theories of Mind*. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.

⁶⁷ Peter Singer: *Ética aplicada*. diccionario. Enciclopedia Oxford de filosofía en: Ted Honderich (Editor) Editorial Tecnos, Madrid, 2001, p. 346.

⁶⁸ Oficina Nacional de Normalización (NC) Norma Cubana ISO 10993-11: Evaluación biológica de equipos médicos 1. Edición Enero 2008. Parte 2: requisitos relativos a la protección de los animales. Capítulo 4. Consideraciones generales

⁶⁹ Russell WMS, Burch RL. The Principles of Humane Experimental Technique en 1959 and The Three R's: The Way Forward. J. Zurlo, D. Rudacille, and A. M. Goldberg. *Environmental Health Perspectives*. 1996. 104(8)

⁷⁰ *Ética de la investigación en Modelos Animales de enfermedades humanas*. Acta Bioethica 2007; 13 (1)

Entre las principales tareas del CICUAL⁷¹ en México se destacan dos: • Revisión de los protocolos para el cuidado y uso de los animales de laboratorio, documento que todo el que utilice animales estará en la obligación de redactar y de esperar por dictamen del CICUAL. • Inspecciones –con la periodicidad que se considere necesaria internamente o aquella establecida por ley– a las actividades científicas que usen animales y a las instalaciones donde se alojan y/o utilizan.

En el cuidado, manejo y utilización de los Animales de Laboratorio se requieren de los Principios Éticos para la investigación que plantean:

- a) El manejo responsable de los animales con una crianza apropiada en su totalidad.
- b) El aseguramiento del Bienestar Físico y de las Funciones Conductuales Básicas y de la Salud Animal.
- c) La prevención y/o alivio del dolor o sufrimiento animal innecesario.
- d) Uso de la Vida Animal consciente o sensible solo por razones justificables en el experimento.

Estos Principios Éticos que aseguran el Bienestar del animal -como expresa el Lic. Roberto de la Peña⁷² en su curso de Ética- guardan relación con Principios Éticos Humanos de Respeto a la Vida, para que a los animales empleados en experimentos se les proporcione condiciones físico-ambientales que posibiliten un buen estado de salud, sean de la especie apropiada para el experimento y en la cantidad mínima requerida para obtener resultados válidos, teniendo en cuenta la posibilidad de acceder a métodos alternativos como son los modelos matemáticos.

Otro Principio como la Justicia estaría vinculada al Beneficio Social Real o Potencial que reportan las especies afectadas, sea tal, que justifique su ejecución, además minimizar el dolor o sufrimiento siempre que sea posible como imperativo moral.

En el Proceso Docente Educativo los RCBB requerirán dotarse de herramientas, conocimientos, habilidades manuales e intelectuales para trabajar e investigar con Animales de Laboratorio, pues una vez culminada la Residencia se insertan a la Educación Médica Superior, fundamentalmente como Docentes e Investigadores. En docencia, las prácticas con animales tienen como objetivo aprender ciertos procesos fisiológicos, características anatómicas o adquirir habilidades clínicas y quirúrgicas como forma de entrenamiento insustituible por modelos computacionales.

Capó, Morton, Peter Singer, Von Hoisser y Leonides Santos aportan definiciones y argumentos imprescindibles para que los experimentos con animales y plantas se realice bajo Normas Bioéticas, así Capó⁷³ en 1999 define a la Bioética Animal como: “Conjunto de normas éticas que regulan el comportamiento y las relaciones del hombre con los animales”.

Al respecto Morton⁷⁴ en 1999 plantea los llamados Puntos Terminales Humanistas en donde el experimento por diversas razones ha de culminar, como son:

1ro.- Signos Clínicos Observables que indiquen que el o los animales no están en condiciones para continuar en la experimentación.

⁷¹ El programa interno para el cuidado y uso de los animales de laboratorio en las instituciones biomédicas docentes, de investigación científica e industria farmacéutica. Jorge Fernández Hernández e Yvonne Michelle Heuze de Icaza. *Acta Bioethica* 2007; 13 (1)

⁷² González F, De la Peña R. Lineamientos Generales para la elaboración del Reglamento y las Normas de trabajo en los Vivarios Experimentales de los Institutos y Facultades de Ciencias Méd. La Habana: Centro Nac. de Perfeccionamiento Médico y Medios Audiovisuales, Minsap eds.; 1988.

⁷³ Capó, MA. Consideraciones Bioéticas y deontológicas en las Ciencias Veterinarias. Discurso de ingreso en la Real Academia de Ciencias Veterinarias de Madrid. 1999.

⁷⁴ Morton, D. B. and Griffiths, P. H. M. (1985) 'Guidelines on the recognition of pain, distress and discomfort in experimental animals and an hypothesis for assessment', *Veterinary Record*, vol 116, pp431–436

2do.- Mediciones Bioquímicas Indicativas que demuestren que los patrones fisiológicos están disminuidos y comprometen la vida del animal o no responden ya a los resultados esperados, como por ejemplo la titulación de Ac (anticuerpos), creatinina y otros.

Von Hoisser⁷⁵ plantea el establecimiento básico de un grupo de principios y la consideración unificada de una serie de circunstancias en lugar de una consideración unipersonal.

Referente a la concepción de los deberes del ser humano para con los animales, Sánchez-González⁷⁶, plantea 4 deberes fundamentales:

- Definir los propósitos que puedan legitimar el uso de los animales de laboratorio.
- Ejercer un control sobre los niveles de dolor que se producen.
- Asegurar condiciones tolerables de alojamiento y cuidados.
- Mantener transparencia y responsabilidad públicas de los profesionales implicados.

El Dr. Eduardo Rodríguez Yunta⁷⁷, plantea que: En efecto, en los códigos de ética para la investigación biomédica los ensayos con animales es una obligación.

Según el Código de Núremberg, cualquier experimento hecho en seres humanos “debe ser diseñado y basado en los resultados de investigación animal”. La Declaración de Helsinki, adoptada en 1964 por la XIII Asamblea Médica Mundial y revisada en seis ocasiones, cita también que la investigación médica en sujetos humanos “debe estar basada en pruebas de laboratorio adecuadamente realizadas y en experimentación con animales”.

La valoración respecto al uso de animales en experimentos biomédicos debe ser considerada en el contexto de los estudios médicos en beneficio para la salud humana y animal que puedan aportar más que en conceptos utilitarios o deontológico donde los principios y paradigmas utilizados en la ética médica humana pueden servir como modelo para la evaluación de las investigaciones con animales.

Leonides Santos plantea la necesidad de incluir en la Universidad la Bioética en el currículo de las profesiones y Ciencias de la Salud como estrategia educativa que posibilite el dominio y aplicación crítico-reflexiva del conocimiento que se imparte en la Universidad⁷⁸. Hace mención a estos aspectos Núñez Jover⁷⁹ *al referirse que* tanto a la ciencia como a los científicos no se les puede pedir sólo criterios cognoscitivos, sino también ideológicos y políticos. Todos los científicos tienen la obligación moral de tomar conciencia de su papel y responsabilidad social.

En nuestro país, desde la década del '90, se hace expreso lo pertinente de la Bioética Animal, al exigir la obligatoriedad documental en los Ensayos donde participen Animales de Laboratorio, posteriormente en el 2001, con la creación de la SCCAL⁸⁰, se busca la armonización en cuanto al enfoque Nacional del Código de Ética para el uso de los Animales de Laboratorio en las Investigaciones Biomédicas⁸¹

En el plano Internacional estas preocupaciones en cuanto a la formación de Recursos Humanos en la Educación Postgraduada se constatan en libros como *The Use of Animals in*

⁷⁵ *Handbook of Laboratory Animal Science*. Vol. I, *Essential Principles and Practices*. Boca Raton: CRC Press; 2003.

⁷⁶ Sánchez González MA. La ética del uso de animales con fines científicos. *Cuadernos del Programa Regional de Bioética* 1997; 3.

⁷⁷ Ética de la investigación en Modelos Animales de enfermedades humanas. *Acta Bioethica* 2007; 13 (1)

⁷⁸ Leonides Santos: La Bioética como disciplina crítica. P. 55-68. Acosta J. editor. *En Bioética para la Sustentabilidad*. Centro Félix Varela. La Habana.2002

⁷⁹ Núñez Jover J. Tecnología y Sociedad. En: *Problemas Sociales de la Ciencia y la Tecnología*. La Habana: GESICIT, Editorial Félix Varela; 1994.

⁸⁰ SCCAL: Sociedad Cubana para la Ciencia de los Animales de Laboratorio

⁸¹ De la Torre A, Figueroa JM, Martínez L. El código de ética en la experimentación animal no puede ser letra muerta. *Anuario Toxicología* 2001; 1(1):140-145.

Higher Educations. Problems, Perspectives and Recommendations⁸² en sus 7 capítulos hace un recuento histórico de la utilización de los Animales de Laboratorio en la Educación Superior, la literatura científica al respecto en América, las formas de aprendizaje activo y manual, la influencia del profesor y la actitud de los alumnos en la utilización de Animales vivos en la Educación Pre y Postgraduada en Medicina y Veterinaria fundamentalmente, así como alternativas y leyes establecidas al respecto.

Con relación a la Bioética Animal en diferentes sitios de INTERNET puede comprobarse que esta temática tiene amplia cobertura desde posiciones filosóficas diferentes y el acceso a estos sitios se hace cada vez más frecuente, sería también estrategia dentro de la propuesta para el Programa, hacer énfasis en la posición que nuestros científicos-MSc. Aleyda Pérez Rojas, DrC. Daniel Piedra Herrera, MSc. María Gloria Vidal Rivalta, MSc. Lazara Martínez, Victoria Camps, Núñez Jover - sostienen a la luz de los cambios tecnológicos, que no pueden opacar la necesidad de salvar al planeta ni de perder su diversidad biológica por afán de lucro con investigaciones pseudocientíficas, que benefician solo a quien pueda pagarla.

Organizaciones Internacionales⁸³ tan importantes como la **OIE, LASA, AAALAC, CCAC, ICLAS, ILAR**, promueven dentro de las Comunidades Científicas que la formación de técnicos y profesionales dedicados a la Investigación y la Docencia, tengan en su currículo la **BIOÉTICA** en el trabajo con animales y plantas, y que se pongan en práctica, no solo en el momento de la Investigación sino desde que se confinan a un entorno nada natural o seminatural hasta el momento en que cesan como reactivos biológicos.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) expresaba en su XI Reunión Interamericana de 1980: “los países que han logrado un gran avance en el control de las enfermedades humanas y animales son aquellos que han establecido entidades que se dedican al mejor desarrollo de la Ciencia de los Animales de Laboratorio”.⁸⁴

A partir de la Cumbre Mundial de la Educación Médica celebrada en 1993 en Edimburgo la modernización de la universidad enfrenta 4 retos fundamentales: 1ro.- Equidad, calidad y eficiencia. 2do.- Flexibilidad curricular y pertinencia social. 3ro.- Inserción, interacción y compromiso social de la Universidad con el país. 4to.- Modernización y descentralización de los procesos académicos administrativos.

En la Declaración de Rancho Mirage sobre Educación Médica adoptada por la 39ª Asamblea Médica Mundial en Octubre de 1997 en Madrid, España, queda explicitado lo concerniente a

⁸² Jonathan Malcome PhD, Editorial Humane Society Press año 2000,

⁸³ **OIE:** Oficina Internacional de Epizootia. **LASA:** Laboratory Animal Science Association. **AAALAC:** Asociación Americana para la Acreditación del Cuidado de Animales de Laboratorio. **CCAC:** Canadian Council Animal Care, fundada en Ottawa. Canadá en 1968. **ICLAS:** International Council for Laboratory Animal Science, creada en 1956 y con ello adquieren la Ciencia de los Animales de Laboratorio carácter internacional. **ILAR:** Instituto para Recursos de Animales de Laboratorio, creado en 1952 para coordinar, difundir establecer estandarizar y proporcionar prácticas para el cuidado de los animales de laboratorio

⁸⁴ Ciencia de los Animales de Laboratorio: Comprende un conjunto de habilidades, técnicas y conocimientos acerca de los Animales de Laboratorio con 3 disciplinas

- 1.- Experimentación Animal
- 2.- Medicina Comparada
- 3.- Medicina de los Animales de Laboratorio.

Esta definición es la que sustenta la autora desde que en 1983 comienza su trabajo con Animales de Laboratorio.

la Educación Médica como proceso continuo de aprendizaje. Actualmente una educación desligada del mundo del trabajo no solo es regresiva desde el punto de vista económico, sino empobrecedora desde la perspectiva del desarrollo integral de la personalidad individual.

La Educación influye en la conformación que adquiere la sociedad dada la formación Económica Social –FES- en que se inserte, al recibir los impactos de los fenómenos sociales, lo que implica que los nuevos retos sean enfrentados a partir de cambios profundos en la visión y misión de la Educación y en particular en la Educación Médica Superior, en las metas y estilos de la acción educativa para que puedan responder a un nuevo modelo de desarrollo. Señala Mayra en su artículo que Bombino⁸⁵ razona como... “el proceso educativo debe ocuparse no sólo de transmitir conocimientos, sino de refinar la conciencia para que el hombre de hoy sea capaz de escuchar en cada situación la exigencia que contiene. De aquí que el desarrollo del pensamiento, junto con la formación de los sentimientos y valores, debe entenderse como una unidad, integrarse y no contraponerse. Ello deviene uno de los objetivos esenciales para elevar la calidad de la enseñanza en su conjunto”.

Debemos entonces para este siglo XXI contribuir a una educación universitaria que:

- Se enraíce en nuestras fuerzas culturales.
- Desencadene la capacidad del trabajo transformador.
- La reflexión creativa.
- La consolidación de valores
- La innovación.

Al referirse a la capacitación y desarrollo de los Recursos Humano la MSc. Myrtha Obregón Martín et al⁸⁶ plantean que todas las dimensiones personales del aprendizaje son pertinentes para:

- Aprender a ser. - Aprender a hacer. - Aprender a emprender. - Aprender a convivir y - Aprender a cambiar.

Para dar continuidad a esta labor, los docentes de este 3er Milenio tenemos ante si la tarea de educar transformando y ese proyecto debe contribuir a realizar los cambios que la sociedad requiere, generar una conciencia de la situación en que se vive y optar por la construcción de una sociedad sólida, al respecto Mialaret⁸⁷, plantea que el fenómeno educativo no puede ser reducido a la Pedagogía, sino desde la Filosofía, la Sociología de la Educación, la Psicología y las Ciencias Pedagógicas, criterio que compartimos, pero pensamos que también desde la óptica de la Filosofía y la Antropología de la Educación.

El apropiado uso y cuidado de los animales es un componente imprescindible para la calidad de los resultados experimentales, lo que determina el criterio ampliamente aceptado que la acreditación de los **CICUALs**⁸⁸ es tan importante como las acreditaciones de cumplimiento de las Buenas Prácticas de Laboratorio no Clínicas y de las normas ISO⁸⁹ establecidas para las Instalaciones, equipamientos tecnológicos y ensayos donde participen Animales de Laboratorio,

⁸⁵ Granda Valdés Mayra La Química Analítica: Una vía para la educación en valores del estudiante de Lic. en Química, en Ética y Sociedad tomo II pág. 189. Coordinador General Luis López Bombino. Editorial Félix Varela 2002

⁸⁶ Manual de Normas y Procedimientos. Capacitación y Desarrollo de los Recursos Humanos. Tomo I. Ministerio de Salud Pública. Abril de 2008. pag.37

⁸⁷ Mialaret G. Introducción a las Ciencias de la Educación. En Educación y Solidaridad. Juan Mari Lois. Publicaciones Acuario. Centro Félix Varela. La Habana. 2003.

⁸⁸ CICUALs: Comité Institucional para el Cuidado y Uso de los Animales de Laboratorio. Lawson Timothy. Manual de Entrenamiento del Técnico de Animales de Laboratorio. pág. 8-9. AALAS. 2003

⁸⁹ Ver Control de Abreviaturas en pág. 24 y 25

En la Declaración Universal de los Derechos del Animal⁹⁰ plantea en su Artículo 1 que: Todos los animales nacen iguales ante la vida y tienen los mismos derechos a la existencia y en el Artículo 2 que: - Todo animal tiene derecho al respeto. - El hombre, en tanto que especie animal, no puede atribuirse el derecho de exterminar a los otros animales o de explotarlos violando ese derecho.

Con relación a los términos que se establecen para la protección de los animales, Lorz, A. Tierschutzgesetz⁹¹ considera que: § 1 de la ley de protección de animales no contiene ninguna limitación y más bien es válida para todos los animales, "desde los protozoarios hasta los primates", tanto para los animales populares como para los poco populares, tanto para los animales salvajes como para aquellos que son mantenidos por los hombres. Las declaraciones de «principios» constituyen, de hecho, una de las actividades más características de la disciplina Bioética (Bueno, G, 1999), también los elaborados por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, Organización Mundial de la Salud⁹². Ver Anexo. 2 Muchos países, como España⁹³ y Cuba⁹⁴, se pronuncian a favor de la existencia, puesta en práctica y control de los Procedimientos Normativos Operacionales-PNO- al investigar con Animales de Laboratorio.

Goldberg et al⁹⁵ consideran 3 aspectos como los más importantes para cualquier proyecto que involucre la utilización de modelos animales. Ver Anexo 3

Los Documentos Internacionales utilizados como Referencia en Cuba son:

- Directiva 86/609/CEE, NRC: Guide for the Care and Use of Laboratory Animals, 1996
- La Guía para el Cuidado y Uso de los Animales de Experimentación CCAC, 1998.

Siendo la Legislación mas utilizada como referencia en Cuba la Directiva 86/609/CEE, relativa a la protección de los animales utilizados para experimentación y otros fines científicos.

Dentro de las Legislaciones relacionadas con la Ética en la Investigación Biomédica en Cuba, tenemos:

- Código de Ética de los Trabajadores de la Ciencia en Cuba (1992. Academia de Ciencias)
- Código de Ética para el Uso de Animales de laboratorio. CENPALAB, 1992,
- Resolución Ministerial 110 de 1997, que faculta a los Comités de Ética Médica a crear los Comités de Ética en la Investigación.
- Resolución VADI No. 4 del 2000, que establece la creación de los Comités de Ética en la Investigación en todos los centros del Sector Salud que realicen investigaciones.

En nuestro país, en los centros donde se realizan investigaciones biomédicas y/o docencia con animales, aunque los CICUALs no están establecidos por ley que ampare su funcionamiento, han sido los Comité de Ética de la Investigación, quienes han asumido la responsabilidad una parte de sus miembros, tomando en consideración que desde el punto de vista Bioético, los animales no son, por sí mismos, sujetos de derechos ni de responsabilidades, pero las

⁹⁰ Londres, septiembre 1977 y adoptada en 1978 por la Liga Internacional de los Derechos del Animal, proclamada por la UNESCO

⁹¹ Lorz, A. Tierschutzgesetz. Kommeentar, München, 3. Aufla-ge, 1987, pp. 82.

⁹² Principios Rectores Básicos de carácter internacional aplicables a las investigaciones con animales, año 1985

⁹³ la Evaluación Biológica de Productos Sanitarios en la parte 2: Requisitos relativos a la Protección de los Animales (ISO 10993-2:2006), publicada en Mayo de 2007 por el CEN-Comité Europeo de Normalización para sus países miembros

⁹⁴ Norma Cubana NC ISO 10993-11 Evaluación biológica de equipos médicos Parte 11: Ensayos de toxicidad sistémica.

⁹⁵ Goldberg A, Zurlo J, Rudacille D. The Three Rs and Biomedical Research. *Science* 1996; 272:1403.

personas sí tenemos responsabilidades hacia los animales, por ser seres sensibles, con capacidades cognitivas, capacidad para mejorar, sociabilidad y posesión de una vida⁹⁶.

Según Brandao⁹⁷ El primer comité de ética de investigación animal fue creado en Suecia, en 1979, seguido por Estados Unidos, en 1984 y Francia cuenta con regulaciones hasta de experimentación animal en el espacio. Sin embargo, en América Latina no fue sino hasta la década de los 90 cuando se crearon este tipo de comités.

La formación de Residentes en Ciencias Básicas Biomédicas- RCBB-con relación a la Ética y la Bioética Animal, en la Asignatura Animales de Laboratorio constituye una FORTALEZA por ser el único Profesional de la Salud que tiene prevista esta formación de manera CURRICULAR, en consecuencia les permitirá adquirir y consolidar la visión de los diferentes conflictos éticos que en el campo de la Investigaciones Biomédicas se enfrentarán una vez concluida la especialidad y donde tendrán que analizar alternativas para darle solución.

Cuba desde hace más de 25 años trabaja en este sentido, particularmente en Ciencias Médicas a partir de los años 80, introduce la Asignatura Animales de Laboratorio en la Formación de RCBB, cuya formación es Médica o de Licenciados en Enfermería, esta condición no garantiza su formación en Ética en la Experimentación Animal ni en Bioética Animal, además esta Asignatura y su Programa ha transitado por diferentes etapas, ver Anexo 4

Importancia trascendental estaría establecer una estrategia que posibilite una vez concluidos los estudios como especialistas, su reinserción al Sistema Nacional de Salud con herramientas científico-metodológicas de valor Ético y Bioético, porque la tarea fundamental del personal de Salud es, prevenir, tratar y curar bajo los principios Bioéticos, tanto para los humanos que brindará su Asistencia, como a los animales y plantas con quien va a investigar para extrapolar esos resultados en beneficio de la humanidad que espera de los profesionales de la Salud, una actitud consecuente para con el Ecosistema.

Las consideraciones de esta situación problemática han llevado a la autora a plantearse: ¿Cómo contribuir a la adquisición de habilidades prácticas y formación en Bioética Animal en los RCBB que les posibilite su ulterior desempeño profesional?

El RCBB al graduarse se enfrenta a su praxis profesional sin “armas teóricas-prácticas”, para un correcto discernimiento ético de su desempeño en la docencia y la investigación con Animales de Laboratorio

Se hace necesario entonces, desarrollar una estrategia para la impartición de la Asignatura Animales de Laboratorio, que incluya la Bioética Animal para satisfacer las insuficiencias que emanan para la competencia profesional del RCBB en función del encargo social y su especialidad.

La Bioética Animal para cada una unidad que componen el Programa de Animales de Laboratorio en la Formación de RCBB, permitiría una integración armónica de la teoría con la práctica en función del contexto histórico-social, el desempeño profesional y las particularidades de cada especialidad de las Ciencias Básicas Biomédicas que en otros países de Europa, Estados Unidos y América Latina están estructurados en función de aquellas especialidades mejor remuneradas como es la Cirugía Experimental, la Toxicología y la Farmacología, donde los contenidos referentes a la Ética están vinculados a preservar al profesional que investiga y a las Instituciones donde laboran, no a los seres humanos, animales y plantas que participan en calidad de sujetos y objetos de investigación y al mismo

⁹⁶ Nuffield Council of Bioethics. The Ethics of Research Involving Animals. Latimer Trend & Company Ltd; 2005: 38-52.

⁹⁷ Brandao Schnaider T, de Souza C. Aspectos éticos da experimentação animal. Rev Bras Anestesiol 2003; 53(2):278-285.

tiempo la aprehensión de estos contenidos, activa la Zona de Desarrollo Próximo-ZDP- fundamentada por Vigostki y con ello, la internalización de las diferentes actividades que el Programa se propondría abordar, donde los procesos lógicos que operan a nivel del cerebro, consolidarían lo aprendido no por mera repetición, sino por la discusión y debate entre los propios RCBB, el Profesor intervendría para guiar y ofrecer las herramientas dentro del Proceso Docente Educativo-PDE- y ellos arribarían a las conclusiones desde su especialidad y en correspondencia con el resto de las especialidades que confluyen en el escenario docente y así contribuir a la transdisciplinariedad que tanto se requiere en estos tiempos.

Internacionalmente, hay variaciones considerables en el número de especialidades reconocidas para Las Ciencias Básicas Biomédicas que incluyen dependiendo de las necesidades locales, intereses y tradiciones: Anatomía, Bioquímica, Fisiología, Física Médica, Biología Celular y Molecular, Genética, Microbiología, Inmunología, Farmacología, Patología y otras áreas de expertise en medicina y en la organización, la estructura, el contenido y los requerimientos en la Educación Médica de Postgrado, la cual difiere con nuestro Sistema de Educación Médica de Postgrado donde también se incluyen la Pedagogía, Filosofía y Salud y las que nos ocupa Animales de Laboratorio.

El estudio tiene como punto de partida la experiencia de la autora, quien desde 1983 y hasta 1995 impartía las Clases Prácticas y a partir de 1996 y hasta la fecha, imparte el Programa en toda su extensión, en estos 14 años de experiencia más directa se han realizado sugerencias al Consejo de ayuda al Rector- CARE- para redistribuir tiempo de impartición, cambiar Formas de Organización de la Enseñanza-FOE-, la inclusión o no para las diferentes especialidades de las Ciencias Básicas Biomédicas, siendo Genética la única especialidad que aún no la cursa.

Los RCBB que han recibido la asignatura en su gran mayoría, avalado por las encuestas realizadas, expresan satisfacción, sugiriendo que se tenga en cuenta más tiempo de impartición y que se promuevan cursos de Postgrado, Diplomado y Maestría en Animales de Laboratorio, relacionados con la Ética en la Experimentación Animal.

Teniendo en cuenta estos resultados, constatamos que el alcance del programa actual no contextualiza el desarrollo de la Educación Médica de Postgrado, porque centra los contenidos en informaciones de carácter general, no aborda en todas las unidades aspectos vinculados a la Bioética y las particularidades de cada especialidad de las Ciencias Básicas Biomédicas, con relación a la Ética en la experimentación con Animales de Laboratorio.

La introducción de una estrategia para el Programa vigente, pudiera alcanzar no solo la formación de RCBB, sino también para aquellas carreras afines que dentro del currículo tengan directa o indirectamente trabajo con Animales de Laboratorio: Carrera de Biología en la Universidad de la Habana, Veterinaria en la Universidad Agraria de la Habana y el Instituto Superior Pedagógico Enrique José Varona, en la especialidad de Biología. Estas Instituciones prestigiosas en la formación de Profesionales no están al margen de estas necesidades y realizan cursos en diferentes modalidades como Cursos Lectivos u Opcionales, o están incorporados en las propias asignaturas en ocasiones de forma dispersa.

PROPUESTA DE PROGRAMA PARA LA ASIGNATURA ANIMALES DE LABORATORIO

UNIDADES DEL PROGRAMA	INSERCIÓN EN CADA TEMA
1.-Introducción y generalidades	La Bioética Animal. Regulaciones

2.-Instalaciones	Medio Ambiente y Espacio Natural
3.-Genética	Tecnologías de Punta. Implicaciones
4.-Clasificación Taxonómica y Biología Normativa	Especies más utilizadas, Debate de las 3Rs 'o 4rs.
5.-Nutrición y Alimentación	Restricciones alimentarias. Dietas.
6.-Otras Especies de Animales de Laboratorio	Vertebrados e Invertebrados en las Investigaciones Biomédicas. Uso racional
7.-Enfermedades más frecuentes. Zoonosis y Bioseguridad	La Ecoética en las Investigaciones
8.-Elementos de Cirugía Experimental	Invasiones Quirúrgicas. Límites.
9.-Biomodelos	Factibilidad y Reproducibilidad

Conclusión

En la formación de Residentes en Ciencias Básicas Biomédicas y en otras carreras afines la estrategia propuesta, contribuye a sentar bases y criterios con referencia a la Bioética Animal, considerándola eslabón primario para:

1ro.-No continuar acelerando el daño a la Biosfera.

2do.- Establecer, comprender y llevar a la práctica los Principios Básicos en Bioética: Autonomía, Beneficencia, No maleficencia y Justicia al proyectar investigaciones con Animales de Laboratorio.

3ro.- Promover en los Residentes en Ciencias Básicas Biomédicas que egresan de las diferentes Facultades de Ciencias Médicas del país la aplicación y concientización de la Bioética Animal, al reincorporarse al Sistema Nacional de Salud como Especialistas en las Instituciones donde laboraran

ANEXOS

Anexo. 1.-Comparación en cuanto a la utilización de los animales en las Investigaciones

TEMA	VIVISECCIONISTAS	ANTIVIVISECCIONISTAS
Necesidad de la Utilización de los Animales en Investigación	La experimentación con animales contribuye a la noción de bienestar del ser humano, por lo tanto, es válido realizarla.	Existen técnicas alternativas al uso de animales (cultivos celulares, simuladores computacionales, modelos matemáticos) por lo que no es válido utilizarlos
Estatus moral	El ser humano no es igual al resto de los animales ni tiene el mismo estatus moral (ellos no experimentan el dolor de igual manera).	Aunque no existe una igualdad absoluta, los animales tienen estatus moral, y un nivel de conciencia que les permite experimentar dolor, por lo que merecen respeto

<p>Prioridad moral de la investigación en animales</p>	<p>Existen varios problemas para la supervivencia del ser humano, por lo que es prioritario enfocar la atención hacia esta especie y luego hacia otros problemas</p>	<p>Impedir el sufrimiento de los animales es básico; normar ética y jurídicamente su protección debería ser una prioridad</p>
--	--	---

Anexo. 2.- Criterios de la OPS

- I. El progreso de los conocimientos biológicos y el perfeccionamiento de los medios de protección de la salud y el bienestar del hombre y de los animales obliga a hacer experimentos con animales vivos intactos de especies muy diversas.
- II. Siempre que sea apropiado deberán utilizarse métodos como los basados en modelos matemáticos, simulación por computador y sistemas biológicos in vitro.
- III. Sólo deberán emprenderse experimentos con animales tras ponderar debidamente si redundan en beneficio de la salud humana o animal y del progreso de los conocimientos biológicos.
- IV. Los animales seleccionados para un experimento deben ser de la especie y calidad adecuadas y no exceder del número mínimo necesario para obtener resultados científicamente válidos.
- V. Los investigadores y demás personal deberán tratar siempre a los animales como seres sensibles y como imperativo ético prestarles la debida atención y cuidado, evitándoles o minimizando en lo posible toda molestia, intranquilidad o dolor.
- VI. Aunque aún habrá que mejorar los conocimientos sobre la percepción del dolor por los animales, los investigadores deberán suponer que cualquier procedimiento susceptible de causar dolor al ser humano también lo causará a otras especies de vertebrados.
- VII. Toda manipulación de un animal que pueda causarle más que un dolor o una molestia momentáneos o mínimos deberá hacerse previa sedación, analgesia o anestesia adecuada según las prácticas veterinarias aceptadas. No deberán realizarse intervenciones dolorosas, sean quirúrgicas o de otra naturaleza, en animales paralizados con agentes químicos.
- VIII. En caso de que haya que dejar en suspenso las disposiciones del artículo VII, la decisión al respecto no deberá depender únicamente de los investigadores interesados sino que habrá de tomarla un organismo de revisión adecuadamente constituido, teniendo en cuenta lo dispuesto en los artículos IV, V y VI. La suspensión del artículo VII no deberá basarse jamás en razones de enseñanza o demostración.
- IX. Al final del experimento (o si procediera, en el curso del mismo) se matará sin dolor a cualquier animal que, de quedar en vida, padecería dolores graves o crónicos, trastornos, molestias o discapacidades irreversibles.
- X. Habrá que mantener en las mejores condiciones de vida posibles a los animales que se vaya a destinar a fines biomédicos. Normalmente, el cuidado de los animales debe encomendarse a veterinarios expertos en la ciencia de los animales de laboratorio. En cualquier caso, deberá disponerse de atención veterinaria siempre que se necesite.
- XI. El director de todo instituto o departamento que utilice animales deberá cerciorarse de que los investigadores y el personal restante tengan las calificaciones o la experiencia necesarias para realizar experimentos con animales. Deberán darse oportunidades de formación en el servicio, enseñando a los interesados a atender adecuada y humanitariamente a los animales a su cargo.

Anexo. N°.3.- Aspectos más importantes para cualquier proyecto que involucre la utilización de modelos animales

1. Instrucción y capacitación del personal profesional y técnico: el personal debe saber que:
 - (a) Los cuidados que rodean al animal influyen en forma directa sobre el resultado de los experimentos
 - (b) el estado de bienestar de los animales está íntimamente ligado a su capacidad de respuesta. De esta última inquietud nació el uso de animales libres de patógenos específicos y de gérmenes como condición para obtener resultados experimentales confiables y reproducibles
2. En las condiciones de alojamiento son importantes:
 - (a) la cantidad de animales por caja. Existe actualmente una tendencia a aumentar el espacio por animal e, inclusive, a estimular sus actividades por medio de ruedas u otros accesorios;
 - (b) las constantes ambientales controladas. Las temperaturas extremas, la falta de renovación del aire, las altas concentraciones de amoníaco, etc., someten a los animales a sufrimientos innecesarios e invalidan los resultados desde el punto de vista experimental. Ellos tienen necesidades fisiológicas y de comportamiento que deben ser identificadas y proporcionadas para cada especie.
3. Buenas prácticas de sujeción, inyección, analgesia, anestesia y eutanasia: el animal de laboratorio es un ser vivo y, por tanto, sensible a cualquier procedimiento capaz de causar dolor en el hombre.

Anexo N°. 4.- Programa de Animales de Laboratorio. Etapas.

ETAPAS	CARACTERIZACION
1ra 1983-2000	Asignatura Complementaria, no tributaba al índice académico del RCBB, desmotivación por la Asignatura Animales de Laboratorio.
2da 2001-2010	Asignatura Animales de Laboratorio se incorpora como Asignatura Básica dentro del Plan de Estudios en la formación Del RCBB

PRIMERA COMISIÓN UNIVERSITARIA DE BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD

Una experiencia formativa en la Universidad de Carabobo

Dra. Carmen Cecilia Malpica, Dra. Nereyda Hernández, Dr. Jorge Oliveros, Dra. Maribel Bont

Valencia - Venezuela Correo: chidosta@yahoo.es

I.- Introducción

Siguiendo las recomendaciones de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), relacionadas con la incorporación de los estudios de bioética en todos los niveles educativos y la creación de comisiones operativas, la Universidad de Carabobo ha considerado entre sus metas consolidar políticas en las áreas del conocimiento emergente como la Nanociencia, Nanotecnología, Medicina Tropical y la **Bioética**. En este sentido el Vicerrectorado⁹⁸ Académico con el plan estratégico 2009-2016 proyecta normas y procedimientos para la calidad e internacionalización de la gestión académica intra y extrauniversitaria, por lo que, entre las estrategias operativas considera un conjunto de comisiones para materializar este plan. De allí, ha designado una Comisión Multidisciplinaria de Bioética y Bioseguridad integrada por docentes de las diferentes facultades, fundamentándose en una Bioética que debe ser vista como una nueva disciplina que interrelaciona el conocimiento y la reflexión, con un enfoque cibernético para la búsqueda continua de la sabiduría, donde apoyados en Potter⁹⁹ quien la ha definido, desde 1970, como el conocimiento de cómo usar el conocimiento para la supervivencia humana y mejorar la condición humana. El autor sugiere pensar en la Bioética como una nueva ética científica que combina la humildad, la responsabilidad y la competencia como actividades interdisciplinarias e interculturales que intensifican el sentido de la humanidad.

En este sentido, consideramos la bioética, como un conjunto de orientaciones filosóficas y metodológicas, que guían los procesos y decisiones en las investigaciones científicas, sociales y humanísticas, con el propósito de alcanzar el bien. Todo ello como resultado del debate que incorpora la diversidad y pluralidad del pensamiento en pro del resguardo y respeto a la vida, fundamentados en principios y normas básicas que han sido tomadas de la filosofía y de la práctica humana. Según esto, la bioética no tiene carácter punitivo, nace de una vocación filosófica que pretende mejorar la conciencia humana mediante el diálogo y el acuerdo. El objetivo de la bioética es educar y buscar la transformación del hombre para el ejercicio del bien como resultado de una acción reflexiva, consciente y responsable.

Entre los documentos vigentes que recogen acuerdos y lineamientos legales a nivel internacional y nacional, que sustentan la Bioética en nuestro País tenemos: **Internacionales**: -Declaración Universal de los Derechos Humanos, Declaración de Helsinki, Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédicas con seres Humanos, Informe de la UNESCO sobre Educación para el siglo XXI. Declaración UNESCO. **Nacionales**: Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, Ley Orgánica del Ministerio de Ciencia y Tecnología e Innovación, Código de Bioética y Bioseguridad, Ley de Universidades, Ley del Ejercicio de la Medicina, Código de Deontología Médica, Ley de la Academia Nacional de Medicina Capítulo Carabobo.

El Propósito de esta comisión está dirigido hacia la definición de elementos básicos presentes en los debates y acuerdos internacionales, además de las consideraciones particulares a la cultura venezolana y a la naturaleza de la institución relacionada con el ámbito de la Bioética y bioseguridad, inherentes en

⁹⁸ Vicerrectorado Académico. *Plan Estratégico 2009-2016*. Universidad de Carabobo 2010.

⁹⁹ Potter, V. R. *Bioethics: Science of survival. Perspective in biology and medicine*. 1970. 14: 127-153

la investigación universitaria a través de los comités operativos de bioética, así como también, asume la intención de contribuir al desarrollo del potencial ético de la persona en sus diversos desempeños, como investigador y como miembro de una comunidad, haciendo énfasis en la construcción de la conciencia bioética. En consecuencia, pretende coadyuvar a la formación de criterios éticos que sustentan las normas que emergen de la reflexión, en la convicción de que éstas deben estar fundamentadas en un conjunto de valores asumidos desde la responsabilidad. En este sentido, la intención es esencialmente educativa.

De esta forma, el trabajo de la comisión se centrará en un conjunto de estrategias ejecutivas para generar actividades divulgativas, formativas y operativas que contribuyan a la producción y reflexión del conocimiento que conlleven a conformar de manera eficiente las comisiones operativas de Bioética y Bioseguridad en cada una de las facultades de la Universidad de Carabobo. Para ello se trazaron los siguientes objetivos generales y específicos:

General: Divulgar de manera sistemática el saber bioético en el acontecer universitario, entendiendo a la misma en esta primera instancia, como una disciplina académica íntimamente ligada al desempeño investigativo que se genera en la Universidad de Carabobo, así como también procurar de manera consensuada que sus principios rectores se difundan en las otras áreas de la cotidianidad del alma mater.

Específicos: 1) Propiciar con el apoyo de un programa motivacional, la conformación de Comisiones Operativas de Bioética en todas las Facultades de la Universidad de Carabobo, Centros y Unidades Investigativas que hacen vida en esta institución universitaria. Todo esto a partir de un proceso de sensibilización que de manera significativa anime a todos los actores universitarios al aprendizaje y a la aplicación de la bioética. 2) Iniciar a partir de un proceso de planificación la formación básica y de postgrado para los integrantes de las comisiones operativas de Bioética multi y transdisciplinaria 3) Asesorar y hacer seguimiento de las estrategias operativas y proyectos de las diferentes comisiones.

II.- Metodología de trabajo

Se apoya en el enfoque sociohistoricista con la intervención de la reflexión, así como la investigación acción participativa como estrategia metódica, en sus fases: diagnóstica, de planificación de acciones operativas, intervención y evaluación de las acciones.

Al respecto, Strauss y Corbin¹⁰⁰, relaciona lo sociohistoricista cuando refiere que toda cultura o sistema social tiene un modo único para entender cosas y eventos. Esta manera de ver el mundo, afecta la conducta humana. Es así, que los estudios de los modelos culturales son marcos de referencia para el actor social y están elaborados instintivamente y es comunicando a otros, igualmente la experiencia personal, como lo flexible y maleable que se tornan en la construcción del conocimiento como se describe lo cualitativo de la experiencia que se va generando sin descartar lo datos cuantitativos.

Visto de esta manera, las exigencias de conocimiento científico, sólo pueden emanarse de necesidades sociales vinculadas con el hombre en una situación concreta. Es obvio que nuestro conocimiento y desconocimiento provengan de experiencias previas sobre la ocurrencia de eventos o hechos similares. Se puede

¹⁰⁰ Strauss y Corbin. *Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y Procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Antioquía, Colombia. Contus. 2002: 120-121

de este modo, comprender que todo conocimiento se da en función a una experiencia social, responsable en gran medida de definir y dar contenido a una forma particular de la cotidianidad, donde se le concede sentido al conjunto de motivaciones, actitudes, aptitudes, valoraciones, representaciones, pautas de vida; que el sujeto al hacerlas suyas e incorpora como parte fundamental de su estructura y dinámica personal, las vincula en si mismo a su individualidad integral y subjetiva, es decir, lo que piensa siente hace y percibe.

Así, Hernández¹⁰¹, asume el proceso de conocimiento de la Comisión de bioética y bioseguridad de la Universidad de Carabobo ante un conjunto de complejidades y dinámicas que caracterizan la cotidianidad en un contexto definido, que se manifiesta en la búsqueda de un proyecto histórico para la transformación de la realidad, que haga impacto a nivel del **hacer y el reflexionar**.

Se abordaron las fases de la siguiente manera: *Diagnóstico*: Se considera esta fase como el proceso sistemático y coordinado, para el reconocimiento de la labores que realizan en cada una de las Facultades de la Universidad de Carabobo y su relación con los aspectos éticos y bioéticos que le atañen, así como también conocer las diferentes interrelaciones que conforman cada realidad desde la perspectiva de participación organizada en los asuntos de bioética en cada facultad y con su comunidad, también conocer cuales son las personas especialistas o personas formadas en esta área. Esta búsqueda nos llevó a reconocer que cada facultad tiene su propia dinámica que lo identifica particularmente con sus características que le imprimen un sello propio a las funciones que realiza, como también, la necesidad de formar un recurso humano idóneo en esta área de conocimiento. Para complementar este diagnóstico se revisaron y reflexionaron los documentos internacionales y nacionales referidos en la introducción.

Planificación de estrategias de Acción: En esta fase se procedió a realizar un cronograma de actividades de inmediato, mediano y largo plazo. Estas actividades se orientaron en una primera instancia en la sensibilización de los docentes universitarios para asumir las comisiones operativas de bioética de cada facultad, así mismo se planificaron otras actividades divulgativas, de formación concretados a proyectos o programas para formar recurso humano en esta área de conocimiento, así mismo, se establece la proyección a largo plazo estrategias aplicativas para de bioéticos y de bioseguridad en cada facultad mediante las comisiones operativas conformadas. Cabe destacar que cada una de las actividades realizadas se evaluaron en acciones reflejadas en los informes de la comisión y la reflexión de los resultados obtenidos.

III. Resultados

A. Estrategias Operativas

1. Actividades de Divulgación

Con la intencionalidad de generar un conocimiento significativo de la Bioética como disciplina, se generaron una serie de actividades en la particularidad y cotidianidad de cada facultad, entre ellas:

A corto plazo.

Actividades en Conversatorios: Dar a conocer *de una manera amena e informal*, los fundamentos y principios de la bioética, en los espacios de cada facultad. En

¹⁰¹ Hernández, N. *Modelo Teórico de Desarrollo de Habilidades Profesionales para la Función Profesor Investigador Universitario*. Tesis Doctoral. Universidad Nacional Experimental Simón Rodríguez. Caracas, Venezuela 2004: 3

estas sesiones además de lo explícito como objetivos, se procurará crear una condición de enamoramiento epistemológico hacia la Bioética. ¿Qué es y que no es la Bioética? Importancia. Principios. Beneficios al profesor en sus investigaciones y en su relación humana enmarcada en el Plan Académico Integral e inspiradas en las políticas institucionales en materia curricular vigentes en la Universidad de Carabobo. En resumen, De manera sistemática se desarrollaron conversatorios en las diferentes facultades de la Universidad de Carabobo, en las cuales tanto los docentes nombrados como representantes de la CBBVRA-UC, y Directores de Investigación y Postgrado participaron activamente en los conversatorios preparados para tal fin, según cronograma.

También se realizó, conversatorio sobre la Historia y Evolución de la Bioética de la Universidad de Carabobo, con los participantes del seminario sobre bioética en la Escuela de Derecho, donde se generaron propuestas para la realización de un Congreso Interinstitucional sobre Bioderecho, en el cual participen estudiantes y miembros de la comunidad con el fin de abordar necesidades sentidas ante vacíos legales que emergen, por ejemplo, de la aplicación de tecnología en la fertilización humana *in vitro*, entre otros.

Actividad en el Congreso de Investigación. UC. Diciembre 2010: Bajo una consideración de divulgación y formación previa, se realizó un curso sobre **Bioética en Educación Universitaria** con la participación de la Dra. Marta Cantavella con apoyo de la Universidad Arturo Michelena. Venezuela. Comisión de Bioética del Vicerrectorado Académico. Universidad de Carabobo. Venezuela. CENABI. Venezuela. Colegio de Médicos del estado Carabobo. Venezuela, según programa diseñado por la Dra. Marta Cantavella. Bioética en la Educación Universitaria.

En esta actividad, se logró una masiva participación con 21 profesores representantes designados por cada una de las facultades de la Universidad de Carabobo y 05 representantes de la comunidad, durante 16 horas de trabajo, en el cual la facilitadora expuso de manera magistral una disertación sobre los aspectos generales y particulares de la bioética y su desarrollo en el quehacer investigativo universitario. En el acto de clausura se le hizo entrega al Vicerrector Académico de una Declaración firmada por los participante en el taller la cual está pendiente por publicar en el Tiempo Universitario

2. Actividades de distribución de material informativo: Con la intencionalidad de generar una cultura bioética universitaria se elaborará una serie de materiales informativos entre otros: Promoción a través de la prensa universitaria, trípticos; afiches, Usos de las TIC.

3. Actividades de Promoción en otros espacios: Participación en Eventos en Jornadas y Congresos... Publicaciones en revistas, pagina WEB, Vídeo conferencias. Entre ellas podemos mencionar:

Primer video-foro sobre bioética ambiental. facilitado por el Prof. ing. Ángel Guevara, realizado el día. martes 29 de marzo de 3 a 6 de la tarde, en el auditorio n° 3 de la Morita-FCS de Aragua..Esta actividad se desarrollo en un auditorio pleno de personas universitarios, comunidades organizadas, colegios de educación Básica de Aragua y representantes oficiales de las fuerzas vivas del estado Aragua, se presentó la conferencia titulada “La Contaminación electromagnética“ a cargo del Ing. Ángel Eduardo Guevara. La exposición por lo demás interesante se caracterizó con la participación activa del las diferentes agrupaciones sociales que se dieron cita en la referida actividad los cuales generaron un interesantísimo dialogo final.

4. Experiencias sobre Bioética en la UC: Se dio a conocer las experiencias universitarias en el campo de la Bioética. en Facultad de Odontología, relacionada con las normas operativas para su comisión de bioética, las cuales fue aprobado por el Consejo de la Facultad,

5. Diseño y Elaboración del Logo de la Comisión: Se creó el logo de la Comisión de Bioética y Bioseguridad de la Universidad de Carabobo, como también el sello húmedo para ser utilizado en la papelería. Esta iniciativa fue producto la gentil colaboración del artista Nelson García representante de la comunidad.

B. Estrategias de Formación

A mediano plazo

Cumpliendo con una función de autoformación, se hace necesario la planificación y ejecución de programas de formación en Bioética dirigido en primera instancia a los miembros de las comisiones Para ello se ha propuesto diseñar e implementar:

Diplomado. Cursos Conducentes a Título: Proyectos para Especialización y Maestría. Seminarios Doctorales.

En la actualidad se ha diseñado la aproximación de un programa interinstitucional de maestría en Bioética Integral, basado en competencias y se propone el diplomado en bioética comunitaria, que surge ante la necesidad de formar los representantes de la comunidad y consejos comunales en esta área de conocimiento.

C. Incorporación y Participación de los Miembros:

Uno de los aspectos de índole organizativo tiene que ver con la asistencia y participación de los profesores que inicialmente fueron nombrados por el Vicerrectorado académico: Ramona Febres (Ingeniería), Maribel Bont (Ciencias de la Salud-Pregrados), Dora Piñero (Ciencias de la Salud-Aragua-Centros de Investigación), Adriana Delgado (Ciencias Económicas y Sociales), Nereyda Hernández (Educación), Eloísa Sánchez (Ciencias Jurídicas y Políticas), Carmen Malpica Gracian (Ciencias de la Salud-Postgrados), Mariela Contreras (Ciencia y Tecnología), Jorge Oliveros Dorta (Odontología). Solamente se mantuvieron de manera operativa y constante: Maribel Bont, Carmen Malpica Gracian, Nereida Hernández y Jorge Oliveros Dorta.

Por otra parte, en cuanto a participación la CBBVRA-UC ha tenido una grata experiencia con miembros que no pertenecen a la comunidad ucista dentro de los cuales las Profesoras Marta Cantavella y Mariely Ramos se incorporaron a la comisión desde los mismos inicios de la misma, cabe destacar que ambas son especialistas y Magister en Bioética. De igual manera la actividad de la comisión se ha enriquecido con la integración de destacadas personalidades de la sociedad entre los cuales están: la Licda Isabel Steling; productora independiente de programas radiales sobre Bioetica, el Dr. Pedro Navarrete; el Ingeniero Ángel Eduardo Guevara, el escritor y Dr. Oswaldo Pulgar quien ha comentado en sus artículos de prensa local, algunas de las actividades de la comisión y el artista plástico Nelson García.

4. Reuniones Ordinarias

De manera regular la CBBVRA-UC se ha venido reuniendo desde 23 de febrero de 2010 hasta la presente fecha, todos los miércoles desde las 9:00 a.m. hasta las 12 m. en la Unidad de Investigación de Calidad de Vida de la Universidad de Carabobo. CIERUC, aun en espera de los requerimientos básicos relacionados con equipos de computación, impresora, teléfono, conexión con Internet y lo mínimo necesario para la operatividad de una oficina.

5. Necesidades Inmediatas

Logística para la funcionalidad y eficiencia de la Comisión de Bioética de la UC, para lo cual se solicita: Mejorar la operatividad de la Unidad de Calidad de Vida. Mañongo, tales como: Reinstalar la conexión a Internet y el teléfono. Dotar de una computadora e impresora operativa, y material de oficina; y, Inventario actual: se dispone de un espacio adecuado y una Secretaria.

6. Proyecciones Futuras

Se tiene previsto operacionalizar las siguientes actividades: El Diplomado en Bioética Comunitaria; Conversatorio con el Dr. Carlos Delgado, profesor del Universidad de la Habana, relacionado con el tema de Transformación Universitaria desde la Bioética Global, el cual está siendo organizado como actividad previa para el 2º Taller con la Prof. Marta Cantavella; Conformación de las Comisiones de Bioética y Bioseguridad de cada Facultad; y, Propuesta en estudio para la creación de una Fundación de Bioética o Asociación Civil, como instancia de apoyo externo para la logística operativa del plan de trabajo propuesto. En resumen, esta idea forma parte de la necesaria proyección hacia la comunidad la CBBVRA-UC, la cual tiene la intención de crear una figura administrativa que garantice continuidad y apoyo logístico para el buen desarrollo de los planes de trabajo de la Comisión de Bioética y Bioseguridad en espacios geográficos más amplios.

IV.- Conclusiones

Esta experiencia, pionera en la historia de la universidad venezolana nos lleva a la certidumbre de afirmar que la Bioética Universitaria es mucho más que aplicar normas y acuerdos en la investigación y asistencia de pacientes, puesto que el conocimiento emergente hace necesario una reflexión permanente y responsable ante los múltiples dilemas éticos presentes en todas las disciplinas académicas y actividades humanas, refleja la necesidad impostergable de divulgar y formar una cultura bioética en la comunidad universitaria y su entorno. Estas experiencias deben seguir fortaleciéndose, elevándose al núcleo nacional de vicerrectores académicos una declaración sobre la necesidad de incorporar la bioética en el proceso de transformación de la universitaria venezolana.

Referencias bibliográficas

- Asamblea Nacional (2005). Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo. Gaceta Oficial N° 38.236. Julio 26, 2005. Caracas.
- Asamblea Nacional (2010). Ley Orgánica del Ministerio de Ciencia y Tecnología e innovación. <http://www.mct.gov.ve>.
- Asamblea Nacional (1999) Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, Gaceta Oficial N° 36.860. Caracas.
- Cantabella, M. (2002). Bioética: Ciencias y Humanismo. Publicaciones Rectorado. Universidad Rómulo Gallegos. San Juan de los Morros. Guarico. Venezuela.
- Congreso de la República de Venezuela (1961). Ley de Universidades. Caracas. Venezuela.
- Congreso de la República de Venezuela (1982). Ley del Ejercicio de la Medicina. Caracas. Venezuela.
- Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico Universidad de Carabobo (CDCHUC). (2004). Subcomisión de Bioética y Bioseguridad. Normas Operativas Transitorias. Instrumento de Evaluación para Proyectos de Investigación (Primera versión). Valencia, Venezuela.

- Consejo Legislativo del Estado Carabobo. (2006). Ley de la Academia de Medicina del Estado Carabobo (en publicación).
- Consejo Legislativo del Estado Carabobo. (2005). Ley de Ciencia, Tecnología e Innovación del Estado Carabobo. Gaceta Oficial del Estado Carabobo N° 1.941 Extraordinaria. Diciembre 1, 2005.
- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (2008). Principios éticos para la investigación ética en seres humanos. Seúl Corea
- Declaración UNESCO 2005.
- Delors, J. (1997). La educación encierra un tesoro. Informe de la UNESCO. Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI. México.
- Federación Médica Venezolana (2003) Código de Ética Médica. Caracas.
- FONACIT (2008) Ministerio de Ciencias y Tecnología e Innovación. Código de Bioética y Bioseguridad. <http://wwwfonacit.gob.ve>.
- Lolas S., F. (2003). Aspectos éticos de la investigación biomédica. Conceptos frecuentes de las normas escritas. Pautas éticas de investigación en sujetos humanos. Nuevas Perspectivas. Serie de Publicaciones. Programa Regional de Bioética. OPS-OMS. Chile.
- Malpica G., CC. (2008). Modelo Teórico Inacabado para la Comprender la Bioética Integral en los Estudios Médicos Venezolanos. Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico. Universidad de Carabobo. Ediciones Delforn, S.A.
- Organización de Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General O.N.U. Resolución 217 A III, Diciembre 10.
- Universidad de Carabobo (1989). Resolución del Consejo Universitario: Ética y Deontología en el Plan de Estudios de Medicina. Valencia.
- Universidad de Carabobo (2000) Resolución del Consejo Universitario. Obligación de la enseñanza de la Ética, Bioética y Deontología en todas las Escuelas de la Universidad. Valencia.

RURURBANIZACIÓN INVERSA A TRAVÉS DE LA ADOPCIÓN ARBÓREA POR LA INFANCIA

Una Propuesta Bioética en Desarrollo de Infraestructura Ecológica como Medicina Planetaria contra el Cambio Climático

Ricardo Andrés Roa-Castellanos

Profesor-Investigador. Instituto de Bioética. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá DC, Colombia

Parte I. PRESENTACIÓN:

1. El Cambio Climático (CC): ¿Cataclismo Globalizado?

“Si salvas la superficie lo habrás salvado todo”

Sherwin-Williams.

En el principio de *La Búsqueda de la Verdad* del filósofo analítico W.V. Quine

De un lado, según Ulrich Beck (1998), la globalidad nos recuerda el hecho de que a partir de ahora, nada de cuanto ocurra en nuestro planeta podrá ser un suceso *localmente delimitado*. Por el contrario, todos los descubrimientos, victorias y catástrofes *afectarán a todo el mundo*, por lo cual, todos debemos reorientar y reorganizar nuestras vidas y quehaceres, así como nuestras organizaciones e instituciones, a lo largo del eje *“local-global”*.

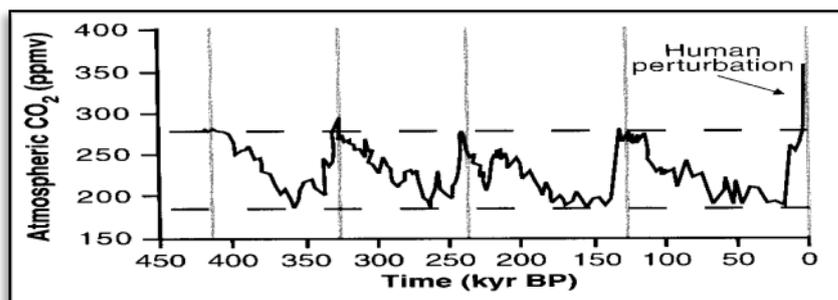
Beck (2002) es también el teórico de la *Sociedad del Riesgo* que otorga primacía al miedo y a la inseguridad como irónicas herramientas impositivas de la sociedad actual. Según A. de Mello (1990: 86) -como revisionista de diversas sabidurías multiculturales, solamente hay un mal en el mundo: el Miedo, así como sólo hay un único bien en el mundo: el Amor.

Entonces, esa primera idea dramática de la globalización se vuelve casi una profecía de auto-cumplimiento –sólo *si se la cree*- por su intrínseco carácter lúgubre e inexorable, que probablemente inculca una idea de irreversibilidad promovida quizás por *vanidades* acumuladas históricamente¹⁰². Vaticinio desesperanzado, tenebroso e irreversible, como ha sido *enseñado y asumido* por muchos, el proceso del Cambio Climático (CC), -y precisamente por eso-, este problema significa lo que se antoja como una III Guerra Mundial: La lucha *-más allá de las especies-* de la Vida contra la Muerte, del Amor contra el Miedo, de la Verdad contra el Engaño y que, quizá para sorpresa del lector, ha contado con antecedentes históricos.

Para la simple realidad histórico-científica ha habido, en el pasado geológico del planeta, como mínimo 5 grandes incrementos atmosféricos de *Dióxido de Carbono (CO₂)* dentro del Fanerozoico, con subsecuentes cambios desequilibrados de temperatura en la biosfera [Gráficas 1 y 2], pero que también *han retrocedido justo gracias a reacciones vitales poblacionales ecosistémicas*: al poder del Espíritu (que significa etimológicamente *Aliento*) de la Vida. La respuesta al CC debe tejerse desde tales certidumbres. Y es que, asimismo, ha habido 5 Mega-Extinciones¹⁰³ subsecuentes a estos drásticos cambios atmosféricos.

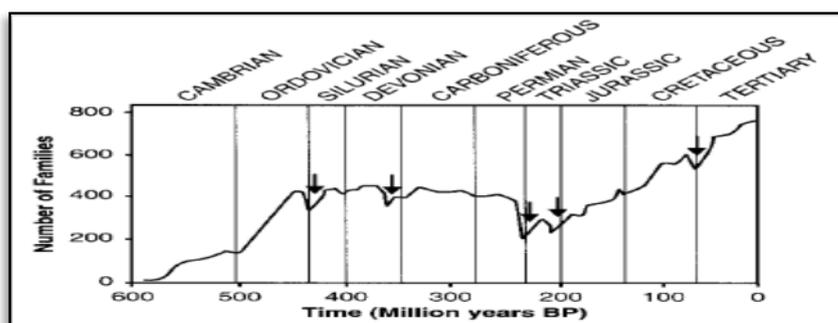
¹⁰² La famosa frase *“Vanidad de Vanidades, todo es vanidad”* del Libro del Eclesiastés, Capitulo 1, verso 2, en su original Hebreo antiguo, que data de cuando fue escrito en el Siglo IV antes de Cristo, puede también traducirse como: *“Vapor de vapores, todo es vapor”*. [Febrero 1 de 2011] URL: <http://www.youtube.com/watch?v=3wihb7rudZU>

¹⁰³ Léase las 5 extinciones masivas del *Fanerozoico* ocurridas en los periodos: **tardío del Ordoviciano, Devoniano temprano, Permiano temprano, Triásico y Cretáceo** (Raup, D & Sepkoski, J, 1982). Extinciones que *han coincidido con previos incrementos atmosféricos inusitados de Dióxido de Carbono (CO₂)* (Igamberdiev AU & Lea PJ, 2006). La última glaciación que finaliza hacia el 9000 AC en el holoceno, ocurre tras un incremento atmosférico masivo de Metano que provoca el deshielo de las nieves perpetuas del polo norte (Severinghaus & Brook, 1999).



Gráfica 1. Concentración de CO₂ atmosférica (ppmv) en los últimos 420.000 años con base en el núcleo polar de Vostok. Tomado de IGBP Series (2005).

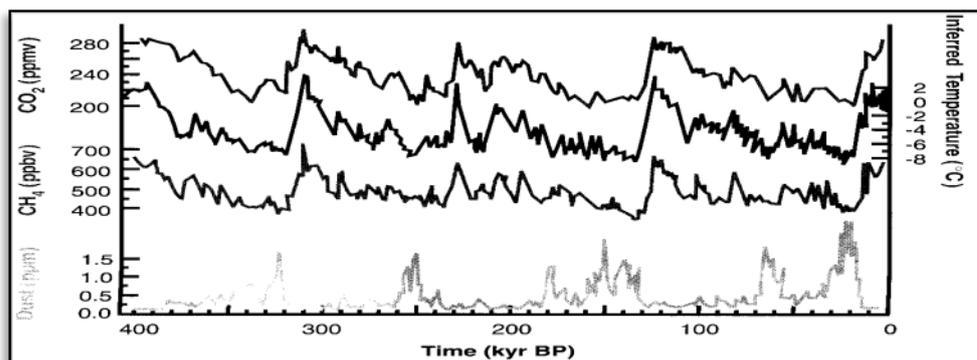
El CC, por sí mismo promueve muertes masivas poblacionales, como lo demuestra la historia planetaria de la Vida en episodios previos semejantes (Gráfica 2) a lo largo de la historia geológica, correlacionados con notables variaciones en la **Tropósfera** o “*esfera de cambios*” atmosférica, según su significado en el griego original. La causa de la afectación, esta vez, no comprende episodios del tipo volcanes (Tobas) o meteoritos, que contaminen el aire.



Gráfica 2. Disminuciones de la Biodiversidad marina que cronológicamente se han correlacionado con severas alteraciones atmosféricas previas. Tomado del IGBP (2005).

La causa científica esta vez radica en el comportamiento humano. En consecuencia, lo anterior debe complementarse con acervos humanísticos pues, *de otro lado*, la palabra cataclismo, proviene del verbo griego *kataklýzein* que significa inundar, sumergir, y que como sustantivo (*Kataklysmos*) indica diluvio o inundación. El significado de la palabra guarda coherencia con lo visto en los últimos tiempos: *trastorno violento en la Tierra; inundación; trastorno en el orden político o social* (Diccionario Etimológico. Gómez de Silva, 2005).

El CC intensifica los extremos térmico-climáticos: pluviosidades incrementadas, sequías violentas, temperaturas estivales que cobran más tragedias e inviernos proporcionales. El problema, una vez más, es el desequilibrio. *¿Cómo se está produciendo?* La explicación mínima es por el acumulo atmosférico progresivo, en especial, de tres sustancias continuamente liberadas por el sistema de vida humano: CO₂, Metano (CH₄) y Vapor de Agua (H₂O), que a causa de sus propiedades fisicoquímicas, están reteniendo el calor.



Gráfica 2. Incrementos durante los últimos 400.000 años de las cantidades atmosféricas de Polvo/Detrítus (Dust), Metano (CH₄) y Dióxido de Carbono (CO₂). Tomado de IGBP (2005).

Por lo tanto, el presente análisis sobre el CC se ubica desde los siguientes hechos vistos en Bogotá DC, pero igualmente válidos como causa en otras latitudes del mundo:

- 1) Emanación masiva local de gases de efecto invernadero por aumento poblacional y estilo de vida (<http://www.youtube.com/watch?v=3wihb7rudZU>),
- 2) Endurecimiento urbano de superficies edafológicas e incremento expansivo de la matriz urbana que impide la infiltración del agua en vastas y crecientes zonas de suelo,
- 3) Disminución de la Cobertura Arbórea (Deforestación),
- 4) Incrementos en la temperatura ambiental superficial,
- 5) Incremento correlativo de la pluviosidad por co-presentación de los anteriores fenómenos, es decir, cambios intensos en la proporción de los gases en la troposfera (parte variable de la atmosfera).

Ahora bien, aunque señalando a los bovinos como causantes del fenómeno –una población que aritméticamente ha estado estable¹⁰⁴, e incluso reduciéndose [Tabla 1]-, los seres humanos *per se*, como unidades biológicas son productores constantes, debido a su fisiología *o funcionamiento biológico normal*, de CO₂ (a través de la respiración y la digestión), de Vapor de Agua (por evapotranspiración, sudoración y respiración) y de Metano (digestión –flatulencia que al día produce en un adulto 0,6 a 1,5 litros de esta mezcla gaseosa compuesta de CO₂, CH₄, Hidrogeno (H₂) y Sulfuro de Hidrogeno (H₂S)-) (Guyton, 1995: 914, 924).

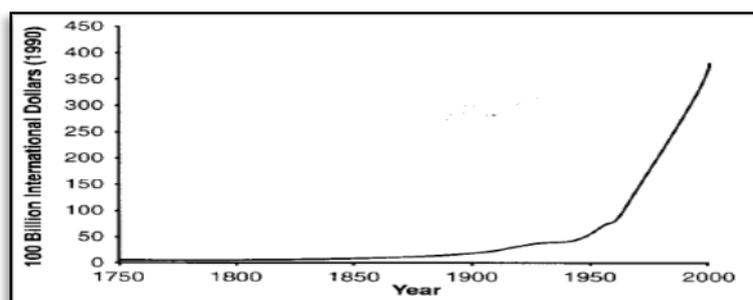
¿Cuál es la importancia fisiológica desde para una fisiología comparativa? Que debido al amplio tamaño pulmonar del humano para su peso, un humano adulto de 70 kgs y 1,70 de estatura, cuyos pulmones en promedio pesan 625 gramos el derecho y 567 el izquierdo (Para 1,2 kgs totales), excreta 200 mililitros (mL) o centímetros cúbicos de CO₂ humidificado por minuto (mL/min) en estado de reposo. Con un leve ejercicio la frecuencia respiratoria por minuto (20 en promedio) puede fácilmente doblarse (35-45) y hasta triplicarse en atletas (50-60 resp/min) [MacArdle & Katch, 2006]. Esos valores arrojan para el humano un promedio de producción en litros de 5040 litros de CO₂ por una semana. De forma comparativa, el vacuno adulto con peso total cercano a 500 kgs, un peso pulmonar de 3 kgs y una frecuencia promedio de 29 respiraciones/min, tiene el Volumen Respiratorio Tidal más bajo de las especies domésticas (8.2ml/kg, contra un 16 del perro por ejemplo). Y su acusado metabolismo ruminal se compone también principalmente de CO₂ (60%), CH₄ en un 30-40% y cantidades variables de N₂ con participación también de H₂S, H₂ e incluso O₂ [Swenson & Reese, 1993].

¹⁰⁴ [Febrero 3 de 2011] URL: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/78/Art05.pdf>

Año	Poblacion humana colombiana	Poblacion bovina colombiana
1950/51	11.548.172 habitantes	10.705.430
1985	27.837.932 habitantes	19.821.740
2001	43.071.674 habitantes	28.799.000
2008	45.153.618 ¹ habitantes	22.388.769

Tabla 1. Comparación Diacrónica de la población humana versus la población bovina colombiana donde se evidencia una contracción de la segunda especie (2001-2008) y una explosión demográfica de la segunda desde 1950. Tomada de Roa-Castellanos (2010) con base en datos del DANE.

Pero el humano con base en sus costumbres, que incluyen el buscar Chivos Expiatorios ante sus culpas, y estilo de vida, en especial por demandas urbanas, las fuentes de alteración han sido institucionalizadas, mecanizadas, urbanizadas, sistematizadas, culturizadas, y economizadas [Gráfica 3]. Aunque en 1975 sobre la faz de la Tierra existían apenas tres (3) ciudades con **10 millones de habitantes**, hoy en día, -a cortos 35 años- ya hay 21 ciudades con esta población.

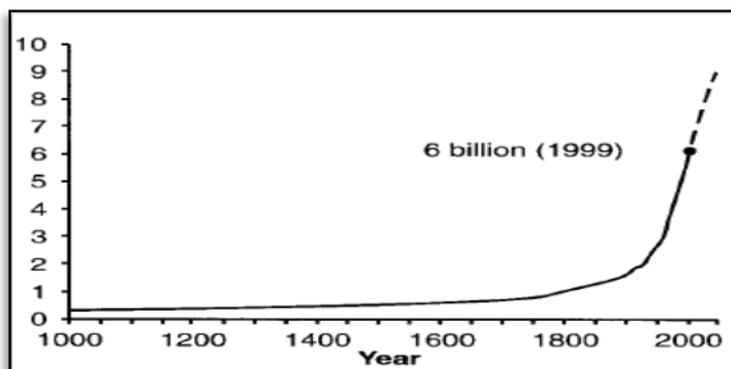


Gráfica 3. Total del Producto Interno Mundial. Tomado IGBP Series (2005)

21 Megaciudades expandiéndose sobre territorios naturales, que bajo el paradigma de construcción de sociedad urbana se dedica a arrasar árboles, (despojados cognoscitivamente de su condición de *seres vivos*), y a remplazar pastos por concreto, o por inerte césped sintético. 21 megaciudades irradiando *-textual y simultáneamente-* la praxis de sus antivalores contra la naturaleza sobre miles de focos urbanos.

La población mundial, en verdad, difusora de tales cambios éticos y biofísicos en la superficie, este año -también según el Número 28 (1) de Enero (2011) de la Revista *National Geographic-*, alcanzará los 7000 millones de habitantes humanos [Gráfica 4].

Hace 500 años no había siquiera mil millones de personas en la Tierra. Antes del Siglo XX nadie vivía lo suficiente para ver la duplicación de la población humana, hoy hay testigos que la han visto triplicarse:



Grafica 4. Población Humana desde el año 1000 d.C (Tomado IGBP Series, 2005). Billón anglosajón que equivale a mil millones.

Por lo mismo, en medio de una *retroalimentación positiva* (a más del estímulo generador, más incremento de los efectos que produce más estímulo¹⁰⁵), en el presente, la mayoría de sucesos alcanzan impactos que ascienden a la dimensión de “*eventos poblacionales*”. La Sociedad de la Información, la tecnología, la producción en serie y los viajes de una Economía Globalizada, inducen a que acciones y reacciones incluso culturales (sociobiológicas) se diseminen con rapidez a gran escala. Sus magnitudes se catapultan exponencialmente como la vanidad cultural -en el sentido del olvidado hebreo antiguo en que es afincada la noción-. Nada de esto es bueno o malo: son simples hechos, que si bien operan para lo inconveniente también pueden llegar a hacerlo para lo que conviene.

En un número de la revista médica *Lancet*¹⁰⁶, una comisión internacional de científicos en el área de la salud establece que el Cambio Climático (CC) es *la mayor amenaza mundial contra la Salud Pública en el Siglo XXI*.

Los argumentos, además de las directas afectaciones epidemiológicas por *Golpes de Calor (Hipertermia exógena)* o por *Hipotermia también por exposición ambiental*, hablan de la redistribución de *infecciones e infestaciones*, de desabastecimientos para la Seguridad Alimentaria, de efectos respiratorios y dermatológicos derivados de la contaminación aérea que lo genera, y sobre un previsible *aumento de conflictividades humanas* basado en la escasez *-paradójica-* del agua dulce (sobre una superficie planetaria que se inunda).

¹⁰⁵ Tome el lector como ejemplo de *feed-back* positivo la situación del clima. Mayor Cambio Climático significa veranos más fuertes que demandan mayores sistemas de enfriamiento (Neveras, aires acondicionados, congeladores, ventiladores), los cuales requieren mayor consumo energético que demanda mayores quemas de combustibles fósiles o fabricación de hidroeléctricas que generan más gases de efecto invernadero (metano) que producen más CC.

¹⁰⁶ [Julio 28 de 2010] URL: <http://www.ucl.ac.uk/global-health/ucl-lancet-climate-change.pdf>

Nombre	Fórmula Química	Potencial de Calentamiento Global (PCG ó GWP)
Dióxido de carbono	CO ₂	1
Metano	CH ₄	21
Óxido nítrico	N ₂ O	310
Tetrafluoruro de carbono (PFC)	CF ₄	6.500
Hexafluoruro de carbono (PFC)	C ₂ F ₆	9.200
Hexafluoruro de azufre	SF ₆	23.900
Trifluorometano	HFC-23	11.700
Difluorometano	HFC-32	650
Pentafluoroetano	HFC-125	2.800
Trifluoroetano	HFC-143 ^a	3.800
Difluoroetano	HFC-152 ^a	140
Tetrafluoroetano	HFC-134 ^a	1.300

Debido a la variabilidad existente entre las actividades radiativas de los diferentes GEI y sus tiempos de residencia atmosférica, es necesario hacer la conversión de las emisiones de cada uno de los GEI en unidades de CO₂ equivalentes (CO₂ eq), lo cual permite integrar los efectos de las emisiones de varios gases con el fin de ser comparados. Este reporte presenta resultados globales para la totalidad de los GEI anteriormente mencionados en unidades de CO₂ eq usando los potenciales de calentamiento global (GWP) para un horizonte de 100 años contenidos en el "1995 IPCC Second Assessment Report (IPCC 1996)"

Tabla 2. Gases de Efecto Invernadero y potencial de calentamiento. No se incluye el Vapor de Agua Responsable de un 70% del Efecto Invernadero (Tomado de Tomo II, Capítulo 2, Segunda Comunicación Colombia sobre CC). El más importante de los gases de efecto Invernadero es el *Vapor de Agua*, que aumenta en la medida que la atmósfera sube de temperatura por simple evaporación (Houghton, 2009: 34). El CO₂ impacta en un 72% en el incremento del Efecto Invernadero, el Metano un 21% y el Óxido Nítrico un 7% (Ibíd.: 35, 62)

Los afectados por distintas enfermedades y desastres naturales se cuentan por decenas, centenas, miles, millones de afligidos. En las metrópolis y megaciudades los afectados por la problemática del aire, o debidos a bloqueos de transporte por razones climáticas o por fallas en los abastecimientos alimentarios, ascienden fácil a miles de afectados. Las contingencias climáticas suelen golpear cada vez mayores volúmenes de población humana, animal y vegetal. Sin embargo, son los sufrimientos a nivel particular los que se sienten, así que sólo la razón y la comprensión de la Verdad, de la certeza según la cual el otro también sufre, es lo que posibilita la reacción a favor de las poblaciones, una reacción de auto-control y acción positiva (+) humana.

La Bioética según V.R Potter (1971) es la Ciencia de la Supervivencia, quizás por ello consideraciones desde las costumbres y acciones humanas sean oportunas.

El sentido médico otorga el enfrentamiento terapéutico en contra del problema. En Medicina más que buscar el adaptarse a una enfermedad se busca la prevención y la cura para misma. Ese es el espíritu de la gregaria supervivencia.

De Atmósferas & Superficies

“No es necesario creer en Dios para ser vivificado por su aliento”

Christian Bobin. En: “El Bajísimo” (1997: 15)

El correlato filosófico y social está a cargo de Hölderlin y Heidegger, [presente en el análisis de Hoyos (2011)] donde el último basado en el primero para su “Homilía de la Pobreza”, podría llegar a redimir la verdad continuada y expuesta por un padre de la Iglesia, Gregorio Magno, citado por Foucault (2007), y el cual en su *Regle Pastoral* puntualiza que “*Ars est artium régimen animarum*” (el arte de las artes es el gobierno de las almas).

Cabe una explicación en tres movimientos en la que intersecaríamos a la Bioética, la Biopolítica, la etimología y a un vivencialmente retado sabio Heidegger, que se vuelve bienaventurado –al estar de frente a una catástrofe real y personal cuando escribe acerca del colapso del contexto material (la pobreza económica, y el aprisionamiento

ideológico hegemónico del occidente capitalista y el oriente comunista: Engendros antitéticos de lo material que desprecian al Ser)-.

En medio de la persecución personal, la banca rota y la post-guerra- el primer maestro rescatista moderno del Ser (Ontología) y de la Metafísica, parte de la frase de Hölderlin “*Es konzentriert sich bei uns alles auf's Geistige, wir sind arm geworden, um reich zu werden. (Entre nosotros, todo se concentra sobre lo espiritual, nos hemos vuelto pobres para llegar a ser ricos).*”-. El cataclismo de la muerte, la equivocación homogeneizante de grupos biológicos que se creen superiores tras Nietzsche y Darwin, y la indiferencia de las gentes “justas” ante la hecatombe, esa vez en la figura fatídica de la guerra, brinda este primer momento en Heidegger:

“*Las guerras (entiéndase para este fin, los cataclismos) no están en condiciones de decidir historialmente los destinos porque reposan ya sobre decisiones espirituales y se atiesan justamente sobre estas. Ni siquiera las guerras mundiales son capaces de ello. Pero ellas mismas y su desenlace pueden devenir para los pueblos la ocasión que provoca a cambio una meditación. Esta meditación misma, sin embargo, brota de otras fuentes. Estas deben comenzar a abrirse desde la esencia propia de los pueblos. Por eso hace falta la meditación de los pueblos sobre sí mismos en el diálogo que establece vez a vez los unos con otros.*”.

Dialogo e Interdiscipliniedad que componen la Bioética. Sabiduría que ha de inspirarla para el cuidado de la Vida y jamás para favorecer la Muerte so pena de negarse a sí misma. De repente allí el lector trasciende a lo biológico, concepción de lo vital que religa lo espiritual, *Animarum-Alma, Pneuma-Aire, Spiritus-Espíritu* donde etimológicamente todas significan Vida al denotar en sus vocablos originales la certeza del *Aliento* (que biológicamente es el intercambio respiratorio del viviente) posibilitado por la atmósfera, la neguentropía o lucha contra el Caos, y la existencia¹⁰⁷. Y dice el humilde Heidegger rescatado por su lector Hoyos:

“*El espíritu es la fuerza eficiente de la iluminación y de la sabiduría; en griego la sophia (...) para la Iglesia occidental romana es el De Trinitate de Agustín; la Iglesia oriental conoció otro desarrollo: la doctrina de la santa Sofía... lo “neumático”, lo mágico, la mística de Jakob Böhme, el zapatero de Görlitz, Padre de la Iglesia...*”

No hay sabiduría sin Vida, como no hay perdón sin olvido, vacuna contra la venganza es el perdón y el olvido. Olvido contra los miedos de un medio artificial hacia la Madre Tierra. Pero la destrucción de los terrenos naturales se excusa en las demandas urbanas de confortable o precaria vivienda (expansión de las ciudades, construcción, manejo de residuos sólidos, extracción minera de arena, cementos y otros materiales), comercio (minería energética & tecnológica, producción de insumos textiles y otros agrícolas no comestibles) y producción agrícola de alimentos. Fetidez de cloacas y alcantarillas que emanan metano mientras calientan y alteran los vientos.

La economía ve aumentar el dinero en cantidades industriales estableciendo una relación directamente proporcional con la población y el calentamiento (Gráfica 4). La sumatoria de estas afectaciones ha determinado que los ciclos biogeoquímicos sufran continuas *disrupciones funcionales* que trascienden la expresión casi eufemística, y esteticista, de la denominada “*Transformación del Paisaje*”.

Para citar características del caso colombiano -que representan una tendencia global-, *los usufructos económicos derivados de la tala arbórea son mínimos en comparación con el daño causado.*

¹⁰⁷ El vocablo *Existir* desde su construcción semántica también arroja luces sobre el problema. Ex-istir (prefijo *ex* que implica fuera, dejar de ser, y la raíz del sufijo *-sistencia* que confiere la idea de ubicación)

Referencias Bibliográficas.

- Beck, U. (1998) ¿Qué es la Globalización? Barcelona: Paidós.
- Beck, U. (2002). La Sociedad del Riesgo Global. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Berrocal, A., Freer, J, Baeza, J., et al. (2004). Relación entre Edad del Árbol y su Composición Química en *Pinus radiata* (D. Don) crecido en Chile y su Importancia para la Producción de Bioetanol. Kuru Revista Forestal. 1(1): 1-8.
- Gómez de Silva, G. (2005). Breve Diccionario Etimológico. México DF: FCE.
- IDEAM. (2010). Informe Anual sobre el Estado del Medio Ambiente y los Recursos Naturales Renovables en Colombia 2010. Bogotá DC: Publicaciones Institucionales IDEAM.
- McElwin JC. (1998). Do fossil plants signal paleoatmospheric CO2 concentration in the geological past? Phil. Trans. Royal Society. 353: 83-96
- McElwin JC & Punyasena SW. (2007). Mass extinction events and the plant fossil record. Trends in Ecology and Evolution. 22(10): 548-557.
- MacArdle, W., Katch, F., & Katch, V. (2006). Exercise Physiology: Energy, Nutrition and Human Physiology. New York: Lippincott Williams and Wilkins.
- Roa-Castellanos, RA. (2010). La Reproducción Zootécnica desde una Nueva Ética Naturalista (Neovitalismo) y la Bioética como Ciencia de la Supervivencia: El Caso de los Rumiantes. Bioethikos. 4(3): 292-302.
- Swenson, MJ, Reece, WO & Dukes HH. (1993). Physiology of the Domestic Animals. Ithaca: Cornell University Press.

UNA PROPUESTA BIOÉTICA ANTE UNA CULTURA AMBIENTAL¹⁰⁸

Santiago Roldán García¹⁰⁹

“... es necesario que el ser humano pose sus pies sobre la tierra de tal manera que sintiéndola, redescubra su pertenencia a ella”.

El giro del conocimiento y el riesgo como puntos de partida para una reflexión bioética

Partiendo de la lectura del documento “*HACIA UN NUEVO SABER. La bioética en la revolución contemporánea del saber*”¹¹⁰ del profesor Carlos Jesús Delgado Díaz invitado por la Universidad El Bosque, y tras diferentes diálogos académicos posteriores sostenidos como estudiante del programa de Doctorado en Bioética de la misma Universidad alrededor del mismo, es fundamental para mí entender y comprender en este escrito la importancia del giro que ha venido teniendo el conocimiento humano desde finales del s. XIX y principios del XX, en donde se hace visible un indudable cambio epistemológico y paradigmático gracias a los grandes descubrimientos y proclives avances biotecnológicos:

De una aprehensión epistemológica de primer orden, comenta el profesor Delgado, transitada ésta por una racionalidad clásica y “*objetiva*” del conocimiento, se vislumbra otra de segundo orden un tanto más elaborada y compleja que aboga ya no tanto por el objeto en sí del conocimiento sino por el sujeto que observa y sus subsiguientes ópticas y hermenéuticas con respecto a dicha realidad. Ello, con el pleno convencimiento de estar asistiendo a un conjunto de escisiones epistemológicas que llevan al rompimiento de la encapsulada dicotomía cognitiva de sujeto-objeto. “Está en curso la elaboración de un nuevo saber humano. Su emergencia tiene lugar como transición de la racionalidad clásica hacia una nueva racionalidad...”¹¹¹

En otras palabras, se ha llegado a una realidad sapiente, en palabras del autor, que da paso a la tarea de *re-pensar* por un lado lo subjetivo como sistema complejo observador y por el otro, el problema del conocimiento como problema hermenéutico y reflexivo¹¹². Este mismo giro epistemológico ha sido evidentemente colateral con la observación del componente ético. A saber, que si bien desde una óptica clásicamente objetivista dicho componente no hacía parte esencial del objeto y por lo tanto no era punto clave para la comprensión del conocimiento; con el enfoque ético, el asunto se piensa distinto en cuanto que lo valorativo no es ya un elemento externo al conocimiento sino esencialmente intrínseco del mismo.

108 Reflexión teórica realizada dentro del programa de doctorado en Bioética de la Universidad El Bosque, en su línea de investigación de Bioética y Educación. Asesorado por el Dr. Álvaro Cadena. Este documento cuenta con las debidas autorizaciones del mismo programa de doctorado, para ser presentado por su propio autor en nombre de la Corporación *Mente Libre –CORPOMENTE*.

109 Estudios en Filosofía, Teología y Bioética. Actualmente candidato al doctorado en Bioética de la Universidad El Bosque. *stgroidan@gmail.com*

110 DELGADO Díaz, Carlos Jesús (2008). *Hacia un nuevo saber. La bioética en la revolución contemporánea del saber*. Bogotá, Ediciones el Bosque. Colección BIOS Y OIKOS.

111 *Ibíd.*, Pág. 55.

112 *Ibíd.*, Pág. 78.

En este sentido será dicho nuevamente entonces por el profesor Delgado “*que tomar en cuenta y comprender lo ético y lo valorativo como interno a la producción de saber y ciencia se plantea entonces como una necesidad epistemológica*”¹¹³.

De este modo y en ilación con el planteamiento anterior, se sostiene junto con el autor, que para la Bioética es de suma importancia la comprensión de este tipo de cambio epistemológicamente paradigmático, el cual conlleva a un *re-planteamiento* no sólo de la sociedad del conocimiento sino, y con mayor fuerza, a una *re-elaboración* de un nuevo saber que afecta no sólo a la realidad misma sino a la aprehensión valorativa, científica y moral que de él se haga el hombre y la mujer contemporáneos.

Esta revolución epistemológica, que ha lanzado al conocimiento, y con él al hombre, a una nueva realidad de complejidad cognitiva vinculante de lo teórico con lo práctico, de lo objetivo con lo subjetivo y de lo especulativo con lo experimental, se avizora por tanto, y en mis palabras, como un nuevo acercamiento al conocimiento por vía directa de comprensión, mediante una nueva epistemología que se emplaza en la *conciencia intencional* del sujeto de cara a la posibilidad del conocimiento y a su subsiguiente aplicabilidad y aprehensión de lo valorativo, lo subjetivo y lo objetivo desde la propia concienciación del individuo.

En otras palabras, se abre campo a la comprensión y al entendimiento de lo intencional del actuar humano y a su consecuente concienciación, implícita y/o explícita, de cara al ofrecimiento de sentido al mundo, bajo la responsabilidad de construcción del mismo y su respectivo compromiso histórico con la humanidad. Se hace evidente, en palabras motivadas por la filosofía de Edmund Husserl, la dinámica que se le imprime al sujeto, en donde éste no está ya simplemente afectado por los mismos objetos del mundo, sino que ahora se involucra y constituye esos objetos y con ello, le otorga sentido al mundo. El fenómeno de la cosa (la vivencia) no es la cosa aparente, la cosa que se halla frente a nosotros supuestamente en su propio ser. Como pertenecientes a la conexión de la conciencia, vivimos los fenómenos; como pertenecientes al mundo fenoménico, se nos ofrecen aparentes las cosas. Los fenómenos mismos no aparecen; son vividos.¹¹⁴

*Si bien es dicho por el profesor Delgado, que uno de los elementos esenciales del nuevo saber (refiriéndose a la Bioética) está en relación con el reconocimiento del carácter interno de lo valorativo y lo moral en el conocimiento científico*¹¹⁵, de igual forma y con mayor ahínco, pero sin desconocimiento alguno de lo evidente¹¹⁶ y aparente¹¹⁷ del objeto, entra en el diálogo bioético objeto-sujeto la certidumbre de una *realidad existencial* que no podemos desconocer: *en la concienciación por parte del sujeto se descubre y re-descubre tanto el cognoscente como lo cognoscible*.

Ahora bien, en este mismo orden de ideas, y de cara a una época de grandes avances pero también de grandes desaciertos, el ser humano postmoderno ha evidenciado una crisis existencial. De una u otra manera, se ha visto reducido poco a poco su propio aliento de vida y su horizonte de sentido.

Es por esto, que el mismo escritor Hans Jonas en 1979 en su libro *el principio de responsabilidad*, advierte los siguientes pasos en atención a la valoración y utilización del conocimiento frente a sus múltiples y variadas consecuencias, que en su momento fueron comentados por José Ramón Acosta de la Universidad Médica de la Habana, y

113 *Ibidem*, Pág. 79.

114 HUSSERL, EDMUND. *Investigaciones lógicas*. Alianza. Madrid.1985. p. 478.

115 DELGADO Díaz, Carlos Jesús (2008). *Hacia un nuevo saber. La bioética en la revolución contemporánea del saber*. Bogotá, Ediciones el Bosque. Colección BIOS Y OIKOS. Pág. 23.

116 *Entiéndase desde el lat. evidens, - entis en relación a lo que cierto y patente es y sin duda alguna se evidencia*.

117 *Del lat. apparēre, en referencia a lo que se aparecer*.

hoy recreados por el ponente Carlos Delgado tanto en su libro citado como en muchas de sus charlas en la Universidad El Bosque:

En un primer momento, se encuentra la consideración de los efectos remotos posibles tras la implementación de los avances científicos y biotecnológicos. En un segundo lugar, la preeminencia de los pronósticos buenos sobre los malos con el fin de evitar cualquier riesgo por parte de la investigación. Posteriormente, pasando por la consideración de los intereses de los otros antes que de los del mercado, llegaremos al deber para con el futuro desde la cooperación del presente proyectada hacia adelante.

De este modo y en consonancia con el espíritu inicial de este *principio de responsabilidad* recreado por Carlos Delgado, gracias a su interés por el bien común, contribuye como dice José Ramón Acosta¹¹⁸, a la creación de un espacio (diría él, contexto) material y social propicio para la armonización del hombre con la naturaleza al garantizar que los valores y derechos individuales puedan tener realización efectiva.

En este entorno y en continuidad con el postulado anterior, aflora entonces el debate bioético para asumir el *riesgo* como instancia de desarrollo humano, de integración regional y de avance del conocimiento tecnocientífico en pos de mejores y equitativas oportunidades para todas las gentes (Ad Gentes). La asunción del riesgo solamente será ético si los beneficios esperados y/o resultantes son mayores, o por lo menos recíprocamente iguales y/o semejantes a las categorías comprometidas en la decisión; lo cual exige prever de manera compleja los posibles resultados y estar atentos a controlar los procesos para introducir enmiendas oportunas si hay fallas, o para cambiar radicalmente las decisiones.

Subsiguientemente, desde un pronunciamiento dialogante, habría que invocar además, el reclamo potteriano de considerar la potencialidad ética (hoy muy discutida) de los procesos de vida y la tesis compleja de la construcción del conocimiento como un acto de intervención donde los sujetos han de asumir toda la responsabilidad por sus creaciones, tal y como lo propone el Dr. Carlos Delgado en su libro.

Una realidad evidentemente paradójica

En continuidad con la tesis anterior en razón del giro del conocimiento reconocido como punto de partida para una reflexión bioética y con la pretensión de dar un paso adelante, puedo evidenciar que de cara a la necesidad que tiene el ser humano de entender el medio ambiente y sus múltiples fenómenos naturales (y con ello comprenderse así mismo en relación dialógica con su entorno) ha emprendido de manera creciente un avance técnico y científico que le ha posibilitado interactuar de una nueva forma con el propio ecosistema.

Este avance y esta interacción que en muchos momentos se evidencian como génesis de grandes progresos y beneficios para el ser humano y sus congéneres ante dicha necesidad existencial, paradójicamente acaecen sumidos en una angustiada relacionalidad en donde él y su entorno no han podido identificarse plenamente el uno con el otro, conduciendo sin desmedro alguno a grandes escisiones ecosistémicas que ponen en alto riesgo el propio éthos vital y lo arrastran perennemente a dolerse por su misma realidad.

La transformación de la realidad por el poder de la tecnología se presta a profundos análisis filosóficos sobre los vastos modos en que la tecnociencia ha transformado y continúa transformando aceleradamente las redes sociales y formas de vida, las posibilidades humanas y de los demás vivientes. Los vivientes para mantenerse como

118 ACOSTA, J. Ramón. *Una mirada al gen egoísta del mundo global. Boletín de la Sociedad Cubana de investigaciones filosóficas. La Habana, 2004.*

tales, deben alejarse del equilibrio termodinámico manteniendo distancia, desafiando la entropía por medio del intercambio continuo de materia, energía e información. Esta necesaria apertura del ser vivo lo hace débil y precario, al borde del caos y expuesto al peligro permanente de la muerte¹¹⁹.

El deterioro ambiental, la sobreexplotación de los recursos naturales, el agotamiento de la capa de ozono, la destrucción de la biodiversidad y la falta de agua potable entre otros, no son sólo fiel reflejo de esta paradoja existencial que inquieta al ser humano convirtiéndola en un desafío político, económico y social para nuestros pueblos, estrechamente ligada a las dimensiones culturales, éticas y morales. Son igualmente, el innegable resultado boomerang ante el *descuido* y el *abuso* de la Naturaleza, el *desconocimiento* de los efectos y consecuencias de las acciones del ser humano dentro de su hábitat natural y la *indiferencia* consciente y negligente por parte de gran número de hombres y mujeres, que al no asumir su responsabilidad¹²⁰ potencializan una inevitable crisis ético ambiental. Ello, en razón de que

cada vez resulta más evidente que la crisis ambiental es consustancial a la crisis civilizatoria del sistema mundo y que ese "iceberg" está compuesto en gran medida por el modelo económico y tecnológico, de patrones de consumo que esta civilización expande, depredando la naturaleza y sojuzgando las culturas autóctonas allí donde se establecen sus patrones de dominación. La construcción de hegemonías se realiza desde hace siglos sobre la base de la dominación de al menos tres elementos: el dominio de la naturaleza, los procesos de aculturación colonizadores y la discriminación de sectores ahora dados en llamar vulnerables (étnicos, mujeres, pobres), esta trilogía ha garantizado durante la historia del capitalismo y especialmente en su fase industrial, los niveles de acumulación necesarios para producir los efectos que hoy se verifican a nivel global¹²¹.

En constatación de ello, la misma Conferencia de Naciones Unidas sobre Medio Ambiente Humano, reunida en Estocolmo (1972) y posteriormente la Comisión Mundial sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (Tokio 1987) y la Conferencia de Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo (Río de Janeiro 1992) bajo la síntesis de "Cumbre de la Tierra", y tras la puesta por escrito de un programa global para el cambio de las estrategias mundiales sobre Medio Ambiente y Desarrollo en el conocido documento "Nuestro Futuro Común"¹²², lograron identificar un conjunto de problemas centrales en este campo:

1º El crecimiento exponencial de la población que sobrepasa los recursos disponibles para alimentación, vivienda, salud y energía.

2º La angustiada realidad de miles de personas que mueren diariamente en el mundo por hambre y desnutrición.

3º La incuestionable desaparición de numerosas especies del planeta y la inevitable desaparición creciente de otras más transformando así los ecosistemas con consecuencias imprevisibles.

119 ESCOBAR Triana, Jaime. *Bioética y Biotecnología en la perspectiva CTS. Colección Bíos y Éthos. No. 22. Ediciones El Bosque. Bogotá, 2004.*

120 *Capacidad existente en todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente. DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA - Vigésima segunda edición. 2009.*

121 FERNÁNDEZ, Soriano Armando. *América latina y el Caribe, ética y conflictos ambientales en el nuevo siglo. Revista trimestral latinoamericana y caribeña de desarrollo sustentable. No 3. Volumen 1. 2003.*

122 Cf. *Informe Brundtland, 1987.*

4° El problema del recalentamiento y la acidificación del Medio Ambiente gracias al uso indiscriminado de energía generada con hidrocarburos en los últimos años.

5° La contaminación evidente por productos y desechos industriales altamente peligrosos.

6° El desafío cotidiano ante el crecimiento de infraestructuras y servicios en respuesta al incremento de la población urbana.

Por lo tanto, y visto de este modo, se constata que la no comprensión racional del desarrollo del ecosistema y del papel tan importante que juega el propio ser humano dentro de su misma evolución, está conduciéndolo (al ser humano) forzosamente a un sin sentido en donde, perdido de su intencionalidad ética de participación, colaboración y administración de cualquiera de los recursos naturales, así como el respeto a cualquiera de las especies existentes, se encuentra desprovisto de “responsabilidad” frente a sus mismas acciones.

Igualmente delicado, resulta el hecho que se hallen compitiendo intereses particulares, sean económicos, políticos, sociales, culturales o hasta religiosos, que desoyen, transgreden y aniquilan los derechos de una comunidad humana existente (homicidio) y los de la propia naturaleza (ecocidio), gracias a un egoísmo insensato que lleva al ser humano a desconocer, que así como el suave aleteo de una mariposa puede desencadenar un huracán en otro lado del mundo, *la más mínima de sus acciones de igual forma, conlleva múltiples y variadas consecuencias*, siempre y cuando se den ciertas circunstancias favorables para que las pequeñas acciones puedan “amplificarse”.

El hombre consiguientemente, no ha logrado comprender “*su-ser*” y “*su-estar*” en el mundo como *una más* de las especies vivientes que cohabitan en la naturaleza, y que a diferencia de las demás especies, cuenta con la oportunidad de tomar distancia de sus propias acciones (concienciación) sin dejar al libre albedrío el desencadenamiento de las mismas como *ruedas sueltas* en el *mare mágnum* natural sin saber qué rumbos tomarán y qué efectos producirán.

Finalmente resulta paradójico, la intencionalidad racional, técnica y científica, cuando el hombre angustiado por la pérdida de su animalidad, morfológicamente hablando, ha buscado históricamente institucionalizar su adaptabilidad en el mundo a través del constructo racional y ético de costumbres y la subsiguiente convalidación de muchas de sus racionalidades argumentativas, dialógicas y volitivas, mediante el imaginario colectivo de su ser y estar en el mundo. De igual forma, se ha establecido y aprobado un estilo de vida (una cultura) en donde se busca satisfacer necesidades vitales y existenciales individuales o colectivas adaptando el medio ambiente aún en contravía del desarrollo histórico del ecosistema. Esta aplicabilidad histórica desmedida y egoísta del medio ambiente se ha excedido al punto de ocasionar una crisis ecoambiental.

En comparación con lo que había entonces, lo de ahora ha quedado - tal como sucede en las pequeñas islas - semejante a los huesos de un cuerpo enfermo, ya que se ha erosionado la parte gorda y débil de la tierra y ha quedado sólo el cuerpo pelado de la región. Entonces, cuando aún no se había desgastado, tenía montañas coronadas de tierra y las llanuras que ahora se dicen suelo rocoso, estaban cubiertas de tierra fértil. En sus montañas había grandes bosques de los que persisten signos visibles, pues en las montañas que ahora sólo tienen alimento para las abejas se talaban árboles no hace mucho tiempo para techar las construcciones más importantes cuyos techos todavía se conservan. Había otros muchos altos árboles útiles y la zona producía muchísimo pienso para el ganado. Además gozaba anualmente del agua de Zeus, sin perderla, como sucede en el presente que fluye del suelo desnudo al mar; sino que, al tener mucha tierra y albergar el agua en ella, almacenándola en diversos lugares con la tierra arcillosa que servía de retén y enviando el agua absorbida de las alturas a las cavidades,

proporcionaba abundantes fuentes de manantiales y ríos, de las que los lugares sagrados que perduran hoy en las fuentes de antaño son signos de que nuestras afirmaciones actuales son verdaderas¹²³.

En otras palabras, nos enfrentamos ante lo evidentemente nebuloso: el hombre, como una más de las especies dentro del ecosistema, dotado de grandes cualidades, ha pretendido controlar y adaptar la naturaleza para satisfacer necesidades generacionales; pero que infortunadamente se vienen convirtiendo en una amenaza tan letal que han ocasionado el deterioro del planeta y la extinción de muchas especies, y en donde éticamente hablando habría que controlarlo como se controla cualquier tipo de plaga¹²⁴. “¿Cómo podría transmitirle la emoción que sentí ante aquella catástrofe o hallar frases que describan el repugnante engendro que, al precio de tantos esfuerzos y trabajos, había creado?”¹²⁵

Por una re-adaptación del “ser y estar” en el mundo

Si bien es cierto que el ser humano ha utilizado la cultura para adaptar el medio ambiente al ser humano, por razón de innumerables creaciones tanto técnicas, tecnológicas, biotecnológicas o tecnocientíficas, y con ello satisfacer muchas de sus necesidades básicas, y en ese proceso ha confundido el poder con la administración, el utilitarismo con la utilización; hoy, con igual genialidad epistemológica, tecnológica y científica, está llamado a tratar de enmendar sus errores y tomar cartas en el asunto desde su propia conciencia intencional, ofreciendo políticas y alternativas de solución que lo encaminen a la salvaguarda del ecosistema mediante la re-significación y la re-adaptación de su “ser y estar” en el mundo.

Urge y demanda por tanto, que sea el mismo hombre reflexivo, responsable de gran parte del deterioro del ecosistema, quien se entrelace con la naturaleza y abogue por la vida misma tras la búsqueda de políticas de sostenibilidad ecológica y ambientales. Así también, el fortalecimiento y reconocimiento de los valores tanto individuales como colectivos, de los animales u otras especies cohabitantes del medio ambiente¹²⁶.

Si anteriormente se dijo que el ser humano está llamado a *re-adaptar* y *re-significar* su “ser y estar” en el mundo, una manera de hacerlo es modificar su propio raciocinio promoviendo así un giro paradigmático evidenciable en un cambio de modelos y de estructuras a favor de la vida en general tanto de la otredad como de su propia yoiedad. Ello, eco último de su misma toma de conciencia ante el imperativo categórico de su intencionalidad de su “ser y estar en el mundo”.

123 PLATÓN, *Diálogos (Filebo, Timeo, Critias)*, Planeta-DeAgostini, 1996 (Gredos, 1992).

124 *Una especie se convierte en plaga cuando apareciendo de manera masiva y repentina, causa graves daños a poblaciones animales o vegetales; y promoviendo, en el medio ambiente donde habita, un desequilibrio ambiental. DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA - Vigésima segunda edición. 2009. Ahora bien, en lo referente a la especie humana dicha anomalía ambiental es causada por él gracias a muchas de sus herramientas culturalmente aceptadas. El control de la plaga no se refiere a eliminación alguna de la especie humana sino a generarle una serie de herramientas culturales que le permiten tomar conciencia que la naturaleza depende de los seres humanos en cuanto que éstos interactúan con ella.*

125 SHELLEY, Mary W. *Frankenstein o el Moderno Prometeo*. Edición de Manuel Serrat Crespo. Ed. Montesinos Editor. España, 1971. Pág. 86.

126 SINGER, Peter. *Ética Practica. Segunda Edición, Traducción de Rafael Herrera*, Ed. Cambridge University Press, Gran Bretaña, 1995. Cf. *Teoría Gaia de James Lovelock y Lynn Margulis (Los seres vivos interaccionan con la atmósfera alterando su composición y regulando los climas.)*

Dentro de ese giro copernicano, racional, cultural y biotecnocientífico, se viene avizorando la Bioética como una posibilidad epistemológica capaz de consolidar propuestas y conducir a una toma de decisiones en favor de la vida misma, de su calidad y la propia dignidad tanto del ser humano como de los demás animales y especies del planeta. Esto, en respuesta a uno de los más grandes postulados potterianos de responsabilidad por la supervivencia de la humanidad y la preservación de la biosfera¹²⁷.

En palabras de Anna Quintanas, profesora del departamento de Filología y Filosofía de la Universidad de Girona (España), se comprende la propuesta bioética ambiental de Potter, entendiendo la profunda empatía de este autor con la tesis de Aldo Leopold, según la cual la especie humana puede sobrevivir sólo si el ecosistema que la integra es capaz de reponerse y sobrepasar la violencia ejercida por el ser humano a lo largo de la explotación económica de la naturaleza.

La Bioética, asumida como un grito por la propia vida, al entrelazar dos grandes vocablos (Éthos y Bíos) hace posible identificar un escenario dialógico que comprenda el paso de un antropocentrismo a un biocentrismo necesario para la identificación y adaptabilidad del ser humano en el ecosistema.

Dicha potenciación del diálogo interdisciplinario y plural en donde se vislumbra al otro, humano o no, como ínteractor válido; acarrea el replanteamiento de un “ser y estar” en el mundo y por lo tanto una nueva propuesta necesaria para la comprensión del acercamiento del ser humano al medio ambiente.

En consonancia con Gilbert Hottois¹²⁸, si bien es cierto que el avance tecnocientífico y la complejidad desencadenada por este “progreso”, no se va a detener de la noche a la mañana, apura entonces un diálogo para que dicho avance no desoiga la posibilidad ética que salvaguarde el bienestar del medio ambiente en el progreso investigativo, llamando a unos mínimos esenciales que sin ser absolutistas ni dogmáticos, propendan por una ética de disensos y de consensos en favor de la vida:

Pero, la comunicación universal permanente, conduce a que ya no se pueda ignorar al otro y, desde entonces se aprende a manejar las diferencias y las alteridades de una manera pacífica o bien se conduce a la confrontación violenta igualmente permanente, a “la guerra de todos contra todos” para retomar la expresión de Hobbes.¹²⁹

Empieza entonces con ello, la búsqueda de un aporte epistemológico de la Bioética, vista ésta, en parte, como supervivencia tanto del ser humano como de las demás especies del planeta, quedando convocada a participar de manera real y eficaz en el debate sobre esos cambios de comportamiento del hombre respecto a la naturaleza.

En el pasado la ética fue considerada la rama especial de las humanidades en un currículo universitario de Artes Liberales. Se enseñaba al tiempo con la lógica, la estética y la metafísica, como una rama de la filosofía. La ética constituye el estudio de los valores humanos, el ideal de carácter, moral acciones y metas humanas; pero sobre todo la ética implica acción según estándares morales. Lo que ahora debemos enfrentar es que la ética humana no puede ser separada de un entendimiento realista de la ecología en el sentido más amplio de la palabra. Los valores éticos no pueden separarse de los hechos biológicos. Tenemos una gran necesidad de una ética de la

127 Cfr. V.R. POTTER, *Bioethics: Bridge to the Future*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J. 1971

128 Cf. HOTTOIS Gilbert, *Biomedicina o Biotecnología aplicada al hombre?*, Colección Bios y Éthos, Ediciones el Bosque, Bogotá, 2004. Vol. 22, Págs. 59-80.

129 HOTTOIS Gilbert, *Conflictos y bioética en un mundo postmoderno*, Colección Bíos y Éthos, Ediciones el Bosque, Bogotá, 2004. Vol. 19, Págs. 90. Traducido del *Conflicts et bioethique dans un monde postmoderne*.

*Tierra, de una ética de la vida salvaje, de una ética de la población, de una ética del consumo. De una ética urbana, de una ética internacional, de una ética geriátrica, etc. Todos estos problemas requieren acciones que estén basadas sobre valores y hechos biológicos. Todos ellos involucran la Bioética y la supervivencia de todo el ecosistema es la prueba de un sistema de valores...*¹³⁰

Si desde esta perspectiva la Bioética alude al tema ambiental, no lo hace porque sea ella quien cuente con los grandes avances o descubrimientos al respecto. De suyo esa no sería la intencionalidad de su quehacer epistemológico. Antes bien, si la Bioética se ha referido a este tema, lo ha hecho atendiendo muchas veces a conexiones que este dato natural y tecnocientífico tiene con las diversas convicciones de orden moral, ético y religioso.

De este modo, es entendible también para muchos bioeticistas, que para el discurso académico dado por la misma Bioética, son las ciencias llamadas por muchos “positivas” a las que entendiéndosele su inevitable e inagotable autonomía, nutren y sustentan con su aporte científico muchas de las reflexiones dadas dentro del quehacer bioético.

En este orden de ideas, y en atención a la cita anterior de Van Rensselaer Potter, la propuesta bioética debería girar hacia nuevas perspectivas de conocimiento que permitieran al ser humano potenciar su responsabilidad por un destino en realidad común; ya que desde su propio actuar ha de entendersele como habitante de un planeta finito, que hoy tiene conciencia clara de sus límites, e inmerso en un mundo de comunicación instantánea, en donde el ambiente es, al mismo tiempo, fuente de los que lo usamos y necesitamos; como también, destinatario de lo que producimos y deseamos.

*Como especialista en cáncer me impresionó naturalmente la afirmación de N.J Berrill, que ha sido repetida en distintas formas por otros autores sin la cita, desde la publicación de su *Man's Emerging Mind* en 1955. El observaba que:*

en lo que concierne a la naturaleza, nosotros somos como un cáncer cuyas células extrañas se multiplican sin control, descaradamente exigiendo el alimento que todo el cuerpo necesita. La analogía no es descabellada referida a las células cancerosas lo mismo que para organismos enteros que saben cuándo dejar de multiplicarse, y tarde o temprano al cuerpo de la comunidad se le priva del alimento, del apoyo y muere.

*En otras palabras, podemos hacernos la pregunta, ¿es el destino del hombre ser para la tierra viviente lo que el cáncer es para el hombre?*¹³¹

La cuestión ambiental, por lo tanto, adquiere un alcance global, en cuanto a que los problemas ambientales no tienen solución exclusiva dentro de las fronteras nacionales gracias a la interdependencia de los factores que los producen y de los efectos que provocan. Para enfrentar de manera exitosa los problemas ambientales globales como el agotamiento de la capa de ozono, la destrucción de la biodiversidad o el cambio climático mundial, se requiere integrar las políticas nacionales a un esfuerzo internacional diferenciado de responsabilidades compartidas y de una cultura de solidaridad mundial. Y es aquí en donde estaría otro de los grandes aportes de la Bioética, desde su metodología inter y transdisciplinar¹³².

Hemos sometido a nuestro dominio incluso a los cuadrúpedos, para el transporte, cuya velocidad y fuerza nos aporta a nosotros mismos fuerza y velocidad. Nosotros

¹³⁰ POTTER, Van Rensselaer, *Bioethics, the science of survival, Biology and Medicine*, vol,14 No 1 (Autum 1970), 127-153.

¹³¹ *Ibidem*.

¹³² HOTTOIS, Gilbert, *¿Qué es la Bioética? Librairie Philosophique J. Vrin. 6, place de la Sorbonne. V. Paris, 2004. Traducido al español: Chantal Aristizabal Tobler.*

conseguimos que cualquier animal lleve su carga, le imponemos el yugo. Utilizamos para nuestro provecho los agudos sentidos del elefante y la sagacidad de los perros. Sacamos de las entrañas de la tierra el hierro, necesario para cultivar el campo; encontramos vetas de cobre, plata y oro escondidas en lo más profundo de la tierra y las transformamos en materiales aptos para el uso y el ornato. Por otro lado, la madera resultante de la tala de árboles que hayamos plantado o hayamos encontrado en estado silvestre, parte la utilizamos para calentarnos, una vez encendida, y para cocinar los alimentos; parte para la construcción, librándonos así del frío y del calor excesivo. La madera ofrece también grandes posibilidades para la construcción de naves, que con sus viajes nos aportan lo necesario para vivir. Y, a pesar de toda la violencia que desata la naturaleza, sólo nosotros tenemos el remedio contra oleajes y vientos, gracias a las ciencias del mar. Sacamos también provecho de los productos marinos.

De igual manera, todo lo que pueda ofrecer la tierra lo dominamos: nos aprovechamos de los campos, de los montes. Nuestros son los arroyos, los lagos. Nosotros plantamos cereales, árboles; hacemos las tierras féculas gracias a la conducción de las aguas. Nosotros separamos, dirigimos, desviamos el curso de los ríos. En una palabra, con nuestras propias manos nos atrevemos a construir en la naturaleza una especie de segunda naturaleza¹³³.

Bioética, ecología y diálogo creyente: consideraciones para un ser y estar en el mundo

Teniendo en cuenta lo anterior, y convencido de ofrecer algunas de las alternativas que contribuyan a una toma de decisiones en beneficio a la cuestión ecoambiental y su deterioro paulatino, deseo de manera propositiva y frente a los postulados referidos anteriormente por el Dr. Carlos Jesús Delgado Díaz, plantear algunos pilares necesarios para una *re-adaptación* y *re-significación* del “ser y estar en el mundo” del ser humano, que vincule no sólo al hombre y a la mujer contemporáneos sino a todo cuanto se incluye en el sistema ecológico y ambiental. De igual modo, y desde una propuesta de concienciación del ser humano, una nueva concepción que conlleve a un cambio intencional, comportamental y epistemológico que exija una confrontación enmarcada entre consensos y disensos necesarios para la convivencia sostenible:

-En un primer momento, se hace necesario el re-crear la conciencia colectiva del ser humano ante la evidente crisis ambiental que lo rodea no solamente a él sino a toda especie viviente del planeta. Conciencia que no se ha tomado en serio ni por los individuos ni por las diversas y variadas comunidades sociales y políticas¹³⁴.

- Acompañado a esta conciencia colectiva, ha de estar presente una actitud de responsabilidad frente a la utilización racional de los recursos naturales por parte de todos y cada uno de los seres humanos que habitamos este planeta. Es evidente la premura por amparar las necesidades básicas de todos los hombres, pero de igual modo es necesario que el ser humano pose sus pies sobre la tierra de tal manera que sintiéndola, redescubra su pertenencia a ella.

- Dada la conciencia colectiva y la actitud tanto individual como comunitaria de una utilización racionalmente responsable de los recursos naturales, se hace posible la construcción de unos mínimos éticos esenciales, que a partir del diálogo incluyente, la comprensión y la apertura de máximos dados por las creencias o confesionalidades basadas en postulados religiosos y culturales, asuman y reconozcan la vida como valor fundamental, que hace partícipe al ser humano del ecosistema del planeta. Esto,

133 Cicerón, *Sobre la naturaleza de los dioses*, 2.60 (152)

134 Cf. UNESCO, *Carta de la Tierra*. Paris, 2000.

atendiendo a la comprensión colectiva de que “la crisis ecológica es un problema moral”¹³⁵ y que por tanto “la crisis ecológica es una crisis de religación”¹³⁶. De este modo, se invita a asumir que la cuestión ecológica no se limita netamente al terreno de las ciencias empírico-analíticas sino que requiere el desarrollo de competencias desde las racionalidades práctico-moral y estético-expresivas para darle una interpretación crítica y liberadora a lo que acontece hoy por hoy en nuestro mundo.

Todo hombre y toda mujer, creyentes o no creyentes y diversos en raza, sexo, política, cultura y religión, han de comprometerse de modo real y eficaz, conscientes del grito por la vida tanto humana como animal desde la cooperación y administración de la misma¹³⁷. Así comprendido, se entendería que cualquier agresión o divergencia a la vida misma sería una postura en contravía de su propia propuesta moral en razón de no ser coadyuvante de muchas de las orientaciones para consolidar una apuesta ética que sea pilar en la constitución de una auténtica cultura ambiental.

Esta nueva manera de mirar el “ser y estar en el mundo”, se emplaza en el sentido universal de un diálogo abierto y sincero de las diferentes creencias religiosas, que evocando el adeudo divino de cuidar la vida (biota), rescate el compromiso de custodiar la casa (oikos) donde ella misma se desarrolla en beneficio de todo ser creado y reconozca el paso necesario del antropocentrismo al biocentrismo.

Partiendo de lo anterior y bajo la intencionalidad de este documento por aportar a la salvaguarda y comprensión de lo ambiental desde una re-adaptación y re-significación del ser y estar del ser humano en el mundo, deseo nuevamente afirmar en este tercer momento del escrito, que si bien la bioética aúna su esfuerzo interdisciplinario y pluralista al desarrollo tecnocientífico sin desconocer ni negar su evolución pero bajo la máxima ética de no ocasionar daño alguno (*primum non nocere*); urge, en palabras del profesor Tristram Engelhardt, para ella, un proyecto ético que sea capaz de incluir en su diálogo tanto los “amigos morales” como los “extraños morales” en búsqueda de un consenso moral vadeado éste por una *lingua franca* moral¹³⁸.

De este modo, para la Bioética se hace más que necesario, comprender esencialmente que cualquiera que sea el status de las moralidades creyentes o no, éstas “*han proporcionado una forma de mirar el mundo y comprender la propia vida que tiene una fecundidad y unicidad no alcanzada por la filosofía, la ley o el derecho político*”. De igual forma hace un llamado a entender *que dolorosamente “hemos perdido también algo de gran valor: la fe, la visión, las intuiciones y la experiencia de los pueblos y tradiciones enteras que, no menos que las no-creyentes, luchaban para dar sentido a las cosas”*¹³⁹.

Así, en perfecta armonía con esta nueva sapiencia bioética, se asume desde un diálogo interreligioso, el que “*la integridad del discurso creyente conlleva que las convicciones*

135 JUAN PABLO II. “Paz con Dios Creador, Paz con toda la creación”. Mensaje con motivo de la Jornada Internacional de la Paz 1990. Vaticano. 8 de diciembre de 1989.

136 BOFF Leonardo. San Francisco de Asís. Ternura y vigor. Editorial Sal Térrea. Santander. 1994. _____. “Ecología: grito de la tierra, grito de los pobres”. Ed. Trotta. 1997

137 Cf. SANCHEZ Miguel A, La ética del uso de animales con fines científicos. En Cuadernos de Programa Regional de Bioética, No. 3 de 1996. OPS/OMS. Santiago de Chile.

138 ENGELHARDT H Tristram, Los fundamentos de la Bioética. España, Ediciones Paidós, 1995. Págs. 15-30.

139 CALLAHAN, D., Religion and the Secularization of Bioethics, en Hastings Center Report 20, 1990. No 4. Pág. 2

creyentes, no necesitan traducción, sino que deberían mostrarse por prácticas creyentes"¹⁴⁰.

De este modo y en correlación directa con lo religioso, se daría comprensión a lo que precisamente hace el apóstol Pablo, quien tomando libremente de la cultura circundante afirmaciones sobre la moralidad, no sentía que fuese necesario subrayar lo que era únicamente cristiano; y su preocupación principal era discernir lo éticamente apropiado para personas con una identidad religiosa especial. Aunque el cristianismo planteaba cuestiones profundas sobre el poder mundano, la autoridad y los valores, ello no significaba necesariamente que todas las expectativas morales, que no fuesen específicamente cristianas, se dejasen de lado o se considerasen irrelevantes para una forma de vida creyente¹⁴¹.

Por eso afirmo junto con Meeks, que el compromiso religioso por la ética eco-ambiental estriba en su función *de formar comunidades que interactúen con la cultura general de forma provocativa*. Y que por ello, la relevancia de la religión en la Bioética no radica primariamente en ninguna contribución distinta, o específica, al proceso de argumentación moral, ni en mantener comportamientos "religiosos" defendibles sólo por fe, revelación o autoridad eclesial. Más bien, depende de la formación de comunidades socialmente radicales que reten a los valores y modelos dominantes de relación social, no retirándose de la sociedad más amplia o hablando desde fuera, sino participando en ello de forma retadora e incluso subversiva¹⁴².

En palabras de Javier Gafo:

De ahí, la importancia de los sesgos críticos que puede aportar la teología: Una mentalidad judeocristiana puede tener sensibilidades o intereses ante ciertos temas bíblicos, como el bien de la creación, la providencia de Dios, la responsabilidad humana, la finitud y la pecaminosidad humana. Igualmente deben citarse el amor al prójimo, la opción preferencial por los pobres y vulnerables, la misericordia con otros y el arrepentimiento por nuestros pecados. En términos no religiosos, estos temas son: servicio, solidaridad e integración en la comunidad, la dignidad de todo ser humano y la especial entrega a los vulnerables, la sensibilidad hacia nuestra finitud y el reconocimiento de los límites en todo lo que hacemos. Este sesgo cultural es lo primero que debe aportar el teólogo, aunque tenga pocos o ningunos créditos en las decisiones y análisis bioéticos¹⁴³.

Finalmente, y en continuidad con esta manera de mirar el "ser y estar en el mundo", lo moral, y lo religioso puede sumarse al diálogo interdisciplinario de la Bioética, buscando valores ecológicos pero sin arrogarse el derecho de dictaminar y absolutizar normas de moralidad a los individuos o a la sociedad civil¹⁴⁴.

Si bien es comprendido para mi, que por el análisis de la recta razón del creyente, es Dios mismo quien bendiciendo a todo hombre con el Don de la tierra y cuanto en ella existe, le posibilita encontrarlo a El y comprender su Voluntad y consecuentemente, rediseñar su propia condición creatural y, en conciencia, recordar que la responsabilidad del ser humano sobre la creación debe estar mediada por la justicia y la caridad; se trata por lo tanto, de un desarrollo social intencionalmente guiado por principios morales, en

140 Cf. CAMPBELL, C.S., *Religion and Moral Meaning in Bioethics*, en *Hastings Center Report* 20. 1990 No 4, Pág. 5.

141 Cf. *Cor. 5, 11 y 6, 9-10*

142 MEEKS, W., Cf. CAHILL, L.S., *Can theology have a role in public Bioethical Discourse?*

143 GAFO, Javier, *Bioética Teológica*. Universidad Pontificia de Comillas, Madrid 2003. Pág. 75-98.

144 Cf. ECLESALIA, *Mensaje de clausura del XXVI Congreso de Teología "Cristianismo y Bioética" Madrid, 10 de septiembre de 2006*.

donde el actuar humano adquiere un nuevo sentido y una especial importancia dada desde una experiencia del seguimiento religioso. No se trata sólo de utilizar la naturaleza como un medio para garantizar la subsistencia del ser humano social, sin importar las implicaciones de esta apropiación, sino además de hacerlo desde un horizonte de sentido y desde unos principios éticos.

Siguiendo las palabras de la Conferencia Episcopal Latinoamericana, en su informe “El tercer Milenio como desafío pastoral” del año 2000, el cristiano debe girar hacia nuevas perspectivas para asumir la responsabilidad, conjuntamente con los otros hombres por un destino en realidad común, ya que su propio actuar ha de entenderse como habitante de un planeta finito, que hoy tiene conciencia clara de sus límites, e inmerso en un mundo de comunicación instantánea, en donde el ambiente es, al mismo tiempo, fuente de los que lo usamos y necesitamos como también destinatario de lo que producimos y desechamos. La cuestión ambiental, por lo tanto, adquiere un alcance global, en cuanto a que los problemas ambientales no tienen solución exclusiva dentro de las fronteras nacionales gracias a la interdependencia de los factores que los producen y de los efectos que provocan. Para enfrentar de manera exitosa los problemas ambientales globales como el agotamiento de la capa de ozono, la destrucción de la biodiversidad o el cambio climático mundial, se requiere integrar las políticas nacionales a un esfuerzo internacional diferenciado de responsabilidades compartidas y de una cultura de solidaridad mundial.

Igualmente, “la bioética puede sumarse al diálogo interreligioso e intercultural, para ayudar a transformar, a la vista de nuevos datos, algunos de sus paradigmas y conclusiones; pero sin imponer exclusivamente interpretaciones de sentido sobre la vida y la muerte, el dolor, la salud o la enfermedad”¹⁴⁵.

*"Se hace urgente una nueva sabiduría que abogue por el restablecimiento y la salvaguarda de una nueva manera de repensar el conocimiento para el bien social, sobre la base de un conocimiento realista de la naturaleza biológica del hombre y del mundo biológico"*¹⁴⁶.

De este modo, y reconociendo la validez de cada una de sus argumentaciones e intencionalidades, los dos saberes pueden contribuir al discernimiento ambiental mediante la re-dimensionalidad y la re-significación de lo humano, lo animal, lo natural y lo ecológico, mediante tres cualidades:

-El proteccionismo y la preservación de la biodiversidad en donde evitando la degradación del ecosistema se consolide una moralidad frente a su utilización de los recursos como patrimonio de la humanidad.

- El conservacionismo que, tras la búsqueda de esfuerzos y políticas para mantener la mayordomía de los ecosistemas, la biodiversidad y los recursos naturales, apunte hacia la administración y buen uso racional de estos recursos naturales bajo la perspectiva de una sostenibilidad tanto del ser humano como para las demás especies del planeta.

- Por último, la restauración en donde reconocido el daño hecho a la biodiversidad y a los ecosistemas, se apunte a la protección y a la curación de la vida en general y su respectiva dignificación. De igual manera la concientización de la responsabilidad preventiva por parte del ser humano como primer responsable de la supervivencia.

Garante por tanto de una alternativa en pro de lo vital y de una intencionalidad ética y moralmente consensuada que advierta por una reconstrucción ideológica en relación a la re-significación y re-adaptabilidad del ser y estar en el mundo, el diálogo ecológico,

145 MENSAJE DEL XXVI CONGRESO DE TEOLOGÍA, Madrid, 10 de septiembre de 2006

146 Cf. HOTTOIS, Gilbert, *¿Qué es la Bioética?* Librairie Philosophique J. Vrin. 6, place de la Sorbonne. V. Paris, 2004. Traducido al Español: Chantal Aristizabal Tobler, Pag. 15.

interreligioso y bioético, compromete innegablemente a hombres y mujeres contemporáneos de todos los tiempos e hijos de una cultura tecnocientífica, a hacerse conscientes de tener en sus manos el futuro del oikos ambiental y ecológico. De igual forma, responsables del sostenimiento y la permanencia de un mundo más justo y más digno, solícito de acciones eficaces y reales que busquen la armonización de la convivencia, el desarrollo técnico y científico y la sostenibilidad de los recursos humanos y naturales.

Conclusiones

1.- Se hace necesario comprender el giro del conocimiento humano devenido por el replanteamiento tanto de lo subjetivo, como sistema complejo observador, como de lo hermenéutico y reflexivo. Todo ello, esencial para el entendimiento de lo valorativo como elemento vinculante de lo teórico con lo práctico.

2.- Ante el paso de una aprehensión epistemológica de primer orden, transitada ésta por una racionalidad clásica y “objetiva” del conocimiento a otra de segundo orden un tanto más elaborada y compleja que aboga ya no tanto por el objeto en sí del conocimiento sino por el sujeto que observa y sus subsiguientes ópticas y hermenéuticas con respecto a dicha realidad; se propone el acercamiento a una nueva hermenéutica, para la reflexión bioética, que se emplaza en la *conciencia intencional del sujeto*, de cara a la posibilidad del conocimiento y a su subsiguiente aplicabilidad y aprehensión de lo valorativo, lo subjetivo y lo objetivo desde la propia conciencia del individuo. Todo ello, de cara al ofrecimiento de sentido al mundo. Entendido de este modo, entra así en el dialogo bioético objeto-sujeto, la certidumbre de una realidad existencial que no se podría desconocerse: *la concienciación por parte del sujeto que descubre y redescubre tanto el cognoscente como lo cognoscible*.

3.- Si bien es dicho que el giro del conocimiento puede ser consideración importante para la sabiduría bioética, lo es también el hecho de considerarlo como dilema ético de cara a lo paradójico de su aplicabilidad: si el conocimiento humano ha sido génesis de grandes progresos y beneficios para el ser humano, paradójicamente este mismo, en muchos momentos ha devenido sin responsabilidad alguna, transformando realidades tanto personales y comunitarias como ecosistémicas, que con el tiempo han puesto en riesgo el propio éthos vital. Dicho anteriormente, se evidencia en este documento que en muchos momentos la no comprensión racional del desarrollo del ecosistema y del papel tan importante que juega el propio ser humano dentro de su misma evolución, está conduciéndolo a un sin sentido en donde, *perdido de su intencionalidad ética de participación, colaboración y administración de cualquiera de los recursos naturales, así como el respeto a cualquiera de las especies existentes*, se encuentra desprovisto de responsabilidad frente a sus mismas acciones.

4.- Así, y dado que el ser humano en muchos momentos no ha logrado comprender “*su-ser*” y “*su-estar*” en el mundo como una más de las especies vivientes que cohabitan en la naturaleza y que, a diferencia de las demás especies cuenta con la oportunidad de tomar distancia de sus propias acciones (concienciación), urge y demanda por tanto, que sea el mismo ser humano reflexivo, responsable de gran parte del deterioro del ecosistema, quien se entrelace, en conciencia, con la naturaleza y abogue por la vida misma tras la búsqueda de políticas de sostenibilidad ecológica y ambientales.

5.- Si en este escrito se sostiene que el ser humano está llamado a *re-adaptar* y *re-significar* su “ser y estar” en el mundo, una manera de hacerlo es modificar su propio raciocinio; promoviendo así, un giro paradigmático evidenciable en un cambio de modelos y de estructuras a favor de la vida en general tanto de la otredad como de su propia yoeidad. Para enfrentar de manera exitosa los problemas ambientales globales,

como se ha insinuado a lo largo de este escrito, se requiere integrar las políticas nacionales a un esfuerzo internacional diferenciado de responsabilidades compartidas y de una cultura de solidaridad mundial. Y es aquí en donde estaría otro de los grandes aportes de la Bioética, desde su metodología inter y transdisciplinaria en sociedades pluralistas y evolutivas.

6.- Desde una propuesta de concienciación del ser humano, se propone una nueva concepción que conlleve a un cambio intencional, comportamental y epistemológico:

-La re-creación de la conciencia colectiva del ser humano, de cara a la evidente crisis ambiental. Conciencia ésta, dicho anteriormente, que no se ha tomado en serio ni por los individuos ni por las diversas y variadas comunidades sociales y políticas.

- Acompañado a esta conciencia colectiva, se encuentra la actitud de responsabilidad frente a la utilización racional de los recursos naturales por parte de todos y cada uno de los seres humanos que habitamos este planeta: ... *es necesario que el ser humano posea sus pies sobre la tierra de tal manera que sintiéndola, redescubra su pertenencia a ella.*

- Dados estos dos pasos anteriores, se hace posible la construcción de unos mínimos éticos esenciales, que a partir del diálogo incluyente, la comprensión y la apertura de máximos dados por las creencias o confesionalidades basadas en postulados religiosos y culturales, asuman y reconozcan la vida como valor fundamental que hace partícipe al ser humano del ecosistema del planeta. Esto, atendiendo a la comprensión colectiva de que “la crisis ecológica es un problema moral” y que por tanto “la crisis ecológica es una crisis de religación”.

Dicho así, se propone en el documento que todo hombre y toda mujer, creyentes o no creyentes y diversos en raza, sexo, política, cultura y religión, han de comprometerse de modo real y eficaz, conscientes del grito por la vida tanto humana como animal desde la cooperación y administración de la misma. Así, cualquier agresión o divergencia a la vida misma sería una postura en contravía de su propia propuesta moral en razón de no ser coadyuvante de muchas de las orientaciones para consolidar una apuesta ética que sea pilar en la constitución de una auténtica cultura ambiental.

7.- Esta nueva manera de mirar el “ser y estar en el mundo”, se emplaza en el sentido universal de un diálogo abierto y sincero de las diferentes creencias religiosas, que evocando el adeudo divino de cuidar la vida (biota), rescate el compromiso de custodiar la casa (oikos) donde ella misma se desarrolla en beneficio de todo ser creado y reconozca el paso necesario del antropocentrismo al biocentrismo. De este modo, para la Bioética se hace más que necesario, urgente, comprender esencialmente que cualquiera que sea el status de las moralidades creyentes o no, éstas desde su definición han aportado a la comprensión del mundo y de la propia vida.

8.- De este modo, y reconociendo la validez de cada una de sus argumentaciones e intencionalidades, los dos saberes pueden contribuir al discernimiento ambiental mediante la re-dimensionalidad y la re-significación de lo humano, lo animal, lo natural y lo ecológico, mediante tres cualidades: el proteccionismo y la preservación de la biodiversidad, el conservacionismo y la restauración.

9.- Dicho así, el diálogo ecológico, interreligioso y bioético, compromete innegablemente a hombres y mujeres contemporáneos de todos los tiempos e hijos de una cultura tecnocientífica, a hacerse conscientes de tener en sus manos el futuro del oikos ambiental y ecológico. De igual forma, responsables del sostenimiento y la permanencia de un mundo más justo y más digno, solícito de acciones eficaces y reales que busquen la armonización de la convivencia, el desarrollo técnico y científico y la sostenibilidad de los recursos humanos y naturales.

Bibliografía

1. ACOSTA, J. Ramón. Una mirada al gen egoísta del mundo global. Boletín de la Sociedad Cubana de investigaciones filosóficas. La Habana, 2004
2. BAUM, Gregory. *La Antropología del Vaticano II*, citado por DUNPHY, William. *La nueva moral*. Ed. Sígueme, Salamanca 1972, pp. 127-128.
3. BEAUCHAMP André. *El creyente ante la creación*. Mensajero. Bilbao. 1999.
4. CALLAHAN, D., Religion and the Secularization of Bioethics. En Hastings Center Report 20, 1990 No 4.
5. CAMPBELL, C.S., Religion and Moral Meaning in Bioethics. En Hastings Center Report 20. 1990 No 4.
6. CICERÓN, *Sulla natura degli Dei* (ed. de H. Pizzani), Milán, Arnoldo Mondadori editore, 1967.
7. CONCILIO VATICANO II, *Constitución Dogmática Dei Verbum y Constitución Pastoral Gaudium et Spes*.
8. DELGADO, D. Carlos, Hacia un nuevo saber. La bioética en la revolución del saber. Universidad El Bosque. Bogotá. Colección Bios y Éthos 2.
9. ECLESALIA., Mensaje de clausura del XXVI Congreso de Teología "Cristianismo y Bioética" Madrid, 10 de septiembre de 2006.
10. ENGELHARDT H Tristram, Los fundamentos de la Bioética. España, Ediciones Paidós, 1995.
11. GAFO, Javier., Bioética Teológica. Universidad Pontificia de Comillas, Madrid 2003. Pág. 75-98.
12. HOTTOIS Gilbert., Conflictos y bioética en un mundo postmoderno, Colección Bios y Éthos, Ediciones el Bosque, Bogotá, 2004. Vol. 19. Traducido del Conflits et bioethique dans un monde postmoderne.
13. HOTTOIS, Gilbert, ¿Qué es la Bioética? Librairie Philosophique J. Vrin. 6, place de la Sorbonne. V. Paris, 2004. Traducido al español: Chantal Aristizabal Tobler.
14. HUSSERL, EDMUND. Investigaciones lógicas. Alianza. Madrid. 1985.
15. MEEKS, W., Cf. CAHILL, L.S., Can theology have a role in public Bioethical Discourse?
16. PLATÓN, Diálogos (Filebo, Timeo, Critias), Planeta-DeAgostini, 1996 (Gredos, 1992).
17. POTTER, V. R., Bioethics: Bridge to the Future. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J. 1971.
18. ROLDAN G, Santiago., *Teología e Bioética*. Cadernos Teologia Pública- Universidade do Vale do Rio dos Sinos-Instituto Humanitas Unisinos. Universidade do Vale do Rio do: v.14, p.5 - 21, Brasil, 2005.
19. ROLDAN G, Santiago., Por una comprensión del hombre y su responsabilidad frente a lo Creado. Una Reflexión Ecoteológica desde la Teología Moral. Revista Seminario Mayor de la Arquidiócesis de Medellín. 2007.
20. SANCHEZ Miguel A., La ética del uso de animales con fines científicos. En Cuadernos de Programa Regional de Bioética, No. 3 de 1996. OPS/OMS. Santiago de Chile.
21. SINGER, Peter., Ética Práctica. Ed. Cambridge University Press, Gran Bretaña, 1995. Segunda Edición. Traducción de Rafael Herrera.
22. UNESCO, Carta de la Tierra. París, 2000

Bibliografía sugerida:

1. ASIMOV, Isaac. La última pregunta. 1956.

2. BOFF Leonardo. *San Francisco de Asís. Ternura y vigor*. Editorial Sal Térrea. Santander. 1994.
3. CARREIRA, Manuel. “*El hombre en el cosmos*”. Colección Fe y Secularidad No. 37. Sal Térrae: España, 1997.
4. COMPAÑÍA DE JESÚS (secretariado para la Justicia Social). “*Vivimos en un mundo roto: Reflexiones sobre la Ecología*”. Revista “*Promotio Iustitiae* No 70. Roma, Abril 1999.
5. HOTTOIS Gilbert., *¿Biomedicina o Biotecnología aplicada al hombre?* Colección Bios y Éthos. Ediciones el Bosque, Bogotá, 2004. Vol. 22.
6. La TORRE Maria Antonietta. *Ecología y moral*. Desclee de Brouwer. Bilbao.1993.
7. LOVELOCK James y MARGULIS Lynn., *Teoría Gaia*, 1969. Publicada en 1979.

PROPUESTAS DESDE LA BIOÉTICA POR EL CASO FUKUSHIMA

Dra. Ángela Beatriz Silva García .Dra. Beatriz Eugenia Cárdenas Morales. Dra. María del Carmen Cid Velasco.

Docentes de la Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad Autónoma “Benito Juárez” de Oaxaca, México.

Correo beasilga@hotmail.com

Introducción

La Bioética es una inter-disciplina e incluso puede decirse que es una trans-disciplina, que analiza la conducta humana respecto a su vida misma, a su salud y a la responsabilidad que tiene sobre la vida de otras especies.¹⁴⁷

La Bioética nace como ese término acuñado por Van Rensselaer Potter en 1970, considerándola como una ética médica en el contexto de la biotecnología. Su objetivo era poner límites a la práctica médica y de la investigación científica para poder construir “el puente hacia el futuro”. Potter considera que los límites de la ciencia deben ser éticos.¹

En la actualidad se reconoce que se refiere a la praxis humana con respecto a la vida en general, reconociendo su inter y trans-disciplinariedad.

Una “ética del ambiente” o “ecoética”, debe encontrarse en la agenda de todo planificador de la ciencia y la técnica futuras. Los controles adecuados, la limitación de la depredación del planeta, el riesgo a la salud de las poblaciones presentes y futuras, constituyen aspectos sustantivos de una ética ambiental. Como las futuras generaciones no pueden hoy argumentar o defenderse, la defensa de sus derechos y deseos corre a cuenta de nuestra capacidad para anticiparlos o imaginarlos. Saber cómo será la humanidad futura, qué ambientes heredará y de qué adelantos técnicos gozará, será tarea para la ecoética.¹⁴⁸ La Bioética es un movimiento internacional que ha alcanzado un reconocimiento considerable debido a que fomenta la reflexión ética sobre diversos problemas entre ellas el cuidado del medio ambiente. Hay una creciente preocupación por fortalecer el respeto al cuidado de la ecología y los demás seres y organismos vivos para la conservación y mantenimiento del planeta y la humanidad. Ha contribuido a formar conciencia ecológica. La Bioética analiza la conducta humana respecto a su vida misma, a su salud y a la responsabilidad que tiene sobre la vida de otras especies. Los daños sufridos por la central nuclear en Fukushima, Japón, debido al terremoto y tsunami posterior al mismo, han puesto en discusión, el empleo de este tipo de energía por las naciones del mundo.

El sismo de 9 grados Richter ocurrido el 11 de Marzo del 2011, y el Tsunami consecutivo, mostraron sin lugar a dudas la vulnerabilidad de las plantas nucleares ante este tipo de fenómenos. No existe en el mundo un equipo de protección personal, que pueda eliminar por completo la exposición a las radiaciones.¹⁴⁹

Se han identificado presencia de radioisótopos en el agua, leche y legumbres, en regiones cercanas a la planta nuclear de Fukushima, identificada como la más dañada en Japón. El daño producido a trabajadores de la planta ha sido grave, tanto el que se presenta en forma inmediata como las repercusiones que tiene sobre la salud a largo plazo.³

¹⁴⁷ Kutty P. *Introducción a la Bioética*. México. Méndez Editores. 3ª edición, 2009: 15-40.

¹⁴⁸ Lolás F. *Bioética: el diálogo moral en las ciencias de la vida*. Chile. Ed. Mediterráneo 2ª Ed. 2001: 63-71.

¹⁴⁹ Appel M. Pronósticos que aterran. *Rev. Proceso*. Semanario. 2011(1749):42-45

Principios Bioéticos

¿Cómo se encontrará la **No Maleficencia, la Beneficencia, la Justicia y la Autonomía** propuestos por la Bioética en estas situaciones con gran daño ecológico y de los seres vivos?

La **No Maleficencia**, surgido del Juramento Hipocrático hace muchos años, “**primun non nocere**” **primero no dañar**, es considerado el más importante de los principios Bioéticos, porque no hacer daño está próximo a hacer el bien.²

La **No maleficencia** se encuentra muy comprometida en casos de la exposición a materiales radioactivos que dañan todo lo vivo, produciendo en ellos daño inmediato y tardío. El destino de la energía nuclear está en entredicho, los eventos de la planta de Fukushima nos hace reflexionar sobre si no serán mayores los daños a los posibles beneficios que se obtengan de ella.³

El manejo y almacenamiento de residuos radiactivos puede contribuir al deterioro del ambiente, además de ser un proceso costoso. Los reactores que utilizan uranio estiman que el costo de combustible para su funcionamiento es de 30 a 60 millones de dólares. La extracción, tratamiento y transporte de uranio son actividades que producen emisiones de carbono, contaminando el ambiente. A pesar de la relativa seguridad de los reactores modernos, siempre existe la posibilidad de un accidente, o desastres provocados por la naturaleza, sin embargo el principal temor son los ataques terroristas.¹⁵⁰

En México tenemos una planta nuclear, llamada Laguna Verde, su política al respecto no es la adecuada para este tipo de energía, pues la investigación científica en el área de energía nuclear se encuentra en el abandono por la reducción presupuestaria.³

Durante millones de años, los seres vivos hemos soportado la radiactividad natural de la corteza terrestre y de los rayos cósmicos. La exposición a altas dosis de radiación aumenta la tasa de cáncer y pueden producir otros trastornos de tipo genético. Los efectos de la radiactividad no son siempre perjudiciales ya que si empleamos la dosis y forma adecuada, puede ser utilizada en distintos campos:

-En medicina se utiliza para el tratamiento y diagnóstico del cáncer, el estudio de órganos y la esterilización del material quirúrgico.

- En la industria se emplean radiografías para examinar planchas de acero, soldaduras y construcciones.

En química se emplea para investigar mecanismos de reacción y fabricar productos químicos.^{151,152}

Efectos sobre el hombre: Según la intensidad de la radiación y su localización (no es lo mismo una exposición a cuerpo entero que una sola zona), el enfermo puede llegar a morir en el plazo de unas horas a varias semanas. Y en cualquier caso, si no sobreviene el fallecimiento en los meses siguientes, si el paciente logra recuperarse, sus expectativas de vida habrán quedado sensiblemente reducidas. Tenemos efectos inmediatos y también tardíos por la exposición a radioactividad.

Los efectos nocivos de la radioactividad son acumulativos. Esto significa que se van sumando hasta que una exposición mínima continua se convierte en peligrosa después de cierto tiempo. Exposiciones a cantidades no muy altas de radioactividad por tiempo prolongado pueden resultar en efectos nefastos y fatales para el ser humano. La siguiente lista describe las condiciones que se pueden expresar cuando uno es víctima de enfermedad por radiación.^{5,6}

¹⁵⁰ Santoyo E, Torres I. Ventajas y riesgos de la energía nuclear. México. *Rev. Muy interesante* .2001(5): 90.

¹⁵¹ García R, Gross P. Enciclopedia de las ciencias.1983. tomo 2 y 3

¹⁵² Monreal J L. Enciclopedia Océano de la ecología.1998

Síntomas digestivos: náuseas, vómitos, diarrea, pérdida de la mucosa intestinal, daño al conducto intestinal.

Neurológicos: cefalea, convulsiones, delirio, daño cerebral.

Hematológicos: reducción de glóbulos rojos y de glóbulos blancos en sangre, hemorragias y leucemia.

Piel y anexos: quemaduras, pérdida de pelo, cambio de coloración de la piel, pérdida de la dentadura. Cambio de color en el pelo, haciéndolo grisáceo.

Sistema reproductivo: esterilidad, mutaciones genéticas, malformaciones genéticas.

Otros: diferentes tipos de cánceres, cataratas e infecciones bacterianas.^{5,6}

Efectos sobre los animales: Los líquenes que forman parte de la alimentación de los animales, son muy vulnerables a la contaminación radiactiva. De ahí que muchos renos de Laponia, que se alimentan de ellos, por eso llamados musgos de reno, hubieran de ser sacrificados tras el accidente de Chernobyl (Ucrania).

Si los animales han sido irradiados, a los pocos días o semanas presentarán diarrea, irritabilidad, pérdida de apetito y apatía, pudiendo quedar estériles para más o menos tiempo según su grado de exposición. Si es así los órganos internos estarán contaminados y algunos elementos radiactivos (como el estroncio) se habrán introducido en los huesos, donde permanecerán durante toda la vida mermando las defensas del organismo y haciéndole presa fácil para las enfermedades infecciosas. Por eso, si se han de consumir animales habrán de evitarse tanto los huesos como sus órganos. La única solución para eliminar la radiactividad es el tiempo y los cuidados, además de no seguir expuesto a productos radioactivos.^{5,6}

La Beneficencia que pueden lograr los reactores nucleares es 16% de la energía eléctrica mundial, la cual se produce por fisión nuclear. Existen 442 plantas nucleares en el mundo, además hay que mencionar que 65 plantas actualmente se encuentran en construcción. La generación de energía eléctrica por medio de plantas nucleares no produce dióxido de carbón residual, el principal gas de efecto invernadero, por lo tanto no contribuye al calentamiento global ni al cambio climático. El índice de accidentes es mínimo, si se considera que tras 60 años de historia solo han ocurrido tres accidentes graves en la historia de la energía nuclear de uso civil: Three Mile Island en 1979 en USA; Chernóbil en 1986 en Ucrania y Fukushima en 2011 en Japón.⁴

Con respecto a la **Autonomía**, también se ve afectada, ya que no se tienen consensos acerca de la utilización de este tipo de energía, sólo lo deciden los gobiernos de los países, actualmente sabemos por la prensa escrita de la gran oposición que se tienen por diferentes grupos de ecologistas y asociaciones similares. Alemania reporta que renuncia a la energía atómica, gradualmente cerrará sus reactores nucleares y a más tardar en 2022, habrá cerrado los últimos. La primera ministra Merkel, señaló que tras el desastre de Fukushima a raíz del terremoto y posterior tsunami del pasado 11 de Marzo (2011), se hizo prioritario reconsiderar el papel de la energía atómica y estimó que el viraje a un futuro sin energía nuclear, convertirá a Alemania en una nación precursora en materia de política energética.¹⁵³

La Justicia, otro de los principios de la Bioética tampoco se respeta, ya que los daños se distribuyen entre todos los que se encuentran cerca de un desastre nuclear, incluso los niños que están por nacer. Se puede considerar que el sector beneficiado es menor al sector que se puede dañar, la población beneficiada es la urbana, sobre todo los grandes comercios, sin embargo la población afectada es la rural que se encuentra cerca de una planta nuclear dañada. La relación de costo/beneficio está invertida pues el costo es

¹⁵³ Periódico *La Jornada*. Circulación nacional. México. Noticia de agencia Reuter. México. 31 de Mayo del 2011

elevado no sólo en lo económico, sino en salud, bienestar, condiciones sociales y el beneficio que se genera puede considerarse mucho menor.¹⁵⁴

Propuestas desde la Bioética

La Bioética del medio ambiente propone el cuidado de la ecología ya que éste, mantiene una estrecha relación con la salud de los seres vivos que lo habitan y quien propone también la formación de una conciencia ecológica.¹⁵⁵

La utilización de otras fuentes de energía que eviten daño y la destrucción del medio ambiente como lo hemos visto con la utilización de la energía nuclear, es motivo de reflexión. Después de hacer un análisis de los efectos nocivos de la radioactividad en los seres vivos, desde la Bioética se plantean propuestas amigables con nuestra ecología.

El caso del daño a la planta nuclear de Fukushima entre las más afectadas en Japón, secundaria al terremoto sufrido en el mes de Marzo del 2011, nos ilustra los efectos nocivos de la radioactividad en los seres vivos, tanto en efectos inmediatos como en los tardíos. La respuesta global no se hizo esperar, ya que a la fecha han habido manifestaciones populares en contra del empleo de energía nuclear.⁷

De esta forma los ciudadanos conscientes del daño que pudieran sufrir en el futuro, manifiestan su autonomía, en un colectivo que llegó a consenso de querer evitar la depredación de nuestro planeta por situaciones como la de Fukushima. Este tipo de Autonomía se sale de las decisiones sobre su propio cuerpo, para extenderse hacia el exterior de él, así que se convierte en una autonomía energética ejercida en el exterior del cuerpo, que se une a la **Beneficencia** porque se extiende hacia el cuidado del mundo que le hemos de dejar a nuestros hijos y nuevas generaciones por venir, quienes recibirían el bien heredado por nuestra generación. Puede considerarse como una **Autonomía Colectiva**, que no se agota en nuestro cuerpo, sino que expresa también nuestra capacidad de decisión con respecto al medio ambiente en el que vivimos, ya que al considerarnos parte de nuestro planeta y por el sentido de pertenencia a él, podemos cuidarlo en forma colectiva. Esto nos daría también la posibilidad de satisfacer una necesidad humana de trascendencia, en donde el beneficio que se genere tendría las características de una **Beneficencia Trascendente** porque se va a generaciones venideras que ni siquiera conoceremos.

El calor de la tierra no sólo se considera una energía teóricamente inagotable y de amplia disponibilidad, sino que además es amigable con el ambiente: evita los gases de efecto invernadero como el dióxido de carbono. Estas diferencias con respecto a los combustibles fósiles como el carbón y el petróleo lo ponen en la mira de los países que optan por las energías renovables.

La energía geotérmica puede ser utilizada las 24 horas del día de los 365 días del año, la energía solar, eólica e hidráulica están sujetas a variaciones que alteran su eficiencia.¹⁴

Sin embargo pueden considerarse fuentes de energía alternativas a la nuclear.

Los recursos geotérmicos de Estados Unidos de América generarían la suficiente electricidad para abastecer al mundo durante muchos años.¹⁵⁶

En el mundo globalizado que tenemos actualmente, está caracterizado por ser consumista y en él nos enfrentamos a cuatro riesgos: **El ecológico**, pues estamos esquilmando las fuentes de riqueza, estamos acabando con el desarrollo sostenible y

¹⁵⁴ Kerber V. Japón: el pánico “civilizado”. *Rev. Proceso*. México, 2011 (17949):52-54

¹⁵⁵ Luengas I, Feinholz D, Soberón G. Características de la Bioética. México. *Rev. Debate Bioético*. 2007 (2)Julio/Sep: 5-25

¹⁵⁶ Santoyo E, Torres I. *Escenario futuro de la explotación de la energía geotérmica: hacia un desarrollo sustentable*. Centro de Investigación en energía de la UNAM. México. Publicado en la *Rev Muy interesante* (5).2011:40-42

llenándonos de desechos tóxicos.¹⁵⁷ **El riesgo racial**, pues la biotecnología ofrece la posibilidad de una eugenesia liberal. **El riesgo bélico**, pues ahora es posible crear armas de destrucción masiva y el **riesgo económico**, pues la economía es sumamente inestable, solo 20% de la población puede tener trabajo calificado, existen muchos excluidos por esta situación.

Esperemos que tengamos en cuenta el riesgo ecológico como tema de este trabajo y que el caso Fukushima no vuelva a repetirse, para que desde la Bioética podamos proponer mejores condiciones de vida para los humanos y demás seres vivientes con quienes compartimos el planeta tierra. Es necesario crear una cultura bioética, en donde se fomente la actitud responsable y considerar las consecuencias de las acciones y decisiones.

Conclusiones

En resumen desde la Bioética se propone la **utilización de otras fuentes de energía** y no la nuclear, por los daños que ésta puede ocasionar.

Una **Autonomía Colectiva**, que se una a otras autonomías que coincidan con la nuestra para el cuidado de la ecología.

Por último una **Beneficencia Trascendente**, que cuide al mundo para generaciones venideras.

Agradecimientos

Agradecemos al Dr. Alejandro Mayoral Silva, Jefe de Anestesiología del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, México, miembro del comité de Bioética del Hospital. Prof. titular de Anestesiología por la Universidad Nacional Autónoma de México. Por su participación en la selección y revisión de la bibliografía.

Bibliografía

- 1.-Appel M. Pronósticos que aterran. *Rev. Proceso*. Semanario. México. 2011(1749):42-45.
- 2.- Cortina A. *Viabilidad de la ética en el mundo actual*. Siena editores. Puebla, México. 2006:5-26.
- 3.- García R, Gross P. *Enciclopedia de las ciencias*.1983. Tomo 2 y 3.
- 4.- Kerber V. Japón: el pánico “civilizado”. *Rev. Proceso* .No. 1794:52-54.
- 5.- Kutty P. *Introducción a la Bioética*. México. Méndez Editores.3ª edición.2009: 15-40.
- 6.- Lolas F. *Bioética: el diálogo moral en las ciencias de la vida*. Chile. Ed. Mediterráneo.2001:63-71.
- 7.-. Luengas I, Feinholz D, Soberón G. Características de la Bioética. México .*Rev. Debate Bioético*. No.2 Julio/Sep. 2007: 5-25.
- 8.- Monrreal J L. *Enciclopedia Océano de la ecología*.1998
- 9.- *Periódico La Jornada*. Circulación nacional. México. Noticia de agencia Reuter. México.31 de Mayo del 2011.
- 10.-Santoyo E, Torres I. *Escenario futuro de la explotación de la energía geotérmica: hacia un desarrollo sustentable*. Centro de Investigación en energía de la UNAM. México. Publicado en la *Rev. Muy interesante* (5).2011:40-42.
- 11.- Santoyo E, Torres I. Ventajas y riesgos de la energía nuclear. México. *Rev. Muy interesante* .2011 (5): 90.

¹¹ Cortina A. *Viabilidad de la ética en el mundo actual*. México, Siena Editores,2006: 5-26

Parte 2º:- CUESTIONES ÉTICAS AL INICIO DE LA VIDA

PRINCIPIOS TEÓRICOS OPERATIVOS PARA ORIENTAR LA REFLEXIÓN BIOÉTICA CLÍNICA EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN NEONATAL

Autora Dra. Carmen Barraez de Ríos

Universidad de Carabobo, Valencia Venezuela

carmenbarraez500@gmail.com

Introducción

El período perinatal, tiene una influencia decisiva en la vida del ser humano, en su desarrollo físico, neurológico, mental y espiritual, lo que condiciona fuertemente su futuro. Cualquier incidente mórbido ocurrido en este período puede condicionar la percepción que un ser humano tiene de si mismo y su capacidad creativa de adaptación a las situaciones por resolver que la vida le plantea, en la búsqueda de la felicidad. Es una necesidad realizar investigaciones en el área perinatal que faciliten las intervenciones efectivas, mediante la creación de soluciones originales que permitan resolver los problemas planteados en la atención neonatal. Toda intervención en los niños de este grupo etario puede generar daños con facilidad, es difícil precisar cuando se están beneficiando, porque no pueden comunicarlo verbalmente, es necesario averiguarlo por otros medios, por tanto el trabajo con estos pacientes es muy delicado y especializado. En su atención participan varios médicos con diferente formación, así como otros profesionales de la salud cuya experiencia e intuición juegan un papel muy importante en la toma de decisiones acertadas para el niño. La biotecnología y la organización de los servicios de salud ocupan un lugar muy importante, en el manejo de los recién nacidos enfermos.

En cierto sentido toda práctica médica y quirúrgica es experimental, por cuanto cada paciente es único, es necesario que los integrantes del equipo compartan las orientaciones éticas, hacen falta conocimientos y valores compartidos que faciliten las discusiones para tomar las mejores decisiones. Los diagnósticos y la terapéutica están orientados por los estudios empírico analíticos que son probabilísticos, pero cada paciente constituye una circunstancia particular, no es posible garantizar que su respuesta será la señalada en las publicaciones revisadas, la propia palabra práctica médica nos recuerda este concepto¹⁵⁸.

Los grandes avances en la neonatología han permitido aumentar el número de recién nacidos enfermos tratados satisfactoriamente. La mayoría alcanza una vida normal y productiva, cuando reciben los cuidados familiares y el apoyo psicosocial adecuado. El enorme progreso tecnológico que alcanzó esta especialidad con el avance de los conocimientos en fisiología y fisiopatología del recién nacido y el prematuro, los cuidados intensivos, y la aplicación de la tecnología al control y cuidado de estos niños, generó que de una actitud mas bien pasiva del médico, se pasara a una conducta altamente intervencionista, con los nuevos y complicados medios terapéuticos.

En la medida que aparecen nuevas tecnologías, es necesario decidir que bebés se beneficiarán realmente con ellas, con mayor probabilidad de sobrevivir exitosamente. Su uso propicia la aparición de muchas interrogantes de carácter moral, que

¹⁵⁸ Reitsma, A, et. al. *Investigación materno-fetal y políticas de protección en investigación humana*. 2003. Frank A. Chervenak y Laurenace B. McCullough, editores. Clínicas de Perinatología. La Ética en la Medicina Perinatal. Madrid: Mc Graw Interamericana. (1):137-148

anteriormente no se suscitaban, y quizás al poner en primer plano lo experimental se pudiera haber legitimado una ética positivista del saber-hacer exitosamente y haberse suplantado la ética tradicional del ser.

Cuando la atención médica se hace interdisciplinaria y transdisciplinaria, como consecuencia del desarrollo de la tecnociencia, la toma de decisiones se hace más compleja. El sistema de ideas (teorías, doctrinas, ideologías) que subyace en el pensamiento de cada profesional, hace que filtre o se centre en algunas informaciones, recabadas antes o durante su relación con el trinomio niño-padres y con los otros integrantes del equipo, que modelan la interpretación de las mismas, a su vez orientan la dirección de sus decisiones en acuerdo con sus valores.

El propósito de la presente ponencia es presentar los resultados de una investigación que estuvo dirigida a generar una propuesta de principios teóricos operativos para orientar la reflexión bioética clínica de los profesionales comprometidos en la atención neonatal, que elaboré para obtener el nivel académico de Doctora en Ciencias Médicas en la Universidad de Carabobo¹⁵⁹. La motivación para realizar esta investigación me surgió como consecuencia de haber observado dificultad en el uso práctico de los principios bioéticos clásicos, evidenciado en las referencias al tercer nivel de atención médica de pacientes que no requerían atención especializada, a la hospitalización de pacientes que no necesitaban de la misma, al uso desproporcionado de las nuevas tecnologías y a la dificultad en aplicar limitación del esfuerzo terapéutico cuando estaba indicado.

La investigación en la atención de salud se hace a partir del contexto real. Las características de la atención neonatal me orientaron para abordarla con un enfoque complejo dialógico, cuya matriz epistémica es la complejidad, paradigma que caracteriza la atención neonatal. Como investigadora enmarcada dentro de esta matriz epistémica me situé, como médico Jefe del Servicio de Neonatología, en el centro del proceso productivo del conocimiento. Dialogué con lo que consideré la realidad, acogida a la lógica configuracional para la cual no hay reglas a priori que pudiera seguir, en la búsqueda de los principios teóricos operativos que han orientado mi reflexión bioética clínica y me permitieron convivir satisfactoriamente con la responsabilidad de coordinar un servicio de atención neonatal extramural, en el tercer nivel de atención médica, durante veintinueve años.

Esta tesis está estructurada en cinco capítulos: el Capítulo I presenta el planteamiento del problema, los propósitos y la delimitación de la investigación. El Capítulo II se refiere al marco teórico referencial que sirve de soporte a este estudio, incluye: los antecedentes relacionados con bioética en la atención neonatal, describe una serie de publicaciones en textos y en revistas que constituyen una actualización del tema de estudio; una síntesis que considero introductoria para conocer conceptos básicos de Moral, Ética y Bioética y sus Principios, algunos aspectos orientadores de Persona y Dignidad, el Proceso Vital Humano y el Fin de la Persona; Concepciones Culturales relacionadas con la investigación representadas por los antecedentes históricos de la atención neonatal, la organización de la atención neonatal y las bases legales de la misma; una revisión de conceptos relacionados con la toma de decisiones en la atención médica neonatal. El capítulo III describo el proceso metodológico. En el Capítulo IV presento los Productos de la Investigación de acuerdo a los momentos operativos de la misma denominados: epistemológico, de narrativa testimonial, epistolar, investigaciones en equipo, construcción de los Principios Teóricos Operativos para orientar la Reflexión Bioética Clínica en la atención neonatal y sus relaciones con los principios clásicos de la Bioética Clínica, configuración de una propuesta práctica de los

¹⁵⁹ Barráez, C.G. *Principios teóricos operativos para orientar la reflexión bioética en el contexto de la atención neonatal*. 2008. Tesis Doctoral. Dirección de Postgrado. Universidad de Carabobo.

principios teóricos operativos construidos. En el Capítulo V expongo mis vivencias como investigadora durante la elaboración de la Tesis Doctoral.

Los planteamientos teóricos relacionados con la toma de decisiones en el campo neonatal desde una concepción filosófica compleja, posiblemente aportarán elementos de orientación que favorecerán un mejor y adecuado cumplimiento de las exigencias médicas profesionales y académicas que se presentan en los servicios neonatales, y contribuirán a optimizar la asistencia médica prestada a los recién nacidos. En este trabajo sintetizo los aspectos más relevantes de mi tesis doctoral, considero que en ellos se evidencia el paradigma epistemológico utilizado.

Proceso metodológico

En este segmento presento el conjunto de operaciones y procedimientos racionales, abductivos, intuitivos y sistemáticos que utilicé para llevar a cabo la presente investigación. Aquí describo, explico y justifico cada uno de los pasos realizados por mí para concluir esta producción intelectual.

La presente investigación fue abordada con un enfoque complejo dialógico, la matriz epistémica de la misma es la Complejidad, cuyo paradigma caracteriza el problema que plantea la atención neonatal. Como investigadora, enmarcada dentro de esta matriz epistémica, estuve colocada en el centro del proceso productivo del conocimiento, dialogué con la realidad, me acogí a la lógica configuracional, para la cual no hay reglas a priori que se puedan seguir. Las estrategias y métodos fueron apareciendo sugeridos por la realidad vivida, en función de dar respuestas a los problemas que aparecían en la cotidianidad de mi trabajo médico.

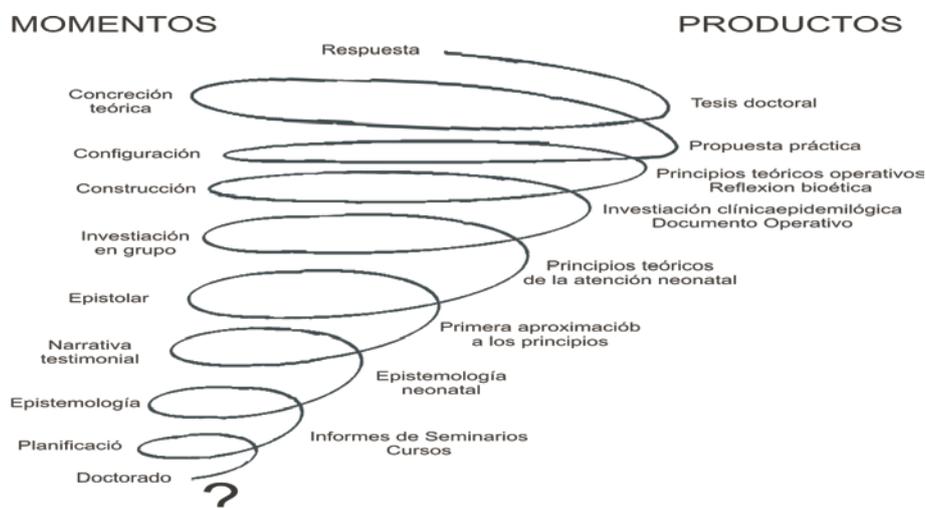
Los profesionales de la salud necesitamos conocer y practicar la lógica configuracional, sin dejar de utilizar la lógica lineal que aporta numerosas herramientas que han facilitado los avances en la atención médica que hoy conocemos. Pienso que podremos avanzar en la solución de los problemas de salud-enfermedad si logramos comprendernos como personas integrales capaces de manejar la complejidad de la vida. Utilicé diversas formas metódicas para abordar los diferentes momentos de la investigación, de acuerdo a las experiencias vividas como Jefe del Servicio Extramural de Neonatología. Manejé formas diferentes de análisis, a continuación las menciono: análisis documental, método comparativo continuo de Strauss y Corbin, análisis descriptivo, análisis de contenido; cada una de esas metodologías aportaron sus productos teóricos que, finalmente al integrarlos, me permitieron cumplir con el objetivo planteado. Para facilitar la comprensión del proceso de esta investigación elabore el cuadro sinóptico que a continuación presento:

Cuadro 1
Sinopsis del Proceso Metodológico

MOMENTOS	ACTIVIDADES	PRODUCTO	JUSTIFICACIÓN	PROCESO DEL PENSAMIENTO	INFORMANTES CLAVES
1. Planificación	- Caracterización y formulación del problema. - Capacitación. - Asistencia a Congresos y Jornadas.	- Informe de cada Seminario de Investigación. - Curso de teoría fundamentada y de ATLAS/ti.	Profundizar el análisis del discurso.	Hermenéutico y praxis.	Bibliografía específica. Facilitadores de cursos. Ponentes. Doctorandos.
2. Epistemológico	- Abordaje teórico-conceptual. - Abordaje operativo.	- Ensayo: Aproximación a la Epistemología de la Neonatología.	Precisar el enfoque de investigación (pensamiento complejo)	Hermenéutico	Bibliografía específica.
3. Narrativa testimonial	- Describir los recuerdos de actividades y reflexiones sobre la actividad médica en la atención del recién nacido. - Búsqueda de fortalezas filosóficas adquiridas para dar respuesta a dilemas éticos. - Producción de teoría fundamentada en datos.	- Ponencia: Primera Aproximación a unos Principios teóricos para Orientar la Reflexión Bioética Clínica en la Atención Neonatal.	Presentación en Jornadas y Congresos. Construcción teóricas.	Fenomenológico. Comparativo continuo (codificación abierta selectiva) Abducción.	Autora de la tesis.
4. Epistolar	- Análisis del discurso para producción de teoría, mediante el análisis de comunicaciones recibidas y enviadas sobre casos dilemáticos.	- Principios teóricos operativos para orientar la reflexión clínica en la atención neonatal.	Confirmación y ampliación de la primera aproximación teórica.	Comparativo continuo (codificación abierta y axial). Intuición. Abducción.	Padres, representantes. Fiscales. Médicos. Enfermeros(as).
5. Investigación en equipo	- Tutoría de tesis. - Coordinación de grupo de discusión para elaborar normas.	- Investigación clínico-epidemiológica. - Documento operativo para la atención neonatal.	Validación interna de los principios descubiertos.	Análisis descriptivo. Hermenéutico. Deliberativo.	Médico Residente. Neonatólogos.
6. Momento de Construcción	- Análisis de toda la teoría obtenida para unirla y construir los principios buscados. - Establecer las relaciones de los principios construidos con los principios bioéticos tradicionales.	- Principios teóricos operativos para orientar la reflexión bioética clínica en la atención neonatal.	Integración teórica.	Hermeneutico analítico, evaluador, comparativo, síntesis.	Diálogo complejo entre los momentos.
7. Configuración de una propuesta práctica	- Evaluación integral. - Evaluación de fuentes informativas. - Elaboración de infograma.	- Propuesta operativa práctica para la toma de decisiones en la atención neonatal.	Concretar una propuesta clínicamente práctica y filosóficamente compleja.	Abducción. Evaluación. Síntesis.	Diálogo complejo entre recién nacido, cuidadores, incertidumbre.
8. Concreción teórica	- Evaluación del informe del Seminario Tutorial IX. - Ajustar la introducción, los propósitos específicos. - Actualización de referencias bibliográficas. - Ampliación del marco teórico referencial. - Elaboración de los momentos 6 y 7. - Concreción del proceso metodológico. - Corrección, de acuerdo a sugerencias del tutor y los evaluadores.	- Tesis Doctoral	Culminar mi sueño académico.	Evaluación. Integración. Hermenéutica. Heurística.	Diálogo complejo entre todos los momentos.

Lo narro por los momentos vividos, de acuerdo al nombre que me surgió en el momento investigativo, que considero señala la esencia de lo que para mí representó cada uno de ellos. Toda la investigación fue un proceso emocionante e interesante, pero también de mucho esfuerzo y dedicación, el siguiente infograma lo evidencia gráficamente.

Infograma 1 Proceso metodológico



Construcción de los principios teóricos operativos para orientar la reflexión bioética clínica en la atención neonatal. Relaciones con los principios bioéticos tradicionales.

El análisis y la comprensión de la teoría generada en los anteriores momentos de investigación, me permitieron hacer la construcción de los principios planteados en esta tesis doctoral.

En este segmento también demuestro cómo, al cumplir con estos principios teóricos operativos, estamos cumpliendo con los principios teóricos tradicionales de la bioética. Están dedicados al momento reflexivo fundamental de deliberación que precede a la toma de decisiones de los profesionales responsables de la atención neonatal. En el siguiente cuadro sintetizo los principios construidos y sus elementos claves, cómo se validaron y sus relaciones con los Principios Clásicos de la Bioética

Cuadro 2
Sinopsis del Momento de Construcción de Principios Teóricos Operativos para orientar la Reflexión Bioética Clínica en el contexto de la atención neonatal

PRINCIPIOS TEÓRICOS OPERATIVOS	ELEMENTOS CLAVES	VALIDACIÓN	PRINCIPIOS BIOÉTICOS TRADICIONALES RELACIONADOS
1. Heteronomía	a. Permanencia de familiares responsables. b. Planificación en salud. c. Responsabilidad profesional de los miembros del equipo interdisciplinario. d. Consentimiento informado. e. Organismos de protección al niño, niña y adolescente.	- Epistolario - Diagrama Nº 1 - Hechos y citas. - Cuadro Nº 3 - Nivel socioeconómico de las madres. - Formato de consentimiento informado	- Autonomía es ejercida por los padres. - Beneficencia es la que guía los actos de ellos y el equipo.
2. Crecimiento y desarrollo humano acelerado	a. Corporeidad. b. Elemento psicológico. c. Elemento social. d. Creencias religiosas. e. Secuelas o muerte. f. Responsabilidad del equipo. g. El ambiente.	- Diagrama Nº 2 - Hechos y citas. - Prematuridad en el área instrumental del Servicio de Neonatología. - Epistolario - Primer caso. - Formato de consentimiento informado. - Plumbemia en recién nados del Reten General de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera".	- Beneficencia. - Justicia. - No maleficencia.
3. Evolución natural	a. Autorrenovación. b. Morfología humana. c. Enfermedad Terminal. d. Medidas paliativas.	- Epistolario - Segundo y tercer caso. - Diagrama Nº 3 - Hechos y citas. - Formato de consentimiento informado. - Cuadro Nº 13 - Tiempo de hospitalización.	- Beneficencia. - No maleficencia. - Justicia.
4. Uso proporcionado y oportuno de la ciencia y la tecnología.	a. Formación del equipo interdisciplinario. b. Especialidades médicas. c. Desarrollo tecnológico perinatal. d. Variables biológicas. e. Planificación en salud. f. Organización de la salud. g. Terapéutica.	- Diagrama Nº 4 - Hechos y citas. - Narrativa testimonial. - Formato de consentimiento informado. - Cuadro Nº 8 - Via de nacimiento.	- Beneficencia. - No maleficencia. - Justicia distributiva. - Autonomía compartida.
5. Estudio, reflexión, investigación y deliberación permanente.	a. Obligaciones del médico y la enfermera/o. b. Responsabilidad profesional de los otros miembros del equipo. c. Actualización permanente. d. Especialidades médicas.	- Diagrama Nº 5 - Hechos y citas. - Formato de consentimiento informado. - "Prematuridad en el área instrumental del Servicio de Neonatología". - "Proceso para elaborar un formato de consentimiento informado en una Unidad Neonatal".	- Beneficencia. - No maleficencia. - Justicia. - Autonomía compartida.
6. Incertidumbre.	a. Lo inesperado. b. Lo impredecible. c. Pronóstico reservado.	- Diagrama Nº 6 - Hechos y citas. - Formato de consentimiento informado. - Cuadro Nº 13 - Tiempo de hospitalización. - Cuadro Nº 9 - Edad gestacional	- No maleficencia. - Justicia.

La determinación ético-clínica de las decisiones, es un juicio de conciencia que debe estar orientado por los datos empíricos de base (información científica), es un proceso dinámico de construcción humana, mediado por los valores de los miembros del equipo, conducido por el uso respetuoso y responsable de los principios señalados en este cuadro.

En la construcción de estos principios considero se evidencia la presencia de un pensamiento del contexto y de lo complejo que nos ha permitido vincular y afrontar la falta de certeza, que ha reemplazado la causalidad unilineal y unidireccional por una causalidad en forma de anillo y multireferencial¹⁶⁰. Considero que estos principios pueden orientar la comprensión de casi todos los fenómenos humanos presentes en la atención neonatal, facilitan el ejercicio de un pensamiento capaz de tratar, de dialogar, de negociar con lo real, de desarrollar un pensamiento

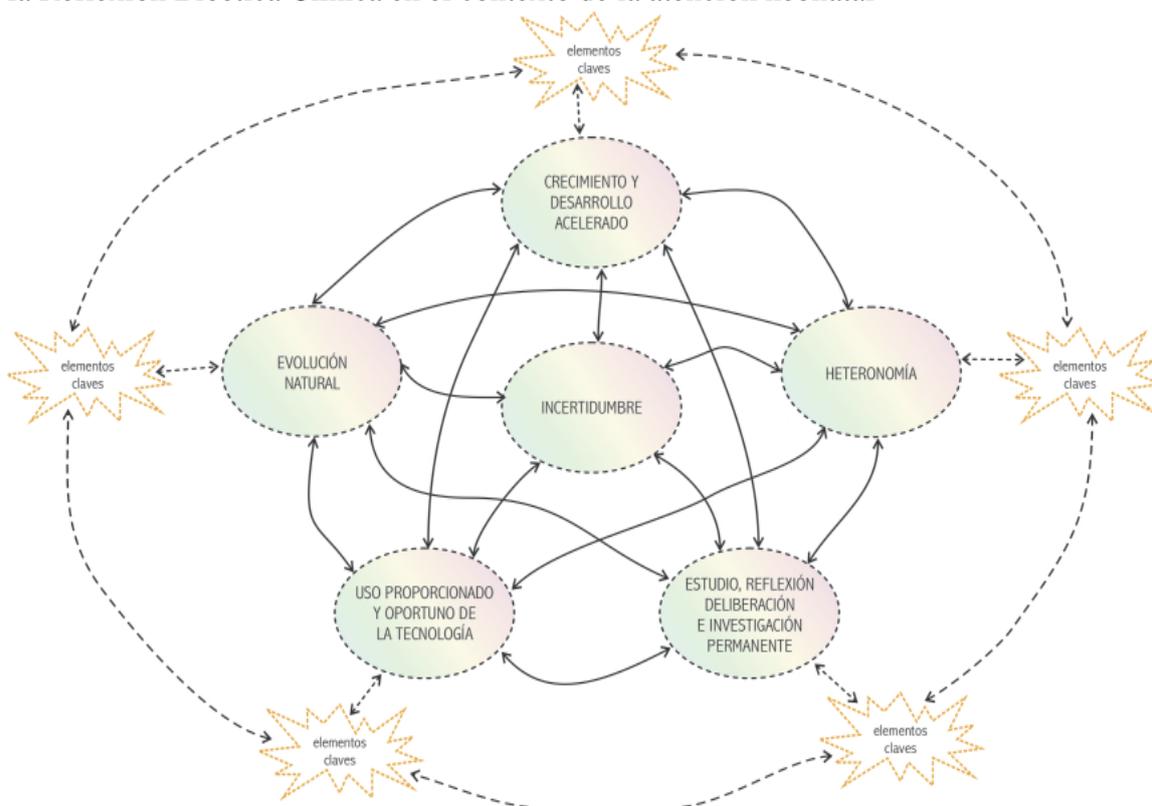
¹⁶⁰ Morin, E. *La cabeza bien puesta. Repensar la Reforma. Repensar el pensamiento. Bases para una reforma educativa.* (1999). 2ª edic. Buenos Aires. Argentina. Editorial Nueva Visión.

multidimensional. Los conocimientos explicativos, objetivos obtenidos mediante la causalidad determinista en investigaciones empírico-analíticas dialogan con los conocimientos comprensivos basados en la comunicación, la empatía, inclusive la simpatía, la intersubjetividad³.

Los resultados de esta investigación que facilitan la interrelación de los elementos epistemológicos y bioéticos en neonatología, para su mejor comprensión elabore el Infograma 2, en el cual represento a cada principio como sistema abierto, interrelacionados, cada uno con sus elementos claves también interrelacionadas. La incertidumbre aparece en el centro del gráfico, los otros principios giran a su alrededor como causa o consecuencia, en ella o con ella.

Infograma 2

Construcción de Principios Teóricos Operativos para orientar la Reflexión Bioética Clínica en el contexto de la atención neonatal



Configuración de una propuesta práctica de los principios teóricos operativos construidos

La presente investigación me permitió descubrir los principios que nos habían permitido convivir en armonía a los miembros del equipo con el cual trabajé durante muchos años y darle a nuestros niños todo el amor y la atención que necesitaban. Pude construir la teoría que los sustenta y valida. En el Infograma 3 represento una síntesis práctica de mi propuesta.

Infograma 3

Propuesta Práctica de Principios Teóricos Operativos para orientar la Reflexión Bioética Clínica en el contexto de la atención neonatal

Es ésta una propuesta humanística, los principios se encuentran en los seres humanos participantes en la atención neonatal. En el recién nacido encontramos tres principios: Heteronomía, Crecimiento y desarrollo humano acelerado y Evolución Natural. En el equipo de atención neonatal interdisciplinario encontramos dos principios: Uso proporcionado y oportuno de la Tecnología y Estudio, Reflexión, Deliberación e Investigación Permanente. En cada uno de estos Principios identifiqué elementos claves, le construí una pregunta para orientar la reflexión de los profesionales involucrados en la toma de decisiones en la Atención Neonatal en la búsqueda de respuestas técnicas y éticas que dirijan sus acciones.

Los niños, al nacer, son totalmente dependientes de los adultos que los rodean, por tanto no son autónomos. Las decisiones sobre su vida y cuidados son tomados por sus padres, orientados por los médicos, en ocasiones en emergencia estos profesionales pueden tomar decisiones en ausencia de los padres. Puede ocurrir esto también a las enfermeras. Ambos profesionales deben detectar si los padres desean beneficiar realmente a su hijo para solicitar la participación de los Fiscales de Protección del Niño y el Adolescente representantes del Estado. Por tanto el niño no es autónomo es heterónimo.

La niñez es la etapa de la vida caracterizada por Crecimiento y Desarrollo del ser humano, ambos acelerados en el recién nacido, características que le confiere mayor complejidad a su atención, por tanto deben ser considerados para todas las decisiones que se tomen.

Los seres humanos tienen posibilidad de autorenovar sus tejidos, necesitan poseer una morfofisiología íntegra para poder sobrevivir y un tiempo para madurar en el caso de los niños, por tanto es necesario respetar su Evolución Natural. Este principio también debe ser considerado en las enfermedades terminales que sólo ameriten cuidados paliativos.

Los dos principios que corresponden a los miembros del equipo señalan en qué consiste su responsabilidad, muchas de ellas legalmente establecidas. Al respetarlos responsablemente les permite poseer elementos para la deliberación permanente con los padres y otros miembros del equipo y les facilita tomar las decisiones adecuadas.

La incertidumbre está siempre presente en los seres humanos. La vulnerabilidad de los recién nacidos los hace más susceptibles a la muerte, aun cuando estén naciendo o acaben de hacerlo, están cercanos a las situaciones vitales que causan angustia en los hombres. La atención neonatal nos permite trabajar en un momento especial donde lo humano se contacta con lo divino.

La filosofía es, ante todo, un poder de interrogación y de reflexión sobre los grandes problemas del conocimiento y de la condición humana. La vida y la salud son principios inmanentes para el ser humano, es por ello que considere favorable elaborar una pregunta para cada uno de los elementos claves identificados en cada principio descubierto. A continuación presento las que considere relevantes para cada uno de ellos:

¿Como miembro del equipo de salud acepto y favorezco la permanencia, en los Centros Asistenciales, de la familiares responsables del niño?

¿He considerado la corporeidad de este niño para no hacerle daño y beneficiarlo con mis decisiones profesionales?

¿Conozco y considero, para mis decisiones profesionales, la capacidad de autorrenovación de los tejidos del recién nacido?

¿Estoy preparado para usar proporcionada y oportunamente la ciencia y tecnología, propia de mi profesión, en beneficio de este paciente?

¿Están mis decisiones profesionales precedidas del estudio, reflexión, investigación y deliberación pertinentes?

¿Estoy preparado para responder a lo inesperado?

Esta propuesta, clínicamente práctica y filosóficamente compleja, puede contribuir a fomentar un pensamiento integral apropiado para enfrentar los grandes desafíos de la vida, estimular el interés sobre el saber y el hacer multidimensional en beneficio de los recién nacidos.

Bibliografía

Andreau de Bennato, Mirtha I. Los principios bioéticos en la toma de decisiones médicas. (Red de Bioética.org) Citado: 20 agosto 2007. (5 p.) Disponible en: <http://www.bioetica.org/colab8.htm>.

Beals, Daniel A. Bioética Neonatal. En: Tricia Lacy Gomilla, editor. Neonatología. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. 2002. p. 167-173.

Castillo Valeri, Alfredo. Fundamentos. En: Alfredo Castillo Valeri, editor. Bioética. Caracas. DISINLIMED; 2006. p. 49-88.

Cechetto, Sergio. Decisiones médicas y participación familiar. Los rumbos del consentimiento informado en neonatología. CONICET. Citado 29/06/2006; (8 p.) Disponible en: [www.perinat.org ar/dm.html](http://www.perinat.org.ar/dm.html).

Cechetto, Sergio. Dilemas Bioéticos en Medicina Perinatal. Imperativos tecnológicos e improvisación moral. Buenos Aires. Corregidor. 1999.

Cely Galindo, Gilberto. La Pregunta por la lógica de la Vida. En: Gilberto Cely Galindo, editor. Bioética. Humanismo científico emergente. Bogotá. JAVEGRAF. 2005. p. 197-209.

Gracia, Diego. Cuestión de Principios. En: Diego Gracia, editor. Fundamentación y enseñanza de la Bioética. Santa Fe de Bogotá. El Buho; 1998. p. 89-113.

Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Neonatología sobre Limitación del Esfuerzo Terapéutico y Cuidados Paliativos en recién nacidos. Decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico en recién nacidos críticos: estudio multicéntrico. Anales de Pediatría. Vol. 57. Num. 06. (Citado 26-06-2006) (5 p.) Disponible en: [file:///C:/ DOCUME-1 ADMINI-1/CONFIG-1TempMHNDIMOH.htm](file:///C:/DOCUME-1/ADMINI-1/CONFIG-1/TempMHNDIMOH.htm).

Doron, Mia W; Kathleen A. Veness-Meehan; Lewis H. Margolis; Elizabeth M. Hollomany; Alan D. Stiles. Decisiones sobre la reanimación en la sala de partos de los recién nacidos con prematuridad extrema. Pediatrics (ed. Esp) 1988; 46 (3): 172-179.

Lantos J.D., et al. Providing and forgoing resuscitative therapy for babies of very low birth weight. J. Cli. Ethics, 1992; 3:283-287.

Lolas Stepke, Fernando. Macrobiótica y el Proceso de Construcción de la Salud. En Málaga, H. Salud Pública Enfoque Bioético; 1ª edición; Disinlimed, C.A.; Caracas; 2005; 139-144.

Maya Mejía, José María. Ética en la adaptación Neonatal. Anuncios Google. (citado 11/09/2006); (8 p.) Disponible en: [www.Encolombia.com/ 33-2_pediatria_neonatologia.htm](http://www.Encolombia.com/33-2_pediatria_neonatologia.htm).

Morin Edgar. Los siete saberes necesarios a la educación del futuro. Caracas. UNESCO/IESALC. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad Central de Venezuela; 2000.

Nelson, Lawrence J. Aspectos éticos en el período neonatal. En: Klauss-Fanaroff, editores. Cuidados del Recién Nacido de Alto Riesgo. 5ª edición. México: Mc Graw Hill; 2002. p.588-598.

Paris, John J.; Michael D. Schreiber; Frank E. Reardon. Asuntos éticos y legales. En: Goldsmith, Jay P; Edward H. Karotkin; Ventilación Asistida Neonatal, 4ª edición; Editorial Distribuna; 2005. p. 117-131.

Sola, A; R.H. Phibbs. Ética Clínica en Perinatología. En: Sola A, Rogido M. eds. Cuidados especiales del feto y el recién nacido. Fisiopatología y Terapéutica. Vol II. Buenos aires: Editorial Científica Interamericana; 2001. p. 1749-1767.

Schenker, Joseph G. Códigos de ética perinatal: Una perspectiva internacional. En: Frank A. Chervenak y Lawrence B. Mc Cullough, editores. Clínicas de Perinatología. La ética en la medicina perinatal Madrid: Mc Cullough Mc Graw-Hill-Interamericana. 2003; 1: 45-64.

Valencia Salazar, Gildardo. Bioética en Neonatología. En: Miguel Ángel Rodríguez Weber, Enrique Urdaneta Mora, editores. Neonatología Clínica. México. Mc Graw Hill; 2003. p. 13-20.

INDISPONIBILIDAD DE LA VIDA HUMANA INICIAL. Un punto de convergencia para sociedades postseculares¹⁶¹

Pamela Chávez Aguilar¹⁶²
pchavez@uchile.cl

Vida inicial amenazada

Un modo adecuado de aproximarse a las cuestiones éticas y bioéticas es comenzar desde la propia experiencia moral, que con frecuencia tiene su origen en la negatividad, quiebre, defección o dolor de la ofensa¹⁶³. Una de estas experiencias de negatividad y que resulta vinculante para los hombres y mujeres de comienzos del siglo XXI, es la de la vida amenazada. Si bien la percepción de que se está en tiempo de crisis o disolución es un carácter propio de la modernidad¹⁶⁴, lo cierto es que nosotros sentimos que la vida humana en sus primeros estadios es uno de los muchos bienes que están hoy en peligro. Ello radica en que no se ve o comprende su valor, en su fragilidad propia, en los diversos intereses que la acechan o en la ausencia de regulación jurídica. La vida inicial que percibimos amenazada nos convoca a la reflexión moral, más aún porque se trata del comienzo del bien del existir, que San Agustín llama “el primer y más agudo grito de la naturaleza humana”¹⁶⁵.

Desacuerdo: ¿desde dónde realizar un juicio moral?

Las interrogantes bioéticas en torno a la vida inicial amenazada se sitúan en un contexto cultural y teórico complejo. Por una parte, la ampliación de las posibilidades y alcances de la acción humana por obra de la tecno-ciencia moderna¹⁶⁶ ha llegado a configurar una auténtica “dinámica sistémica ciencia-técnica-economía”, según la sugerente expresión de Habermas¹⁶⁷, es decir, un poder que realiza todo lo técnicamente posible y lo económicamente conveniente sin consulta a la conciencia ética de individuos o sociedades. Por otra parte, no existe un punto de vista moral compartido desde el cual responder a dichas interrogantes en las sociedades modernas con democracia liberal, dado su carácter multicultural en que coexisten diversas concepciones de bien y felicidad¹⁶⁸.

La diversidad de perspectivas morales da origen a interminables desacuerdos. Un modo de situarse frente a ellos, es la renuncia al acuerdo racional en materia de valores, replegando éstos al ámbito privado de los deseos y preferencias individuales, posición cercana al “emotivismo”, al relativismo y el consiguiente individualismo. Otro modo ha sido escindir lo moral en dos niveles: el de los “extraños morales”, perspectiva secular que asume cánones generales vacíos de contenido, y el de los “amigos morales”,

¹⁶¹ Comunicación presentada en el VIII Congreso Latinoamericano y del Caribe de Bioética, FELAIBE, Viña del Mar, Chile, 23 de junio de 2011.

¹⁶² Miembro del Programa de Magíster en Bioética, Facultad de Filosofía y Humanidades- Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

¹⁶³ Giannini H. *La metafísica eres tú. Una reflexión ética sobre la intersubjetividad*. Santiago, Catalonia, 2007: 41- 48.

¹⁶⁴ Berman M. *Todo lo sólido se desvanece en el aire. La experiencia de la modernidad*. México, Siglo XXI, 1995: 1-4.

¹⁶⁵ San Agustín. *Ciudad de Dios*, XIX, IV, 5. En: *Obras*. Madrid, B.A.C., 2004: 564.

¹⁶⁶ Jonas H. *El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. Barcelona, Herder, 1995: 32-35; Jonas H. *Técnica, medicina y ética. Sobre la práctica del principio de responsabilidad*. Barcelona, Paidós, 1997: 33-35.

¹⁶⁷ Habermas J. *El futuro de la naturaleza humana. ¿Hacia una eugenesia liberal?* Barcelona, Paidós, 2002: 31.

¹⁶⁸ Cortina A. *Justicia cordial*. Madrid, Trotta, 2010: 29-32.

alumbrado por la claridad moral en contenidos y valores propia de quienes pertenecen a comunidades de sentido particulares¹⁶⁹; esta escisión parece radicalizar el relativismo y el atomismo individualista. A distancia crítica de lo anterior, una tercera alternativa plantea asumir las diferencias de contextos particulares, tradiciones y prácticas específicas, apostando por una ética de virtudes contextual y narrativa frente al afán de universalidad¹⁷⁰.

No obstante, otros pensadores han explorado fórmulas de acuerdo racional intersubjetivo, que sin referencia a concepciones de bien y felicidad, determinan procedimientos para establecer normas justas; entre ellos figuran la idea de justicia como imparcialidad de John Rawls y la ética discursiva de Jürgen Habermas y Karl-Otto Apel. Heredera de éstas, la ética mínima de Adela Cortina propone descubrir una base mínima compartida en torno a lo justo, que vincula a los ciudadanos de una sociedad democrática pese a las legítimas diferencias en sus “éticas de máximos”.¹⁷¹

Pero estas éticas de la “intersubjetividad” no logran disolver plenamente el desacuerdo en las sociedades reales, cuyos miembros se sienten ligados a culturas y cosmovisiones particulares y no pueden sentirse completamente a gusto en la universalidad del procedimentalismo moral.

Una “ética de máximos” de gran presencia y relevancia en las sociedades iberoamericanas y en nuestra sociedad nacional es la moral cristiana, punto de vista presente en la discusión sobre problemas bioéticos al inicio de la vida y sobre las decisiones que la sociedad chilena debe tomar ante ello para actuales y futuras legislaciones. ¿Es la única vía el resignarse a relegar la moral cristiana al mundo privado de los “amigos morales” y realizar sólo mínimos compartidos por “extraños morales”? Nuestro objetivo es no ceder a esta escisión y buscar caminos de convergencia.

Desacuerdo en el valor de la vida humana inicial

En el ámbito del inicio de la vida, destaca desde el surgimiento histórico de la bioética la cuestión del estatuto ontológico y ético del embrión humano. Las posiciones respecto a éste se alinean en general entre dos polos: la consideración del embrión como persona potencial y digna de igual consideración y respeto que un nacido, y la postura que asigna a los umbrales de desarrollo embrionario y genético diverso valor moral.

Los criterios indicadores del valor y deber hacia la vida embrionaria pueden clasificarse en¹⁷²: *continuidad o identidad respecto al individuo nacido*, criterio usado por bioeticistas que llegan a resultados diferentes y hasta contrapuestos, como Lacadena y la idea de individualización, Alonso Bedate y la suficiencia de información genética, Gracia y la distinción entre fase constituyente y suficiencia constitucional, Gómez-Lobo y el cambio sustancial, Anna Giuli y el ciclo vital; *sacralidad de la vida*, criterio presente sobre todo en fundamentos religiosos en general y en el Magisterio de la Iglesia Católica en particular, que defiende el trato como persona desde la concepción; criterio *consecuencialista*, como el que subyace al conflicto con los derechos reproductivos de la mujer o a la posición de Singer respecto al grado de conciencia y capacidad de sentir del embrión ante el cual primaría la autonomía de los padres y,

¹⁶⁹ Engelhardt H. T. *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona, Paidós, 1995: 99-103.

¹⁷⁰ MacIntyre A. *Tras la virtud*. Barcelona, Crítica, 1987: 252-277.

¹⁷¹ Cortina A. *Ética mínima*. Madrid, Tecnos, 2000: 284-287; Cortina A. *Ética de la razón cordial. Educar en la ciudadanía en el siglo XXI*. Oviedo, Nobel, 2007: 9-13.

¹⁷² Chávez P. “Discusión en torno al estatuto ontológico y ético del embrión”. En: Escribar A., Pérez M., Villarroel R. *Bioética. Fundamentos y dimensión práctica*. Santiago, Mediterráneo, 2004: 226-256.

finalmente, criterio de *responsabilidad*, como el principio de precaución y responsabilidad señalado por Jonas o el de indisponibilidad de Habermas.

Las diversas argumentaciones no logran un acuerdo total, lo que se expresa concretamente en discursos que parecen intraducibles o disputas interminables entre una y otra posición en torno a intervenciones biomédicas o técnicas que afectan al embrión¹⁷³. Si ninguna de estas miradas es de hecho vinculante para todos los ciudadanos, ¿es posible un punto de convergencia? ¿Puede encontrarse algún criterio común entre la moral cristiana y la ética cívica en torno al inicio de la vida?

Sociedades postseculares

Un camino posible es la búsqueda de convergencia en sociedades con una perspectiva “postsecular”, entendiendo por tal aquella que, tras la crítica de la primera modernidad a la religión, se sitúa también en una posición crítica ante los resultados de la modernidad ilustrada y del presente secularizado, considerando lo que ellos tienen de negativo; por ejemplo, el desarrollo unilateral de la razón instrumental que se transforma en un nuevo medio de opresión de lo humano, la intolerancia a lo religioso o la ausencia de cohesión social y el atomismo de las sociedades actuales. Esto exige de los ciudadanos creyentes y no creyentes una auto-reflexión sobre los límites tanto de lo religioso como de lo secular¹⁷⁴. Así, un punto de vista postsecular debiera admitir la diversidad de los puntos de vista moral en un Estado neutral y, sin renunciar a la búsqueda de un acuerdo racional intersubjetivo, abrirse al diálogo enriquecedor con las tradiciones religiosas y, particularmente para nosotros, con el cristianismo, reconociendo sus aportes a la conformación de una ética cívica¹⁷⁵ y su presencia como una de las raíces ineludibles de nuestra cultura.

En esta dirección, marca un hito el interesante debate entre Habermas y Ratzinger realizado en Baviera en enero de 2004¹⁷⁶, cuyo objetivo era reflexionar acerca de las bases morales pre-políticas del Estado. En dicho encuentro se indagaba si un Estado moderno con democracia liberal necesita o no para su existencia estar sostenido por cosmovisiones o concepciones de sentido extrínsecas a él, como podrían ser las religiosas, sistemas de valores, formas de vida y cultura. La discusión giró en torno a las relaciones y aportaciones mutuas entre razón secular y religión en el Estado moderno y en sociedades multiculturales, llegando ambos expositores a coincidir en algunos puntos, pese a su diferente proveniencia teórica.

Una primera coincidencia entre Habermas y Ratzinger se refería a la necesidad de articular el hecho de ser un ciudadano perteneciente a una comunidad política y a una comunidad religiosa; ser miembro del Estado secular moderno democrático y, al mismo tiempo, participante de una determinada cosmovisión y consiguiente comprensión de la vida en común. Para el creyente, dicha relación es una necesidad vital, puesto que él se siente perteneciente a diversas esferas sociales y aspira a vivir en cada una de ellas en forma íntegra, no con una conciencia escindida cuya manifestación religiosa ha de relegar al ámbito de lo privado; además, aspira legítimamente a comunicar e invitar a otros ciudadanos a su fe y acercar así el “reino de Dios” al mundo. La articulación es también necesaria para el Estado, que encuentra en las comunidades religiosas o concepciones de sentido bienes imprescindibles para sus ciudadanos que van más allá

¹⁷³ MacIntyre A. 1987: 19-22.

¹⁷⁴ Habermas, J. 2002: 138-141.

¹⁷⁵ Cortina A. *Alianza y contrato. Política, ética y religión*. Madrid, Trotta, 2001: 176-181.

¹⁷⁶ Habermas J., Ratzinger J. *Entre razón y religión. Dialéctica de la secularización*. México, F.C.E., 2008: 9-54.

de la esfera de la justicia¹⁷⁷, bienes de “gratuidad”, según una expresión de Cortina, entre los cuales Habermas destaca: el fortalecimiento de la motivación para el vínculo entre ciudadanos de una sociedad democrática y para el ejercicio de unas virtudes cívicas; el consuelo o respuestas a cómo enfrentar la vida malograda, el fracaso, el sufrimiento o la soledad; la traducción de contenidos religiosos significativos a un lenguaje secular, como ha ocurrido históricamente, por ejemplo, con la traducción de la idea del hombre “creado a imagen y semejanza de Dios” al concepto de dignidad humana.

Ratzinger, por su parte, enfatiza el interés mutuo en que fe y razón participen en la construcción de las sociedades contemporáneas, como un modo saludable de purificar tanto las patologías de la religión como las de la razón; entre las primeras, puede mencionarse el fundamentalismo religioso o imposición violenta del propio credo; entre las segundas, el soberbio desconocimiento de la correlacionalidad entre ambas dimensiones o la negación de la fe como un “irracional”. En síntesis, ambos autores reconocen que, asumiendo la innegable distinción de ámbito epistémico entre las esferas de la fe y de la razón secular, la complementación entre ambas es un enriquecimiento que requiere de las mentalidades creyentes, no creyentes y del Estado el mutuo reconocimiento y respeto activo.

De esta manera, la perspectiva postsecular abre la posibilidad de visualizar y proponer aspectos originalmente surgidos desde una experiencia religiosa, que puedan ser traducidos al pensamiento secular, como la idea de indisponibilidad de la vida humana.

Concepto de indisponibilidad de la vida humana inicial

Las anteriores reflexiones advienen en una época que algunos han llamado de “pensamiento postmetafísico”, el cual entiende que después de Kant y su crítica a las posibilidades “metafísicas” de la razón, la filosofía no puede suponer que posee o puede alcanzar una teoría afirmativa o sustantiva de la vida correcta o feliz¹⁷⁸; no obstante, queda abierta la pregunta por las consecuencias del vacío de contenido en cuanto al horizonte antropológico.

Así, el propio Habermas, aun adscribiendo a las razones de la filosofía práctica contemporánea para abstenerse de plantear ideas sustanciales de vida buena, se pregunta cuáles son las condiciones de posibilidad de una comunidad ético-política y encuentra que son al menos tres: un sujeto moral con responsabilidad, la simetría de los sujetos morales como seres humanos libres e iguales y la conciencia de la pertenencia a la especie humana. Ahora bien, es necesario reconocer que en el contexto actual, donde las desatadas fuerzas del sistema ciencia-técnica-economía han abierto cauces de intervención en la configuración genética de la especie, dichos rasgos están amenazados por la posibilidad de intervenir el inicio de la vida humana y, mediante ésta, la configuración del sujeto moral y la simetría intersubjetiva. Parece, entonces, necesario que la filosofía retome como una tarea propia la pregunta por una generalidad antropológica y una ética de la especie que oriente la acción técnica humana.¹⁷⁹

El argumento de Habermas es el siguiente: en la situación actual, el avance de las biociencias y de las biotecnologías amplía los alcances de la acción hasta hacer que lo dado como “naturaleza” ingrese al ámbito de la intervención orientada a objetivos. Hasta hoy, el comienzo de la futura biografía se sustraía a la programación intencionada y era indisponible, en cuanto proceso contingente de fecundación que culmina en una combinación imprevisible de dos secuencias cromosómicas distintas. Actualmente, ese

¹⁷⁷ Cortina A. 2001: 165-171.

¹⁷⁸ Habermas J. *Pensamiento postmetafísico*. Madrid, Taurus, 1990; Habermas J. 2002: 11-14.

¹⁷⁹ Habermas J. 2002: 23-24.

proceso se pone a disposición del hombre, perdiendo su carácter de contingencia que es un supuesto necesario del poder ser sí mismo. En efecto, la decisión irreversible que una persona toma por otra respecto a su dotación natural, afecta la responsabilidad personal, la simetría de las relaciones entre personas libres e iguales y las condiciones de reconocimiento de las sociedades modernas. Habermas ve en ello un problema con una dimensión antropológica, ético-comunicativa y ético-política.

El problema “antropológico” consiste en la amenaza al poder ser sí mismo y a la responsabilidad de sí. Cada individuo tiene necesidad de autoapropiarse de su historia; ahora bien, la manipulación de los genes afecta la autocomprensión de la persona programada. Un ejemplo que propone Habermas es el del adolescente que toma conciencia de que otro ha elaborado su “diseño”, pudiendo tener la percepción de haber sido producido; así, su indisponible subjetividad sería percibida como resultado de una instrumentalización externa. Ello conlleva un quiebre de la estructura de la moralidad hasta donde hoy la conocemos, que requiere que en las personas morales no hable ninguna otra voz más que la propia, para ser origen o causa de sus acciones y proyecto de vida. Resulta, pues, en un menoscabo de la libertad ética, en cuanto el propio ser está en cierto modo fijado por la intencionalidad y acción irreversible de terceros. La intención ajena que se introduce en la biografía es un factor perturbador del “poder ser sí mismo”, pues el sujeto así programado no podrá comprenderse como autor indiviso de su propia vida. Así, la composición del genoma como consecuencia de una acción u omisión humana, quita a una futura persona la responsabilidad única de su vida. Habermas relaciona también la indisponibilidad del modo natural de engendramiento a la inviolabilidad moral y legal de la persona y a la autocomprensión del ser humano como perteneciente a una especie.¹⁸⁰

Ello tiene también una consecuencia ético-comunicativa, en cuanto la praxis eugenésica podría menoscabar la conciencia de autonomía y responsabilidad del sujeto programado, provocar inseguridad de conciencia de su estatus como portador de derechos civiles y socavar su relación de simetría entre personas libres e iguales. Surge una relación asimétrica en cuanto se depende de la decisión otro perteneciente a generaciones precedentes sin poder intervenir y, así, no se trata de personas en la misma condición. ¿Qué ocurre si la intención del programador no coincide con la intención de la persona fijada genéticamente? Y si los padres no quieren hacer uso de una intervención genética terapéutica, ¿no podrían llegar a tener que soportar el reproche e incluso el resentimiento de un hijo?¹⁸¹

También converge en un problema político, dado por el hecho de que el desarrollo de la tecno-ciencia y economía tiene la fuerza normativa de lo fáctico. Los intereses de los inversionistas a menudo priman sobre las opiniones de individuos, sociedades y Estados; desaparecen los procesos de clarificación normativa en la esfera pública, haciendo urgente una reflexión político-legal moralmente fundada.

Otro elemento vinculado a la dimensión política es el peligro de la falta de perspectiva de la totalidad del proceso y sus ulteriores alcances. Un ejemplo de ello es la técnica del diagnóstico pre-implantacional (DPI), que somete a los embriones tempranos a una prueba genética preventiva, ofrecida a los padres para evitar el riesgo de transmisiones de enfermedades hereditarias; ello implica que el embrión examinado puede no implantarse. Habermas ve como necesario tomar una perspectiva de futuro: las prácticas hoy controvertidas pueden ser pioneras de una eugenesia liberal, es decir, de una praxis que deja al parecer de los padres las intervenciones en el genoma del embrión, regulada por la oferta y la demanda. Según este autor, el pluralismo de cosmovisiones de las

¹⁸⁰ Habermas J. 2002: 58; 76.

¹⁸¹ Habermas J. 2002: 84- 91.

sociedades actuales impide conceder al embrión una protección absoluta, pero reconoce como una intuición compartida el que no pueda disponerse de la vida humana inicial como un bien sometido al mercado. En una mirada prospectiva, puede visualizarse el siguiente camino: al comienzo se admite el DPI en pocos casos de enfermedades graves; luego, se admite la intervención genética para prevenir esas enfermedades; ésta es una “eugenesia negativa”, pero el límite entre la exclusión de caracteres indeseables y la optimización de los deseables o “eugenesia positiva”, es fluctuante y difuso, difícil de determinar la frontera entre curación y perfeccionamiento. El último paso es la defensa de la eugenesia liberal, es decir, intervenciones elegidas en base a preferencias individuales y el mercado. Por eso cobran sentido, dice Habermas, las palabras del presidente alemán en 2001: “Quien empieza a instrumentalizar la vida humana, quien empieza a distinguir entre lo que es digno de vivir y lo que no, emprende un trayecto sin paradas”.¹⁸²

El viejo argumento de rotura de diques o de pendiente resbaladiza cobra nueva fuerza en la situación actual; es un deber de responsabilidad considerar a tiempo las posibles consecuencias dramáticas del futuro, para tratar con más serenidad los problemas del presente. Habermas lo expresa así: “Que nos contemplemos como autores responsables de nuestra propia biografía y nos respetemos recíprocamente como personas de igual condición, también depende en cierta manera de cómo nos comprendemos antropológicamente como miembros de una especie”.¹⁸³

Finalmente, Habermas ve que la prospectiva de una eugenesia liberal amenaza la especie humana y su indisponibilidad, en dos rasgos que le son esenciales: la dignidad del existir y la no instrumentalización. ¿Es compatible con la dignidad humana ser engendrado con condiciones y sólo ser declarado digno de existir y desarrollarse después de un examen genético? ¿Se debe disponer libremente de la vida humana con fines selectivos? ¿No es cierto que nadie puede prever si un don cualquiera como la inteligencia, la belleza o la memoria ampliará efectivamente el espacio de configuración de la vida de otro o si una privación lo estrechará absolutamente? ¿Debe un espíritu finito sin saber pronosticador suficiente para evaluar las consecuencias potencialmente buenas o no de intervenciones genéticas en el contexto de la biografía futura de otra persona, tomar decisiones irreversibles que le afectan? Y en relación a la instrumentalización, el uso de células madre con fines de investigación terapéutica, ¿no es un consumo de embriones con la vaga expectativa de cultivar un día tejidos trasplantables? Para Habermas, a medida que la investigación consumidora de embriones y el DPI se extienda y normalice, la percepción cultural de la vida humana prenatal cambiará y el sentido moral para ver los límites del cálculo costo-beneficio se debilitará totalmente. El peligro es la autoinstrumentalización y autooptimización de los fundamentos biológicos de la existencia humana y, con ella, de lo humano mismo.¹⁸⁴

Conclusión

El concepto de “indisponibilidad” puede entenderse como una traducción secular de una experiencia de sacralidad de la vida humana. En una sociedad postsecular, dicho concepto puede ayudar a custodiar una realidad que para muchos es sagrada, pero que para todos representa el inicio del proceso biográfico cuyo carácter contingente y no dispuesto ha de ser resguardado, para la configuración de las personas y, en último término, para el resguardo de las propias sociedades y Estados democráticos. El concepto puede convertirse en un punto de convergencia entre una ética secular y una

¹⁸² Habermas J. 2002: 33.

¹⁸³ Habermas J. 2002: 45.

¹⁸⁴ Habermas J. 2002: 117.

ética cristiana, favoreciendo su complementariedad¹⁸⁵ en la reflexión bioética latinoamericana.

Bibliografía

- Berman M. *Todo lo sólido se desvanece en el aire. La experiencia de la modernidad*. México, Siglo XXI, 1995.
- Cortina A. *Justicia cordial*. Madrid, Trotta, 2010.
- Cortina A. *Ética de la razón cordial. Educar en la ciudadanía en el siglo XXI*. Oviedo, Nobel, 2007.
- Cortina A. *Alianza y contrato. Política, ética y religión*. Madrid, Trotta, 2001.
- Cortina A. *Ética mínima*. Madrid, Tecnos, 2000.
- Chávez P. “Discusión en torno al estatuto ontológico y ético del embrión”. En: Escribar A., Pérez M., Villarroel R. *Bioética. Fundamentos y dimensión práctica*. Santiago, Mediterráneo, 2004: 226-256.
- Engelhardt H. T. *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona, Paidós, 1995.
- Escribar A. “Habermas: consideraciones sobre la eugenesia liberal y sus posibles repercusiones en la autocomprensión humana”. *Revista de Ciencias Sociales*. 2007 (52): 719-732.
- Giannini H. *La metafísica eres tú. Una reflexión ética sobre la intersubjetividad*. Santiago, Catalonia, 2007.
- Habermas J., Ratzinger J. *Entre razón y religión. Dialéctica de la secularización*. México, F.C.E., 2008.
- Habermas J. *El futuro de la naturaleza humana. ¿Hacia una eugenesia liberal?* Barcelona, Paidós, 2002.
- Habermas J. *Pensamiento postmetafísico*. Madrid, Taurus, 1990.
- Jonas H. *El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. Barcelona, Herder, 1995.
- Jonas H. *Técnica, medicina y ética. Sobre la práctica del principio de responsabilidad*. Barcelona, Paidós, 1997.
- León, F. Bioética y religión cristiano-católica: dos racionalidades complementarias. *Acta Bioethica*. 2010. 16 (1): 9-16.
- MacIntyre A. *Tras la virtud*. Barcelona, Crítica, 1987.
- San Agustín. *Ciudad de Dios*, XIX, IV, 5. En: *Obras*. Madrid, B.A.C., 2004.

¹⁸⁵ León, F. Bioética y religión cristiano-católica: dos racionalidades complementarias. *Acta Bioethica*. 2010. 16 (1): 9-16.

A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA COMO LIMITE ÀS PESQUISAS REALIZADAS COM EMBRIÕES HUMANOS EXCEDENTES

O respeito ao ser humano versus a liberdade científica

Viviane Teixeira Dotto Coitinho¹⁸⁶

Charlise Paula Colet¹⁸⁷

1 Aspectos Introdutórios

As descobertas científicas vêm trazendo uma gama de desafios, os quais necessitam de limites éticos e jurídicos para viabilizar uma relação de isonomia entre os atores sociais, visto que essa evolução se estende pela sociedade antes mesmo que o indivíduo tenha condições de distinguir o que é aceitável ou não. As pesquisas com células-tronco geram grande polêmica, pois atingem valores morais, religiosos e éticos, mobilizando curiosidades ou ganâncias científicas e provocando debate acirrado, às vezes preconceituoso, visto que interfere no processo de procriação natural do homem.¹⁸⁸

No entanto, a ciência não pode ser impedida de prosseguir desde que preserve a dignidade humana como valor maior.¹⁸⁹ As práticas das “ciências da vida”, que podem trazer benefícios à humanidade, contêm riscos potenciais muito perigosos e imprevisíveis, e, por tal razão, os profissionais da saúde devem estar atentos para que não transponham os limites éticos impostos pelo respeito à vida.

No processo de reprodução humana assistida podem existir embriões excedentes, isto é, aqueles embriões que não foram implantados no útero e, portanto, sem perspectiva de uso posterior, ainda que criopreservados, razão pela qual pode ser discutido o destino desses embriões e a possibilidade de seu uso em pesquisas científicas, tendo como limitador a dignidade da pessoa humana. O progresso das técnicas biomédicas exige vigilância, tendo em vista que podem causar novas formas de opressão e, principalmente, desrespeito aos princípios do Estado Democrático de Direito. É inegável que a utilização das células-tronco pode amenizar, por meio de tratamentos terapêuticos, a dor de muitos que sofrem. As experiências comprovam que a pessoa portadora de deficiência física pode até recuperar os movimentos. No entanto, um dos desafios é o de encontrar limites à intervenção do mercado nas atividades humanas.

2 A questão das pesquisas com embriões excedentes em relação a manipulação da vida humana: limites e possibilidades

O estudo das pesquisas com embriões excedentes é de suma importância, pois a manipulação dos elementos vitais, a engenharia genética, a medicina e a biologia, se de

¹⁸⁶ Especialista em Processo Civil pela PUC- Pontifícia Universidade Católica do RGS. Mestre em Direito pela UNISC – Universidade de Santa Cruz do Sul (RS). Professora na FADISMA-Faculdade de Direito de Santa Maria nas disciplinas de Teoria Geral do Direito, Direito Civil e Bioética. Email: vividotto@bol.com.br.

¹⁸⁷ Advogada. Mestre em Direito pela UNISC – Universidade de Santa Cruz do Sul e Especialista em Direito Penal e Processo Penal pela UNIJUÍ – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Professora de Estágio de Prática Jurídica, Direito Penal e Processo Penal pela URI – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e Missões (Santo Ângelo/RS). E-mail: charcoletgimenez@gmail.com.

¹⁸⁸ Sobre o juízo moral cristão em relação às técnicas de reprodução humana assistida, ver BENTO, Luis Antonio. **Bioética: desafios éticos no debate contemporâneo**. São Paulo: Paulinas, 2008. p. 262-3. Também PESSINI, Léo. **Bioética: um grito por dignidade de viver**. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Paulinas, 2007. p. 171-2.

¹⁸⁹ Sobre a dignidade humana como valor fundante da (e na) Constituição, ver SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição de 1988**. 6. ed. rev. e atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008. p. 70.

um lado podem inferir soluções para grande número de doenças, isto é melhorando a qualidade de vida das pessoas,¹⁹⁰ de outro, têm vastíssimo campo para o retorno da famosa eugenia,¹⁹¹ risco agravado pela falta de critério seguro para a fixação do momento do início da vida humana.

Os avanços da biotecnologia vêm provocando perplexidade no mundo jurídico. A discussão ainda segue com foco na aprovação da Lei de Biossegurança, que tratou da questão da limitação da utilização de células-tronco embrionárias para fins de pesquisa. Mas para que a inviolabilidade da pessoa humana não seja ameaçada, por manipulações para o desenvolvimento de pesquisa científica, é necessário que a genética esteja subordinada a valores éticos, que devem prevalecer sobre os interesses comerciais. “É necessário estabelecer padrões éticos para evitar riscos de episódios que toda a humanidade não quer reviver”, como, por exemplo, a ideia de purificação da raça ariana, propalada pelo nazismo. Decorre daí a importância de serem traçados limites relativos às pesquisas com células-tronco embrionárias.

Nesse sentido, o Ministro Carlos Alberto Menezes Direito manifestou-se pela procedência, em parte, da ADIn 3.510, no sentido de que as células-tronco embrionárias são vida humana: qualquer destinação delas a finalidade diversa que a reprodução humana viola o direito à vida, previsto no caput do art. 5º da CF. Em decorrência disso, propôs, entre outras, as seguintes limitações na lei impugnada¹⁹²:

No *caput* do art. 5º (que autoriza as pesquisas com células-tronco embrionárias), declarou parcialmente a inconstitucionalidade, sem redução de texto, dando interpretação conforme a Constituição, “para que seja entendido que as células-tronco embrionárias sejam obtidas sem a destruição do embrião e as pesquisas, devidamente aprovadas e fiscalizadas pelo órgão federal, com a participação de especialistas de diversas áreas do conhecimento, entendendo-se as expressões ‘pesquisa’ e ‘terapia’ como pesquisa básica voltada para o estudo dos processos de diferenciação celular e pesquisas com fins terapêuticos”;

No § 2º do mencionado artigo, declarou a inconstitucionalidade, sem redução de texto, “para que seja entendido que as instituições de pesquisa e serviços de saúde que realizem pesquisa com terapia com células-tronco embrionárias humanas deverão submeter, previamente, seus projetos também à aprovação do órgão federal, sendo considerado crime a autorização para utilização de embriões em desacordo com o que estabelece esta decisão, incluídos como autores os responsáveis pela autorização e fiscalização”.

Nesse sentido, a incerteza ou omissão da lei teria incorrido na proteção deficiente à qual também o Presidente da Suprema Corte, Ministro Gilmar Mendes, aludiu, ao encerrar o julgamento da ADIn 3.510. Manifestou-se¹⁹³ no sentido de julgar a ação improcedente para declarar a constitucionalidade do artigo 5º da Lei 11.105/05, com a ressalva, porém, da necessidade de controle das pesquisas por um Comitê Central de Ética e Pesquisa vinculado ao Ministério da Saúde para atender ao texto constitucional. Para o

¹⁹⁰ BARROSO, Luís Roberto. Gestação de fetos anencefálicos e pesquisas com células-tronco: dois temas acerca da vida e da dignidade na Constituição. In: CAMARGO, Marcelo Novelino (Org.). **Leituras complementares de Constitucional: direitos fundamentais**. 2. ed. rev. e ampl. Salvador: Juspodivm, 2007. p. 157-85. esp. p. 162.

¹⁹¹ Sobre a origem do termo (tratado como eugenesia), JIMÉNEZ DE ASÚA, Luis. **Liberdade de amar e direito a morrer**. Belo Horizonte: Mandamentos, 2003. p. 25.

¹⁹² Propostas disponíveis em

<http://www.stf.gov.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=89676&caixaBusca=N>. Acesso em: Out. 2008.

¹⁹³ Íntegra do voto do Min. Gilmar Mendes disponível em

<http://www.stf.gov.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADI3510GM.pdf>. Acesso em: Out. 2008.

Ministro, “[...] a questão não está em saber quando, como e de que forma a vida humana tem início ou fim, mas como o Estado deve atuar na proteção desse organismo pré-natal diante das novas tecnologias, cujos resultados o próprio homem não pode prever”. Quando se analisa a questão da possibilidade de manipulação de genes, observa-se que as vertentes criadas a partir de tal ato são várias. Deve-se analisar de que forma o Direito protege a vida humana no marco da evolução dos denominados direitos fundamentais. Pois, a “quarta dimensão” dos direitos fundamentais tem como núcleo os avanços da ciência genética, isto é, tratam das questões ético-jurídicas relativas ao início, o desenvolvimento, à conservação e o fim da vida humana.

Nesse sentido, deve-se observar que as experiências científicas são realizadas cada vez mais, o que é necessário dentro de um Estado Democrático de Direito, desde que seja preservada a dignidade humana e que sejam traçados limites em relação a manipulação genética, caso contrário a pesquisa perde sua função que é beneficiar os portadores de doenças.

A dignidade da pessoa humana é, nesse contexto, valor fundamental que deve ser considerado a cima de tudo. A vida humana é um bem jurídico, portanto, merece respaldo do ordenamento. É, de fato, a vida uma condição inerente ao ser humano, reafirmando sua natureza de ser social, que procura a cada dia atingir estágios mais avançados de desenvolvimento. O desenvolvimento da sociedade sempre se orientou tendo como valor primordial a pessoa e sua dignidade.

Todavia, não se pode perder de vista que o avanço da sociedade também requer um avanço em relação às pesquisas com embriões excedentes, pois novas doenças surgem e com isso a necessidade na busca por novas soluções, no perfazimento de sanar as desigualdades entre as pessoas portadoras de doenças através da utilização de células troco embrionárias. Pois a evolução dos direitos fundamentais deu lugar a uma concepção de universalidade, que trouxe razão e lógica aos estatutos constitucionais.

Junges assevera que:

A medicina aplicada à reprodução humana é mais protética do que terapêutica. Ela não cura e reabilita a função reprodutiva provocada pela esterilidade, mas cria uma prótese ou substitutivo artificial para a geração através das técnicas de procriação. Seu objetivo é corrigir uma deficiência física ou psíquica da esterilidade masculina ou feminina mais do que readquirir a função procriativa perdida por uma doença ou causa desconhecida¹⁹⁴.

Dessa forma, a medicina se torna um objeto de desejo, pois aquelas pessoas portadoras de doenças recorrem as células embrionárias como uma forma de salvação. Assim, a medicina coloca-se a serviço da satisfação dos desejos humanos e esses são ilimitados. Pois no momento em que os casais inférteis recorrem fecundação *in vitro* com transferência de embrião (FIVETE), homóloga quando o espermatozóide é do marido, e heteróloga quando o espermatozóide é de um terceiro, surge a polêmica em torno da fertilização *in vitro*, pois podem sobrar embriões que serão objeto de pesquisas, o que alguns segmentos da sociedade são desfavoráveis. E para outros é uma forma de salvação.

Inúmeras e importantes consequências jurídicas decorrem do uso dessa técnica. Assim é que o Código Civil regulamenta a reprodução assistida homóloga e heteróloga nos incisos III, IV e V do art. 1.597¹⁹⁵.

¹⁹⁴ JUNGES, Roque. **Bioética**: perspectivas e desafios. São Leopoldo: UNISINOS, 2001. p. 148.

¹⁹⁵ A redação do referido dispositivo é a seguinte: Presumem-se concebidos na constância do casamento os filhos: III – havidos por fecundação artificial homóloga, mesmo que falecido o marido; IV – havidos, a qualquer tempo, quando se tratar de embriões excedentários, decorrentes de concepção artificial

A reprodução assistida é uma das alternativas que o casal tem quando não pode procriar naturalmente, assim destaca-se, o fato de que a evolução da genética, especificamente no campo da reprodução assistida, suscita problemas que nos induzem a procurar respostas no campo do Direito.

Um dos problemas ocorre em virtude dos casais, que tentando a paternidade através das técnicas de reprodução assistida, normalmente produzem vários embriões, sendo um número deles congelado¹⁹⁶ para futuras tentativas, se desejável e necessário. Mas a questão é: se esses embriões não forem desejados, nem mais necessários, que destino dar a eles? Usá-los em pesquisas? Sim, com a aprovação da Lei de Biossegurança ficou definida, através do artigo 5º, a utilização de embriões excedentes resultantes de fertilização *in vitro* para fins de pesquisa, desde que se preserve a dignidade humana.

3 Os embriões excedentes resultantes de fertilização *in vitro* e a proteção a dignidade humana

A pessoa merece proteção desde quando é concebido ou fecundado, não importando a forma como isso aconteceu se por métodos naturais ou artificiais, tendo em vista que a vida precisa ser protegida, principalmente diante dos avanços científicos atuais. Reconhece-se que a pessoa, portadora de personalidade jurídica, é portadora de direitos, dentre os quais se destaca, especialmente, o direito à vida, que é o maior direito do ser humano.

É preciso lembrar que os embriões de laboratório podem representar as futuras gerações, constatando que os seres humanos já nascidos foram, também, embriões em sua etapa de desenvolvimento. Logo, considerados os embriões humanos concebidos e mantidos *in vitro* como pertencentes à mesma categoria das pessoas humanas nascidas pela similitude, sendo aplicável à proteção ao direito à vida. Assim, a Constituição Federal assegura, no caput do art. 5º - que indica, não exaustivamente, os direitos e garantias fundamentais – a inviolabilidade do direito à vida, sem definir, no entanto, a partir de que momento se daria esta proteção.

No entanto, o que se observa hoje é uma mudança paradigmática cujo valor máximo é a proteção da pessoa humana, para o que os direitos da personalidade desempenham um papel importantíssimo, pois a mera circunstância de existir confere ao homem a possibilidade de ser titular de direitos.

Relevante ressaltar que, etimologicamente, nascituro significa aquele que há de nascer, que já está em vida intra-uterina. Tratando-se de fecundação *in vitro*, realizada em laboratório, há necessidade de implantação do embrião no útero, para que se desenvolva, a menos que permaneça congelado ou criopreservado, portanto o conceito tradicional de nascituro ampliou-se para além dos limites da concepção *in vivo* compreendendo também a concepção *in vitro*.

Todavia, decorrente do grande avanço experimentado principalmente na Engenharia Genética, hoje o conceito de nascituro tornou-se mais técnico, englobando, não somente o feto, mas o embrião. Tal ampliação se deu por conta das inovações que possibilitam a fertilização fora do corpo humano.

homóloga; V – havidos por inseminação artificial heteróloga, desde que tenha prévia autorização do marido".

¹⁹⁶ A questão em relação ao tempo de congelamento do embrião está na condição jurídica do ovo congelado ou criopreservado. A possibilidade de o homem poder dispor do ovo humano fora do corpo, abre um novo campo de pesquisas com conseqüências sociais consideráveis, ficando o conceito sujeito a uma série de apreciações que vão desde o padrão de normalidade ao desejo de uma escolha que ultrapassa o desejo do concebido. Machado. Maria Helena. **Reprodução Humana Assistida: aspectos éticos e jurídicos**. Curitiba: Juruá, 2003, p.40.

É importante ter em mente a noção clara de personalidade civil e o momento de seu começo, pois é a partir de sua obtenção que a pessoa adquire direitos e contrai obrigações. Tal fato é muito importante, quando se fala na proteção ao nascituro no que diz respeito à reprodução humana assistida. Em face da flagrante contradição estampada no art. 2º do Código Civil, algumas teorias foram criadas para definir o início da personalidade civil do ser humano, sendo que as mais significativas são a natalista, e a concepcionista.

A primeira delas, fundamentada pelo art. 2º do Código Civil, é a teoria natalista, que defende que a personalidade jurídica só começa com o nascimento com vida e que o nascituro só possui expectativas de direitos. Considera o nascituro como o ente gerado no "útero", sendo que, de acordo com esta corrente, a concepção só ocorre com a nidação, ou seja, a fixação do ovo no útero.

Segundo esta doutrina, o nascituro não é considerado pessoa e somente tem expectativa de direito, desde a sua concepção, para aquilo que lhe é juridicamente proveitoso.

O nascituro não tem personalidade jurídica e também lhe falta capacidade de direito, sendo que a lei apenas protegerá os direitos que possivelmente terá, em caso de nascer com vida, os quais são enumerados taxativamente no ordenamento jurídico.

Para a doutrina natalista, o nascituro é encarado como parte das vísceras da mãe e somente o seu nascimento com vida lhe dá o *status* de pessoa. Adotam a teoria natalista os Códigos Civis da Espanha, Portugal, França, Alemanha, Suíça, Japão, Itália, entre outros.

É uma teoria questionada na atualidade, sob o argumento de que se encontra ultrapassada perante os novos rumos que o Direito vem tomando na busca de acompanhar a evolução humana, ou seja, é um posicionamento que já não se adequou à realidade, pois não se imaginava ter filhos produzidos por fertilização artificial e está longe de uma proteção ampla de direitos da personalidade, tendência do direito Civil pós-moderno. Além disso, mencionada teoria não explica porque o art. 2º reconhece direitos e não expectativas de direitos ao nascituro.

Já a outra corrente, a concepcionista, é enfática em afirmar que a personalidade do homem começa a partir da concepção, sendo que, desde tal momento, o nascituro é considerado pessoa. Os concepcionistas baseiam suas convicções no fato de que, possuindo direitos legalmente assegurados, o nascituro é considerado pessoa, portanto, detentor de personalidade jurídica, pois vários desses direitos não estão condicionados ao nascimento com vida. E o nascituro, ao tê-los, os recebe como se fosse pessoa e não como expectativa de pessoa.

E, com efeito, o que se observa nos mais recentes dados da biologia tem confirmado que, com a penetração do óvulo pelo espermatozóide, surge a viabilidade de uma nova vida, distinta daqueles que lhe deu origem, pois o embrião, a partir desse momento, passa a ser titular de um patrimônio genético único. Ives Gandra da Silva Martins, em defesa do nascituro, sustenta que:

Trata-se, desde a primeira célula, de um **ser humano** e não de um **ser animal**. Se admitíssemos que ainda não fosse um ser humano, apesar de toda a carga genética e seu mapa definitivo de ser humano já estar plasmado no zigoto, teríamos que admitir que todos nós teríamos sido **animais** nos primeiros anos de vida e **só depois nos transformado em seres humanos**.¹⁹⁷ O nascituro é pessoa porque traz em si o germe de todas as características do ser racional. A sua imaturidade não é essencialmente diversa da dos recém-nascidos, que nada sabem da vida e, também não são capazes de

¹⁹⁷ MARTINS, Ives Gandra da Silva. O direito do ser humano à vida. In: MARTINS, Ives Gandra da Silva (Coord.). **Direito fundamental à vida**. São Paulo: Quartier Latin/Centro de Extensão Universitária, 2005. p. 22-34. esp. p. 24.

se conduzir. O embrião está para a criança como a criança está para o adulto. Pertencem aos vários estágios de desenvolvimento de um mesmo e único ser: o homem, a pessoa. Dessa forma, cabe observar que um recém-nascido nada mais é que um nascituro que mudou de lugar e se adaptou a este, passando a respirar. A vida de relação já existia no ventre da mãe, com a mesma ou talvez com mais intensidade do que nos primeiros dias de vida.

Na concepção jurídica, pessoa é um ente físico ou coletivo, susceptível de direitos e obrigações, sendo sinônimo de sujeito de direito. Sujeito de direito, por sua vez, é aquele que é sujeito de um dever jurídico, de uma pretensão ou titularidade jurídica. É o indivíduo que pode exercer as prerrogativas que o ordenamento jurídico lhe atribui, que tem o poder de fazer valer, através dos meios legais disponíveis, o não-cumprimento do dever jurídico.

Inobstante ao exposto, entende-se quando diz que o conceito de personalidade está ligado à de pessoa, o que significa dizer que a pessoa é ser sujeito de direitos e personalidade, possui a aptidão para ser pessoa, ou seja, sujeito de direitos, mas não se tratando de simples expectativas de direitos, mas de direitos atuais, dos quais o nascituro goza desde a concepção.

Para a doutrina concepcionista, em face do tratamento dispensado ao nascituro pelo Direito Penal e pelo Direito Civil, há que se reconhecer a sua personalidade civil, tendo em vista que a legislação calcula a existência desde a concepção, para atribuir-se desde então, direito ao homem, sendo assim irrecusável que a começar desse momento ele é sujeito de direitos e, portanto, pessoa.

4 A lei da biossegurança: repercussões ético-jurídicas

A aprovação da Lei de Biossegurança trouxe consigo desafios que têm relação com o surgimento de novos tipos de relações sociais no quadro cultural da sociedade. As ciências têm experimentado uma evolução nunca antes cogitada: a capacidade de criar e modificar os fundamentos da vida que, conseqüentemente, trazem novos problemas ao ser humano, e impactam diretamente os atores sociais, e por se constituírem em temas que se convertem em fortes desafios mundiais, criam expectativas em grande parte da população. Renasce o debate ético, pois o paradigma científico domina cada vez mais as forças da natureza e, ao mesmo tempo, interfere de forma crescente no mundo natural, suscitando limites.

Nesse sentido diz Eduardo de Oliveira Leite:

As práticas biomédicas, tornadas mais audaciosas, graças a um desenvolvimento tecnológico inusitado, envolvem, a partir de agora, a vida humana de forma integral, apreendendo-a, dominando-a e corrigindo-a, de acordo com os interesses em questão, isto é, procurando melhorar sua qualidade e fazendo suas fronteiras recuarem, como se fôssemos aprendizes de Deus¹⁹⁸.

A perplexidade humana à face das impressionantes mutações das possibilidades de interferência dos homens nos assuntos até então exclusivos da natureza ou da divindade, promove inquietantes indagações, algumas das quais nem sempre respondidas, ou não são respondidas satisfatoriamente, e nesta nova perspectiva surge a bioética, como forma de traçar limites às pesquisas com células-tronco.

O desenfreado avanço da biotecnologia traz a angústia do que não pode ser e a perplexidade de um tempo sem verdades seguras. O fim de uma era e de início de algo novo, ainda não identificado. As manipulações sobre a vida e o surgimento de novas

¹⁹⁸ LEITE, Eduardo de Oliveira. *Da bioética ao biodireito: reflexões sobre a necessidade e emergência de uma legislação*. In: SIMPÓSIO DE BIOÉTICA E BIODIREITO, Londrina, 1999.

formas de procriação, a utilização do ser humano e de seus elementos levou à produção de novas normas jurídicas.

Neste rumo, destaca-se que a Lei nº 11.105/2005 regulamenta a utilização de células-tronco embrionárias para fins de pesquisa e terapia. A história demonstra que o ser humano sempre conviveu com o fato biomédico, entretanto, atualmente, diante do crescente avanço científico surgem situações antes não vivenciadas pela legislação.

Destarte, o Brasil buscou solucionar o destino de tais embriões, promulgando a Lei 11.105/05 (Lei da Biossegurança), destinando-os a pesquisa científica e fixando condições para tanto. A exigência do art. 5º é que a utilização de células—tronco embrionárias se origine de embriões humanos produzidos por fertilização *in vitro* e que não tenham sido utilizadas no procedimento.

Assim, quando o casal que se submeteu a aplicação de alguma das técnicas de reprodução assistida, com a utilização da técnica auxiliar de criopreservação de embriões, faz uso de todos os embriões que foram criopreservados, pode-se dizer que cumpre a finalidade da técnica e não gera saldo de embriões excedentários. No entanto, quando o casal gerou as crianças desejadas e ainda restaram criopreservados gametas fecundados, surge à dúvida sobre o destino a ser dado aos embriões congelados excedentários, então com a aprovação da Lei de Biossegurança utiliza-se esses embriões para fins de pesquisa.

A Lei 11.105/05 (Lei da Biossegurança) também veda de maneira inequívoca linhas de atuação como a prática de eugenia, sob pena de responder como crime de engenharia genética em seres humanos. Na qual há a valoração primordial do ente humano, isto é, a pessoa pelo ser e não pelo ter.

Em qualquer caso, a análise da compatibilidade do mencionado art. 5º em relação ao sistema jurídico de proteção ao nascituro e à vida depende da interpretação que se dê ao momento chamado de “início da vida”, tarefa de cunho hermenêutico a ser cumprida pelo Estado.

Torna-se imperioso, pois, fixar juridicamente o momento do “início da vida”: a par dos aspectos éticos e biológicos, o Direito exige uma definição sobre a questão, trazendo aos integrantes da sociedade determinada segurança jurídica, direito fundamental insculpido no art. 6º da CF. Ora, para concretizar e fixar os lindes do direito à vida é necessário interpretar a previsão do art. 5º, *caput*, da CF, e em tal exercício assume especial importância o Supremo Tribunal Federal, dito “guardião” daquela regra (art. 102, *caput*, da CF).

A premissa para compreender a questão é que o Estado, hoje, é, sobretudo, um Estado Constitucional de Direito, repousando sobre o respeito aos direitos fundamentais. O Liberalismo, empunhado durante muito tempo, cedeu lugar às Declarações de Direitos e aos Direitos Sociais, todos albergados na Constituição. Portanto, a Constituição tem eficácia direta sobre todas as relações jurídicas, e qualquer colisão de interesses haverá de ter por mote a preservação da idéia de unidade e coerência, mantendo harmônico o todo constitucional.

Cabe, então, ao STF o papel de buscar harmonizar juridicamente as diversas teorias acerca do início da vida, valorizando a jurisdição constitucional. Com efeito, o estabelecimento da unidade e da coerência lógica do sistema normativo fazem-se por interpretação. É necessária a intervenção criativa do operador do Direito para concretizar o comando da norma: a norma não tem *vontade* própria nem satisfaz seu fetiche positivo a não ser pela atividade do intérprete.

Nesse sentido Luis Recaséns Siches infere que

el estudio sobre la interpretación del Derecho es un tema esencial, lo mismo en la teoría que en la práctica del Derecho. Tanto que, sin interpretación, no hay en absoluto

ninguna posibilidad de que exista de hecho ni funcione en la práctica ningún orden jurídico.¹⁹⁹

No entanto, essa atividade só pode fazer-se a partir de uma prévia compreensão do intérprete em relação não só ao objeto (norma a ser concretizada), mas também à própria forma de interpretação dele,²⁰⁰ o que se torna mais grave quando se trata da Constituição. É que em tal circunstância cuida-se de buscar o fundamento máximo dentro do sistema, o que pressupõe a escolha da solução mais razoável na adequação da norma ao problema concreto.

A adequação feita pelo intérprete (que aqui é, em última análise, o STF por inarredável função estabelecida na própria Constituição),²⁰¹ ainda quando criativa, não pode ser arbitrária. Permeada por fundamentação cognoscível pelo destinatário dessa atividade, o que lhe permite aferir os valores sobrelevados na concretização da norma constitucional, deve observar ainda os *princípios* ínsitos à idéia de Constituição sob pena de aporia do sistema.

A unidade valorativa é a outra atribuição dada aos princípios em relação à estrutura interna dos sistemas. O sistema jurídico deve abrigar valores homogêneos e compatíveis entre si, não significando, porém, que deva ser considerado como um monolito de valores agregados em torno de formulações literais que expressam comandos, positivados nas normas jurídicas. Não há unidade de valores na sociedade de modo a irradiar uma única tendência valorativa. O que deve ser preservada é a unidade do todo em si²⁰², reforçando a tarefa do intérprete para a solução das antinomias.²⁰³

A visão de unidade da ordem jurídica projeta-se a partir da Constituição e também sobre ela, assumindo relevância justamente pela dialética encontrada na Carta Política, haurida do confronto de diferentes crenças e interesses. Torna-se por isso necessária a unidade de sua interpretação, afinal a Constituição deve ser vista não como mero conjunto de normas justapostas, mas como sistema normativo fundado em um núcleo mínimo e irredutível que deve ser preservado.

Nesse sentido, avulta de importância a interpretação conforme à Constituição, que existe quando determinada norma oferece diferentes possibilidades de interpretação, algumas delas incompatíveis com a Constituição. No *catálogo-tópico de princípios de interpretação constitucional*,²⁰⁴ ela surge como verdadeiro mecanismo de controle de

¹⁹⁹ Apud DANTAS, Ivo. Princípios constitucionais e interpretação constitucional. Rio de Janeiro: Lumen Juris. p. 80.

²⁰⁰ Tem-se aqui a questão da pré-compreensão a que alude Konrad Hesse (Escritos de derecho constitucional (selección). Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1983. p. 44), na esteira de Hans-Georg Gadamer. Aliás, é o próprio Gadamer que, depois de criticar a idéia do purismo conceptual, assevera a inevitabilidade do preconceito na interpretação: “Quem quiser compreender um texto realiza sempre um projetar. Tão logo apareça um primeiro sentido no texto, o intérprete prelineia um sentido do todo. Naturalmente que o sentido somente se manifesta porque quem lê o texto lê a partir de determinadas expectativas e na perspectiva de um sentido determinado” (GADAMER, Hans-Georg. Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. trad. Flávio Paulo Meurer, 2. ed., Petrópolis, RJ: Vozes, 1997).

²⁰¹ O conceito de intérprete é utilizado aqui de maneira restrita, em oposição ao catálogo alvitado por Häberle e que consta de sua obra: HÄBERLE, Peter. Hermenêutica constitucional (a sociedade aberta dos intérpretes da Constituição: contribuição para a interpretação pluralista e “procedimental” da Constituição). trad. Gilmar Ferreira Mendes, Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 1997. p. 15.

²⁰² Na célebre advertência de Carlos Maximiliano, “cada preceito (...) é membro de um grande todo” (MAXIMILIANO, Carlos. *Hermenêutica e aplicação do Direito*. 16. ed., Rio de Janeiro: Forense, 1996. p. 128).

²⁰³ FREITAS, Juarez. ob. cit., p. 52.

²⁰⁴ A expressão é de CANOTILHO, José Joaquim Gomes. ob. cit., p. 1096, sendo que o princípio da interpretação das leis em conformidade com a Constituição é tratado pelo autor nas páginas 1099 e 1100.

constitucionalidade ao firmar a compatibilidade de uma lei com a Constituição,²⁰⁵ procedendo à exclusão das possibilidades de interpretação entendidas como inconstitucionais.²⁰⁶

A interpretação conforme à Constituição é validada pelo princípio da unidade da ordem jurídica, que considera a Constituição como contexto superior às demais normas. As leis e as normas secundárias devem ser interpretadas, obrigatoriamente, em consonância com a Constituição. “*A necessidade de uma interpretação resulta justamente do fato de a norma aplicar ou o sistema das normas deixarem várias possibilidades em aberto...*”.²⁰⁷

Pode-se chegar a vários sentidos para a mesma norma, o que é muito compreensível num sistema pluralista. No entanto, a partir de um parâmetro de razoabilidade,²⁰⁸ deve ser adotada como válida apenas a interpretação que a compatibilize com a Constituição, o que implica restringir a norma de acordo com tal finalidade. Daí, pois, a necessidade de o STF cumprir com o devido critério sua função hermenêutica, ponderando não só o direito à vida, mas também o valor da dignidade humana, de tal forma que não abra ensanchas para eventual eugenia.

5 Notas Conclusivas

As pesquisas realizadas com embriões excedente decorrentes de fertilização *in vitro* representam um avanço para modernidade, mas é necessário que existam formas de controle das técnicas da ciência genética, para que não se fique atrelado a concepções negativas, que impedem o progresso global. Deve-se estar atento a estas transformações e apto a adotar esta nova ciência para assegurar a prevalência de seu aspecto positivo direcionado ao bem comum.

Deste modo, todas as mutações devem acompanhar criteriosamente os princípios em questão de forma a não fugir das rédeas impostas pela ética e pelo Direito quando forem exploradas novas formas e métodos medicinais referentes a avanços biotecnológicos. Cabe então abordar a origem desses embriões que são utilizados para extração de suas células-tronco a fim de melhor definir as etapas por onde atravessam estas células.

Há de se saber que não se tratam de quaisquer embriões. Aqueles utilizados com esta finalidade são os oriundos do procedimento denominado fertilização *in vitro*. Além disso, são aqueles que foram considerados como sendo inviáveis, ou seja, que apresentam menor probabilidade de vir a desenvolver-se e tornar-se um feto e, por conta disso, seriam descartados.

Mas considerando que estes embriões não têm destinação alguma e são descartados ou congelados sem previsão de aplicação para fim algum, podem ser utilizados para pesquisas e quem sabe assegurar o benefício a milhares de pessoas que, sofrem alguma doença.

No momento da seleção entre os embriões com melhor formação celular é que se determinam quais os que, por alguma razão, não possuem grandes chances de serem

²⁰⁵ Conforme notícia de SICCA, Gerson dos Santos. A interpretação conforme à Constituição - *Verfassungskonforme Auslegung* - no direito brasileiro. *Revista de Informação Legislativa*. Brasília, a. 36, v. 143: 19-33, jul./set. 1996. esp. p. 29.

²⁰⁶ Sobre isso ver BASTOS, Celso Ribeiro. *Hermenêutica e interpretação constitucional*. 2. ed. rev. e ampl., São Paulo: Celso Bastos, 1999. p. 170.

²⁰⁷ KELSEN, Hans. *Teoria pura do direito*. 6. ed., trad. João Baptista Machado, São Paulo: Martins Fontes, 1998. p. 392.

²⁰⁸ A idéia é realçada por Uadi Lammêgo Bulos, que alude ainda à *lógica do razoável* atribuída a Perelman, olvidando-se de Sichès (BULOS, Uadi Lammêgo. *Manual da interpretação constitucional*. São Paulo: Saraiva, 1997. p. 54).

bem sucedidos. Estes últimos serão os considerados inviáveis. Quando se fala em "inviáveis" quer-se tratar de seu potencial relativo à produção assistida, o que não os torna inúteis, já que podem ter grande contribuição se utilizados para fins de terapias e pesquisas, como prevê a lei 11.105/05.

Ainda que seja adequado considerar o nascituro como sendo qualquer embrião, situado em qualquer lugar, este argumento ainda assim perde sua validade, uma vez que a lei 11.105/05 é muito específica quanto à qualidade de *inviável* que atribui aos embriões destinados às pesquisas. Assim sendo, não há de se falar aqui em violação ao direito à vida, uma vez que não haveria vida alguma de qualquer maneira, caso os embriões não fossem colocados no ventre materno, logo, há um direito à vida e não um direito sobre a vida.

É necessária a preocupação com as perversidades que poderão ocorrer com a raça humana sob o escudo de aperfeiçoamento e bem estar da espécie, por isso a necessidade de uma adequada interpretação das regras referentes às técnicas de reprodução humana assistida, notadamente sob o prisma da preservação da vida e do melhor interesse do chamado "nascituro". Contribuições à melhoria da qualidade de vida das pessoas podem e devem ser feitas, mas é preciso proceder com muita cautela porque a variação da natureza do homem poderá ocorrer para pior.

Diante de todas essas possibilidades, que podem vir em detrimento da própria espécie, os avanços da ciência, pensados mais a fundo, influenciam diretamente na vida humana e obrigam uma reflexão de toda a teia social, daí o papel de extrema relevância exercido pelo Supremo Tribunal Federal na hermenêutica do direito fundamental à vida. É que, na questão considerada, ser e o dever ser da Constituição estão condicionados por seu momento histórico. A Constituição, como fato histórico que também é, deve ser vista e atualizada de acordo com uma evolução tal, cabendo ao intérprete fazer esse juízo de adequação para conferir à sociedade um *minimum* de segurança jurídica no especial momento considerado.

A lei 11.105/05, portanto, não fere princípio constitucional algum, sendo por outro lado necessárias às descobertas científicas e sua efetivação. O art. 5º da Lei de Biossegurança tem o devido cuidado de deixar claro que os embriões destinados à pesquisa são aqueles cuja vida jamais virá a se desenvolver, protegendo, e não prejudicando, o embrião de onde será extraída uma nova possibilidade de vida: as células-tronco embrionárias.

6 Referências

BASTOS, Celso Ribeiro. Hermenêutica e interpretação constitucional. 2. ed. rev. e ampl., São Paulo: Celso Bastos, 1999.

BARBOZA, Heloisa Helena; MEIRELLES, Jussara M.L.de; BARRETTO, Vicente de Paulo (Org.). Novos temas de biodireito e bioética. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

BARROSO, Luís Roberto. Gestação de fetos anencefálicos e pesquisas com células-tronco: dois temas acerca da vida e da dignidade na Constituição. In: CAMARGO, Marcelo Novelino (Org.). Leituras complementares de Constitucional: direitos fundamentais. 2. ed. rev. e ampl. Salvador: Juspodivm, 2007.

BENTO, Luis Antonio. Bioética: desafios éticos no debate contemporneo. São Paulo: Paulinas, 2008.

BULOS, Uadi Lammêgo. Manual da interpretação constitucional. São Paulo: Saraiva, 1997.

CAMARGO, Marcelo Novelino (Org.). Leituras complementares de direito constitucional: direitos fundamentais. Bahia: JusPodivm, 2007.

- DANTAS, Ivo. Princípios constitucionais e interpretação constitucional. Rio de Janeiro: Lumen Juris.
- FABRIZ, Daury César. Bioética e direitos fundamentais. Belo Horizonte: Mandamentos, 2003.
- FERRAZ, Sérgio. Manipulações biológicas e princípios constitucionais: uma introdução. Porto Alegre: Fabris, 1991.
- GADAMER, Hans-Georg. Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. trad. Flávio Paulo Meurer, 2. ed., Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.
- JIMÉNEZ DE ASÚA, Luis. Liberdade de amar e direito a morrer. Belo Horizonte: Mandamentos, 2003.
- JUNGES, Roque José. Bioética: perspectivas e desafios. São Leopoldo; UNISINOS, 1999.
- KELSEN, Hans. Teoria pura do direito. 6. ed., trad. João Baptista Machado, São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- LEITE, Eduardo de Oliveira. Da bioética ao biodireito: reflexões sobre a necessidade e emergência de uma legislação. In: SIMPÓSIO DE BIOÉTICA E BIODIREITO, Londrina, 1999.
- MACHADO, Maria Helena. Reprodução humana assistida: aspectos éticos e jurídicos. Curitiba: Juruá, 2003.
- MARTINS, Ives Gandra da Silva. O direito do ser humano à vida. In: MARTINS, Ives Gandra da Silva (Coord.). Direito fundamental à vida. São Paulo: Quartier Latin/Centro de Extensão Universitária, 2005.
- MAXIMILIANO, Carlos. Hermenêutica e aplicação do Direito. 16. ed., Rio de Janeiro: Forense, 1996.
- PESSINI, Léo. Bioética: um grito por dignidade de viver. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Paulinas, 2007.
- SARLET, Ingo Wolfgang. Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição de 1988. 6. ed. rev. e atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.
- SARMENTO, Daniel; PIOVESAN, Flávia (Coord.). Nos limites da vida: aborto, clonagem e eutanásia sob a perspectiva dos direitos humanos. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.
- WIDER, Roberto. Reprodução assistida: aspectos do biodireito e da bioética. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.

HOMOPARENTALIDADE: UM DIREITO EM CONSTRUÇÃO

Jacqueline Custódio²⁰⁹

Faculdade de Direito da Fundação Escola Superior do Ministério Público

Mail: jacquecustodio@gmail.com

1.-Introdução

O presente trabalho justifica-se pela grande atualidade do tema, quer seja pelo aspecto inovador de duas decisões do Supremo Tribunal Federal, uma que concedeu a adoção de duas crianças a um casal homoafetivo e outra, mais recente, que reconheceu a união homossexual como estável, quer seja por reações retrógradas que estas decisões vêm causando, reafirmando um preconceito arraigado em uma sociedade conservadora e religiosa como a nossa.

Justamente pelo teor do assunto, é compreensível uma omissão legislativa. Porém, não se pode ignorar os princípios básicos constitucionais de igualdade e de liberdade, assim como o do respeito à dignidade da pessoa humana. Como bem lembrou Maria Berenice Dias, em conferência na Espanha: “Não se pode falar em estado democrático de direito, quando se nega visibilidade a uma parcela de cidadãos”²¹⁰.

A análise dessa questão deve ser feita a partir de duas perspectivas: a do Direito à homoparentalidade e a do melhor interesse de crianças e adolescentes que esperam por dignidade e afeto de uma família substituta. Urge discutir a inclusão e a diversidade, a mudança de paradigmas e de padrões sócio-culturais, o direito a sentir-se humano de maneira integral.

2. Adoção

2.1 Adoção no cenário nacional atual

No Brasil, o processo de adoção seguiu diversas legislações. Inicialmente, com requisitos bastante restritivos, tais como o adotante possuir mais que cinquenta anos e a formalização ser por escritura pública, posteriormente, passando a ser de trinta anos, sendo necessário comprovar a esterilidade do casal.

Modernamente, a adoção tem tomado novos contornos, visando mais aos interesses das crianças e dos adolescentes, orientando-se pelas reais vantagens advindas deste laço criado juridicamente²¹¹. E é neste sentido que a legislação brasileira vem tratando a matéria, que tem, inclusive, proteção constitucional, priorizando o princípio da proteção integral. Tal princípio tem aplicação principalmente no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n.º 8069 de 13 de julho de 1990 – ECA), que coloca em evidência o afeto, a liberdade, o companheirismo como valores estruturantes da família contemporânea²¹².

O princípio que rege a atual lei de adoção é o da prevalência da família, em que a intervenção estatal está voltada para a orientação, para o apoio e para a promoção social

²⁰⁹ Graduada em Medicina pela UFRGS e graduanda da Faculdade de Direito da Fundação Escola Superior do Ministério Público. Mails: jacquecustodio@gmail.com o jacque@rkl.com.br

²¹⁰ Dias, M.B.. Uniões homoafetivas e o atual conceito de família. En:

<http://www.mariaberenice.com.br/pt/unioes-homoafetivas-e-o-atual-conceito-de-familia.cont>.

(Consultado: 25/06/2010).

²¹¹ Rizzardo A. . Direito de Família. 7.ed. Rio de Janeiro Forense, 2009: 545.

²¹² Silva Júnior D. S. Adocao por Casais Homossexuais. Revista Brasileira de Direito de Familia: 2005, 7 (30): 147

da família natural, assegurando o direito à convivência familiar e comunitária²¹³, no sentido de manter ou reintegrar a criança ou o adolescente no seu contexto familiar, ou, se não for possível, em uma família substituta²¹⁴.

2.2 Definição e requisitos para adoção

Na tentativa de obter um conceito mais contemporâneo, Maria Berenice Dias descreve tecnicamente a adoção como “um **ato jurídico** em sentido estrito, cuja eficácia está condicionada à chancela judicial”. Segundo ela, esta conceituação representa somente uma face do instituto²¹⁵. A adoção constitui um parentesco eletivo, pois nasce, exclusivamente, da vontade. Ampliou-se o conceito, baseado na doutrina da proteção integral, privilegiando-se o interesse da criança e do adolescente²¹⁶.

São requisitos para a adoção a observância da idade mínima e a estabilidade familiar. É viável, independente do estado civil, contanto que o requerente tenha no mínimo dezoito anos²¹⁷ e, caso seja casado ou viva em união estável, tenha estabilidade familiar. Tais informações serão avaliadas por uma equipe multidisciplinar²¹⁸, no intuito de aferir o contexto familiar em que o adotando será colocado.

Outros requisitos são a diferença de dezesseis anos entre adotante e adotado, a fim de assegurar a relação de parentalidade²¹⁹, o consentimento de ambos os pais biológicos ou do representante legal²²⁰, excetuando-se os casos em que esses são desconhecidos ou tenham sido previamente destituídos do poder familiar²²¹, bem como, se possível, a manifestação de vontade²²² do adotando.

Afora isso, sempre devem ser levados em conta os reais benefícios para o adotando²²³, entendendo-se por interesses deste o direito a uma família que possa lhe dar atenção, carinho e cuidados, estabelecendo um vínculo familiar estruturado com base na afetividade, sendo, sem dúvida, a condição mais importante e subjetiva, restando ao juiz convencionar o que é melhor para as partes²²⁴.

Por fim, está regulamentado um estágio de convivência, que consiste em um período de avaliação da nova família, realizado por uma equipe técnica do Juízo, no que diz respeito ao processo de adaptação²²⁵.

3. Homossexualidade e adoção

3.1 Conceito de família

²¹³ Girardi V. *O direito fundamental da criança e do adolescente à convivência familiar, o cuidado como valor jurídico e a adoção por homossexuais*. Revista do Advogado, 2008, Ano XXVIII, (101): 120.

²¹⁴ Maciel K.R.F.L.A. “Direito Fundamental à Convivência Familiar”. En: Curso de Direito da Criança e do Adolescente: Aspectos Teóricos e Práticos. Rio de Janeiro, Lúmen Júris, 2010: 76.

²¹⁵ Dias M.B. *Manual de direito das famílias*. São Paulo, Revista dos Tribunais, 2009: 434.

²¹⁶ Pereira T.S. Apud Dias, M.B. *Manual de direito das famílias*. São Paulo, Revista dos Tribunais, 2009: 434.

²¹⁷ Rizzardo A. *Direito de Família*. Rio de Janeiro, Forense, 2009: 590.

²¹⁸ Bordallo G.A.C. “Adoção”. En: Curso de Direito da Criança e do Adolescente: Aspectos Teóricos e Práticos. Rio de Janeiro, Lúmen Júris, 2010: 231.

²¹⁹ Bordallo G.A.C. “Adoção”. En: Curso de Direito da Criança e do Adolescente: Aspectos Teóricos e Práticos. Rio de Janeiro, Lúmen Júris, 2010: 232.

²²⁰ Rizzardo A. *Direito de Família*. Rio de Janeiro, Forense, 2009: 593.

²²¹ Bordallo, *ibid.* p. 235.

²²² *Ibid.* p. 238.

²²³ *Ibid.* p. 240.

²²⁴ Souza A.E.V. e Ferreira N.B.B. “Adoção por casais homoafetivo”. *Revista Jurídica*, 2009, Ano 57, (381): 71.

²²⁵ Bordallo, *ibidem*. p. 242.”

A família, ao longo do processo civilizatório, vem passando por transformações, em que cada diferente estrutura familiar histórica, corresponde um diferente valor a ser protegido. Estas modificações estão relacionadas a fatores de ordem cultural, religiosa e vinculadas à dinâmica econômica e política de cada sociedade²²⁶.

Se, em sua origem, o vínculo familiar tinha cunho eminentemente patrimonialista, as leis tratavam de organizar o casamento, a filiação e a transmissão de bens²²⁷. Hoje está consolidada a noção de afeto como base do matrimônio, com o predomínio da vontade de duas pessoas em constituir uma família, chegando-se à atual concepção de família: não mais exclusivamente a tradicional forma patriarcal, mas, agora, múltipla, em que coabitam pessoas compondo diferentes núcleos familiares.

Independentemente da celebração do casamento, a pluralidade de arranjos familiares está parcialmente reconhecida por nossa Carta Magna, de forma inequívoca em seu texto:

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado

[...] § 3º - Para efeito da proteção do Estado, é reconhecida a união estável entre o homem e a mulher como entidade familiar, devendo a lei facilitar sua conversão em casamento. § 4º - Entende-se, também, como entidade familiar a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes.

Encontram-se ao desamparo, no entanto, outras formas familiares também construídas sobre a base do afeto e da vontade, cujas relações são duradouras, tem construção de patrimônio comum, com laços de responsabilidade e de respeito²²⁸. É o caso das uniões entre pessoas do mesmo sexo.

Ainda que incapaz de gerar prole, característica do ultrapassado conceito patrimonialista de família²²⁹, este arranjo deve ser reconhecido como núcleo familiar no âmbito do Direito brasileiro. Tendo os mesmos requisitos de uma união estável, excetuando-se a exigência de diversidade de sexos, merece a proteção do Estado, encontrando fundamento no princípio da igualdade²³⁰ e no afeto, como valor jurídico a ser protegido.

3.2 Questões pertinentes à adoção por casais homoafetivos

3.2.1 Aspectos sócio-culturais

A adoção por pares homoafetivos encontra enormes entraves, principalmente resultantes de preconceitos arraigados existentes em nossa sociedade em relação ao homossexual, sendo que o maior deles provém das religiões, tem que o sexo, em si, já é um tabu. Contudo, com uma maior desvinculação entre Estado e Igreja, ao longo do tempo, os ditames dessa última têm perdido força nas sociedades ocidentais.

A crença que usualmente é trazida à discussão, quando se trata da adoção por homossexuais, é o “dano potencial futuro por ausência de referências comportamentais e, por consequência, a possibilidade de ocorrerem seqüelas de ordem psicológicas”²³¹, e

²²⁶ Brauner M.C.C (org.). *“As Novas Orientações do Direito de Família. En: O Direito de Família: descobrindo novos caminhos. São Leopoldo, Edição da Aurora, 2001: 9*

²²⁷ Brauner M.C.C (org.). *“As Novas Orientações do Direito de Família. En: O Direito de Família: descobrindo novos caminhos. São Leopoldo, Edição da Aurora, 2001: 9.*

²²⁸ Ibid.. p.10.

²²⁹ Girardi V. *O direito fundamental da criança e do adolescente à convivência familiar, o cuidado como valor jurídico e a adoção por homossexuais.* Revista do Advogado, 2008, Ano XXVIII, (101):¹¹⁷.

²³⁰ Costa A.P.M.(org.). *Ensaio Monográfico: Os Direitos Humanos sob Análise Crítica e Interdisciplinar. Erechim, Edelbra, 2008:293.*

²³¹ Costa A.P.M.(org.). *Ensaio Monográfico: Os Direitos Humanos sob Análise Crítica e Interdisciplinar. Erechim, Edelbra, 2008:109*

que tal convivência possa incentivar ao comportamento homossexual, enfraquecendo, desta forma, o núcleo familiar²³².

Contudo, essas são idéias que podem ser contestadas por inúmeras pesquisas no campo da psiquiatria, da psicologia e da antropologia, ao longo dos últimos trinta anos. É o que conclui o estudo coordenado pela Dra. Elizabeth Zambrano, que resultou na *Cartilha sobre as famílias constituídas por pais homossexuais* :

O resultado geral da nossa pesquisa bibliográfica mostra que as pesquisas empíricas realizadas por diferentes autores indicam a inexistência de diferenças em relação à habilidade para o cuidado de filhos e à capacidade parental de pessoas heterossexuais e homossexuais, bem como demonstra não haver diferenças significativas entre o desenvolvimento de crianças criadas por famílias heterossexuais quando comparadas àquelas de famílias homossexuais.²³³

Em relação à necessidade de um pai e de uma mãe para que as crianças desenvolvam adequadamente seu psiquismo, não é o sexo dos pais ou das mães que vai determinar o bom desenvolvimento infantil, mas, sim, a qualidade da relação que os pais estabelecem com os filhos²³⁴. Também a possível tendência de filhos de homossexuais serem também homossexuais mostrou-se uma falácia, posto não haver evidência disponível com base empírica para tal constatação.²³⁵

Sendo assim, os pares homoafetivos demonstram todas as condições necessárias para o processo adotivo, evidentemente, devendo ser realizada toda a investigação multidisciplinar pertinente a cada caso de adoção, como ocorre quando se trata de casais heterossexuais. A orientação sexual não deve ser o determinante para impedir ou para autorizar a adoção.

3.2.2 Aspectos Jurídicos

A adoção por casais homossexuais vem sendo discutida no meio jurídico, já com diversas decisões concedendo o direito ao adotante solteiro homossexual com base nos princípios da dignidade humana, da igualdade e da não-discriminação²³⁶. Mas quando se trata de postulação em conjunto, por pessoas do mesmo sexo, a primeira barreira que se impõe é a não regulamentação da união homoafetiva²³⁷. Assim, parcela da doutrina brasileira entende que a adoção por casais do mesmo sexo é juridicamente impossível, posto que, diferente da união estável, a união homoafetiva não pode transformar-se em casamento. A relação entre os parceiros deve estar regulamentada, com direitos e deveres determinados, para que um terceiro – o adotado – venha dela participar, sendo este também titular de direitos e de obrigações.²³⁸

Já para outros doutrinadores, as lacunas legais devem ser supridas por de uma interpretação inclusiva da Constituição Federal, equiparando a união homossexual à união estável, por se tratar, a primeira, de uma unidade familiar com características muito semelhantes à última, e passível de proteção jurídica²³⁹.

²³² Silva R.R. "A União entre pessoas do mesmo sexo: uma relação marginal às portas da esfera jurídica". En: O Direito de Família: descobrindo novos caminhos. São Leopoldo, Edição da Aurora, 2001:179.

²³³ Zambrano E.(Coord.).O Direito à Homoparentalidade: cartilha sobre as famílias constituídas por pais homossexuais. Porto Alegre, Venus, 2006: 21.

²³⁴ Ibid.. p.23.

²³⁵ Ibid.. p.26.

²³⁶ Bordallo G.A.C. "Adoção". En: Curso de Direito da Criança e do Adolescente: Aspectos Teóricos e Práticos. Rio de Janeiro, Lúmen Júris, 2010: 214

²³⁷ Ibid.. p. 216.

²³⁸ Ibid.. p. 217.

²³⁹ Ibid.. p. 216.

Conclui-se que existe uma realidade fática da qual o direito não pode se esquivar. Portanto, o não-reconhecimento das uniões homoafetivas, pelo fato de não estarem expressas na Carta Magna, fere o princípio da dignidade da pessoa humana e a vedação constitucional de discriminação em razão do sexo. Até porque no ECA ou no Código Civil, não há proibição à colocação de crianças e de adolescentes em famílias substitutas biparentais homossexuais.

O que deve ser considerado é que o ambiente que vai acolher o adotado seja adequado, equilibrado emocional e materialmente, existindo reais vantagens e benefícios à criança ou ao adolescente. E para isso basta que sejam seres humanos realmente motivados e preparados para a maternidade/paternidade²⁴⁰.

3.3 Adoção por casal homoafetivo

Como visto até aqui, o maior empecilho à adoção por casais homossexuais continua sendo o preconceito. Conforme o Conselho Federal de Psicologia, através de sua cartilha denominada *Adoção: um direito de todos e de todas*²⁴¹, não se verifica óbice, no que tange as possíveis repercussões psicológicas referidas por setores mais conservadores, à adoção compartilhada por pares homoafetivos. Não há respaldo científico quanto ao invocado prejuízo do desenvolvimento da criança pelo fato de ser criado em um lar homoafetivo²⁴².

Uma vez que a legislação sobre essa matéria é omissa, a jurisprudência²⁴³ vem construindo um entendimento para suprir esta lacuna, aplicando os princípios gerais e a analogia e, assim, atendendo aos anseios de um grupo social e de crianças e adolescentes que esperam por famílias que os acolham²⁴⁴.

Neste diapasão, não equiparar a união homossexual à união estável, significa alijá-la do âmbito da proteção jurídica, inconcebível em um Estado que se denomina Democrático, cujos princípios da dignidade da pessoa humana e da isonomia conformam sua lei maior²⁴⁵.

A partir da perspectiva do reconhecimento do valor jurídico do afeto, cumpridas as exigências legais e sendo favorável o parecer psicossocial, não poderia haver restrição à adoção compartilhada por casais homoafetivos. Como bem preceitua Maria Berenice Dias, “as únicas exigências para o deferimento da adoção [...] são que esta apresente **reais vantagens** para o adotado e se fundamente em motivos legítimos”²⁴⁶.

3.4 Via Legislativa

A Lei da Adoção, n.º 12.010, de 3 de agosto de 2009, impôs rígidas limitações, resultando uma burocratização do processo, consignando a necessidade de que, quando compartilhada a adoção, os adotantes devam ser casados civilmente ou que mantenham

²⁴⁰ Silva Júnior E.D. Adoção por Casais Homossexuais. Revista *Brasileira de Direito da Família*. 2005, 7, (30):149.

²⁴¹ *Adoção: um direito de todos e de todas*. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2008.

²⁴² Souza A.E.V e Ferreira N.B.B. “Adoção por casais homoafetivos”. *Revista Jurídica*, 2009, Ano 57, (381): 87.

²⁴³ *Apelação Cível Nº 70013801592, Sétima Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Luiz Felipe Brasil Santos, Julgado em 05/04/2006.*

²⁴⁴ Bordallo G.A.C. “Adoção”. En: *Curso de Direito da Criança e do Adolescente: Aspectos Teóricos e Práticos*. Rio de Janeiro, Lúmen Júris, 2010: 219.

²⁴⁵ Diniz M.A.S.M. *Adoção por Pares Homoafetivos: Uma Tendência da Nova Família Brasileira*. Em: <http://www.ibdfam.org.br/?artigos&artigo=472>. (Consultado: 14/06/2010).

²⁴⁶ Dias M.B. *Manual de direito das famílias*. São Paulo, Revista dos Tribunais, 2009: 446.

uma união estável, deixando, por conservadorismo, de possibilitar a outros grupos familiares semelhante direito, como é o caso da adoção por casais homoafetivos²⁴⁷.

Já existem várias leis orgânicas municipais e algumas constituições estaduais que dispõem sobre a promoção e reconhecimento da liberdade de orientação, prática, manifestação, identidade, preferência sexual etc. Alguns projetos de lei para regularizar a união civil entre pessoas do mesmo sexo estão em tramitação no Congresso Nacional há anos, sem que exista uma efetiva vontade política de trazer o tema à discussão.

Em outro sentido e de forma retrógrada, tramitam também projetos de lei negando a possibilidade de adoção por casais do mesmo sexo²⁴⁸. As argumentações são basicamente religiosas e preconceituosas, sem embasamento jurídico.

3.5 Via Jurisprudencial

No caso brasileiro, especificamente, os direitos fundamentais encontram-se incluídos em um sistema jurídico aberto e flexível²⁴⁹. Se, de um lado, a Constituição Federal de 1988 descreve um leque de direitos, de outro, reconhece direitos fundamentais implícitos, não incluídos expressamente em seus artigos²⁵⁰. São os chamados direitos fundamentais no sentido material²⁵¹, encontrados no comando geral do art. 5º, em seu parágrafo 2º.

Assim, constitucional é também a exegese que parte da possibilidade de identificar e construir de forma jurisprudencial direitos materialmente fundamentais, ampliando, por exemplo, conceitos de família²⁵², não tendo, por evidente, como propósito a exclusão.

Cabe destacar que o não-reconhecimento das uniões homoafetivas como núcleo familiar, e por consequência a adoção compartilhada, opõe-se ao princípio maior da dignidade humana, contrariando novas concepções de família, que têm como base o afeto e a construção de uma vida em comum²⁵³. Tal princípio, em verdade, atua como uma norma legitimadora²⁵⁴ de toda a atividade jurisdicional.

Outra dimensão a ser considerada no campo da construção jurisprudencial é aquela atinente a questões filosóficas envolvidas no tema em tela. A perspectiva aqui é a da família eudemonista e da doutrina do utilitarismo.

Segundo o filósofo contemporâneo Luc Ferry, a família, hoje, assume uma nova figura do sagrado, a medida em que é o resultado daquilo que ele percebe como sendo uma quarta grande revolução na mentalidade humana: a revolução do amor. A família sofreu importantes modificações a partir da invenção recente dos casamentos por amor. Sob a ideia da vida boa, encontra-se a família eudemonista, que se distingue pela busca da felicidade e da realização pessoal de seus integrantes²⁵⁵. É uma concepção que se

²⁴⁷ Silva, U.S. *Adoção por Casal Homoafetivo e o conservadorismo da Nova Lei de Adoção*. Repertório de Jurisprudência IOB – Civil, Processual, Penal e Comercial. 2010, III, (6):189.

²⁴⁸ http://www.camara.gov.br/internet/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=392098. (consultado: 04/07/2010).

²⁴⁹ Sarlet I.W. *A Eficácia dos Direitos Fundamentais: Uma teoria dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009:72.

²⁵⁰ *Ibid.* p.79.

²⁵¹ *Ibid.* p.80.

²⁵² Andrade D.C.M.. *Adoção entre Pessoas do Mesmo Sexo e os Princípios Constitucionais*. Revista Brasileira de Direito da Família. 2005, 7,(30):108.

²⁵³ Andrade D.C.M.. *Adoção entre Pessoas do Mesmo Sexo e os Princípios Constitucionais*. Revista Brasileira de Direito da Família. 2005, 7,(30):110.

²⁵⁴ *Ibid.* p.107.

²⁵⁵ Ferry L. Palestra “Valores da Vida” 6º Fórum Político Unimed/RS, Pensar: um ato político. Porto Alegre, 21 de maio 2010.

coaduna com reconhecimento do valor jurídico do afeto²⁵⁶, e justifica o parentesco eletivo, “pois a verdadeira paternidade funda-se no desejo de amar e de ser amado”²⁵⁷. Uma decisão que tenha como critério o aumento geral de felicidade, de acordo com o princípio da utilidade de Jeremy Bentham²⁵⁸, seria, portanto, moralmente correta. Trata-se de uma teoria que toma as consequências como parâmetro para julgar as ações humanas, tendo como objetivo primordial que a vida das pessoas transcorra da melhor forma possível²⁵⁹. Trazido para o contexto da justiça, o utilitarismo pode ser um meio satisfatório de lidar com questões controvertidas²⁶⁰, como no caso da adoção aqui tratada, considerando tanto a quantidade de felicidade proporcionada aos postulantes, quanto o bem estar do próprio adotando, concretizando o que se entende por *reais vantagens* postuladas no art. 43 do ECA.

4. Conclusão

Foram, aqui, apontados alguns dos inúmeros aspectos envolvidos na questão da adoção por casais do mesmo sexo. É uma discussão que se mostra bastante complexa, envolta por preconceito e que clama por uma reflexão envolvendo princípios que, por essa condição, necessitam ser ponderados: o da dignidade da pessoa humana, da igualdade e do melhor interesse da criança.

Apesar da histórica decisão proferida pelo Superior Tribunal Federal sobre a possibilidade de adoção por casais homoafetivos, ainda há um caminho para ser trilhado no sistema jurídico nacional, a fim de efetivar direitos fundamentais de uma parcela de nossa população. A falta de legislação específica, no entanto, vem sendo suprida por jurisprudência, que busca na Constituição Federal elementos suficientes e determinantes para fundamentar suas decisões favoráveis.

A consolidação desta jurisprudência deu-se em 5 de maio de 2011, quando o Supremo Tribunal Federal, guardião de nossa constituição, decidiu por unanimidade reconhecer a união estável para casais homossexuais, colocando por terra a barreira legal para a implementação do direito à adoção.

Afastado o falacioso argumento de prejuízo de ordem psicossocial, uma vez que não foram encontradas diferenças significativas entre crianças criadas no seio de famílias hetero ou homossexuais, o que realmente deve ser buscado à exaustão são pais que apresentem todas as condições de educar e amparar uma criança, efetivando o princípio da proteção integral à criança e ao adolescente.

E isso não é, por certo, uma prerrogativa da família heterossexual. Em última instância, é o direito à felicidade, tanto dos adotantes quanto dos adotados, que é respeitado quando se diz sim à adoção por casais homoafetivos.

Referências Bibliográficas

Adoção: um direito de todos e de todas. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2008.

²⁵⁶ Silva Júnior E.D. Adoção por Casais Homossexuais. *Revista Brasileira de Direito da Família*. 2005, 7, (30): 130.

²⁵⁷ Dias M.B. *Manual de direito das famílias*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2009: 434.

²⁵⁸ Shaw W. H. *Contemporary Ethics: taking account of utilitarianism*. Oxford, Blackwell, 1999: 8. Por princípio da utilidade, entendemos o princípio segundo o qual toda ação, qualquer que seja, deve ser aprovada ou rejeitada de acordo com sua tendência de aumentar ou diminuir o bem-estar das partes envolvidas pela ação. (tradução livre)

²⁵⁹ Shaw W. H. *Contemporary Ethics: taking account of utilitarianism*. Oxford, Blackwell, 1999: 11.

²⁶⁰ *Ibid.* p.215.

- Andrade D.C.M.. Adoção entre Pessoas do Mesmo Sexo e os Princípios Constitucionais. *Revista Brasileira de Direito da Família*. 2005, 7,(30): 99-123..
- Bordallo G.A.C. “Adoção”. En: *Curso de Direito da Criança e do Adolescente: Aspectos Teóricos e Práticos*. Rio de Janeiro, Lúmen Júris, 2010.
- Brauner M.C.C (org.). “As Novas Orientações do Direito de Família. En: *O Direito de Família: descobrindo novos caminhos*. São Leopoldo, Edição da Aurora, 2001.
- Costa A.P.M.(org.). *Ensaio Monográfico: Os Direitos Humanos sob Análise Crítica e Interdisciplinar*. Erechim, Edelbra, 2008.
- Dias M.B. *Manual de direito das famílias*. São Paulo, Revista dos Tribunais, 2009
- Dias M.B. *Unões homoafetivas e o atual conceito de família*. En: <http://www.mariaberenice.com.br/pt/unioes-homoafetivas-e-o-atual-conceito-de-familia.cont>. (Consultado: 25/06/2010).
- Diniz M.A.S.M. Adoção por Pares Homoafetivos: Uma Tendência da Nova Família Brasileira. Em: <http://www.ibdfam.org.br/?artigos&artigo=472>. (Consultado: 14/06/2010).
- Ferry L. Palestra “Valores da Vida”, 6º Fórum Político Unimed/RS, Pensar: um ato político. Porto Alegre, 21 de maio de 2010.
- Girardi V. O direito fundamental da criança e do adolescente à convivência familiar, o cuidado como valor jurídico e a adoção por homossexuais. *Revista do Advogado*, 2008, Ano XXVIII, (101): 116-123.
- Maciel K.R.F.L.A. “Direito Fundamental à Convivência Familiar”. En: *Curso de Direito da Criança e do Adolescente: Aspectos Teóricos e Práticos*. Rio de Janeiro, Lúmen Júris, 2010.
- Pereira T.S. Apud Dias, M.B. *Direito de família e o novo código civil*. Belo Horizonte, Del Rey, 2003.
- Rizzardo, A. *Direito de Família*. Rio de Janeiro, Forense, 2009.
- Sarlet I.W. *A Eficácia dos Direitos Fundamentais: Uma teoria dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009.
- Shaw W. H. *Contemporary Ethics: taking account of utilitarianism*. Oxford, Blackwell, 1999.
- Silva Júnior E.D. Adoção por Casais Homossexuais. *Revista Brasileira de Direito da Família*. 2005, 7, (30): 124 -159.
- Silva, U.S. Adoção por Casal Homoafetivo e o conservadorismo da Nova Lei de Adoção. *Repertório de Jurisprudência IOB – Civil, Processual, Penal e Comercial*. 2010, III, (6): 183 – 187.
- Souza A.E.V. e Ferreira N.B.B. “Adoção por casais homoafetivos”. *Revista Jurídica*, 2009, Ano 57, (381): 65-90.
- Zambrano E.F.(Coord.). *O Direito à Homoparentalidade: cartilha sobre as famílias constituídas por pais homossexuais*. Porto Alegre, Venus, 2006.

QUESTÕES DE BIOÉTICA POSTAS EM CENA NO FILME “NÃO EVOCARÁS O SANTO NOME DE DEUS EM VÃO DE KRYSZTOF KIESLOWSKI

*Ana Carolina da Costa e Fonseca*²⁶¹

“Não evocarás o Santo Nome de Deus em vão”, segundo filme do “Decálogo” (1989) de Krzysztof Kieslowski, conta a história de uma mulher grávida do amante, que precisa decidir entre ter o filho e ficar com o amante e fazer um aborto e ficar com o marido, que foi gravemente ferido num acidente e está quase morrendo no hospital. Como esta é a primeira gravidez desta mulher de cerca de 40 anos, ela supõe que jamais terá outro filho que não este e que seu marido é estéril. A mulher procura o médico que cuida do marido para saber do prognóstico e tomar sua decisão. O filme não defende uma tese, isto é, não defende a moralidade ou a imoralidade do aborto. Os personagens, tampouco, julgam a mulher grávida do ponto de vista moral. O filme coloca em cena de maneira sutil problemas de bioética que tratam das relações médico-paciente e médico-familiares, das dúvidas a respeito do diagnóstico, da divergência entre o que está escrito nos livros de medicina e a prática médica, da dificuldade de conversar sobre prognósticos, da possibilidade de se omitirem prognósticos não-favoráveis ao paciente e conseqüentemente de se tratar o paciente sem o seu consentimento, e da dificuldade que os familiares têm de lidar com a incerteza de um prognóstico aparentemente não-favorável. Devido à sutileza com que as questões são apresentadas, o filme exige que o expectador pense com vagar a respeito do que assistiu. Do ponto de vista didático é um excelente exercício de sensibilização, que se desenvolve de modo expositivo neste artigo.

O cenário é a Polônia durante o regime socialista. A pretendida igualdade de classes sociais faz com que um médico que trabalha num hospital público e uma musicista famosa morem no mesmo edifício. Apesar das diferenças no mobiliário, o conforto da vida é limitado para ambos, que precisam, por exemplo, aquecer a água do banho no fogão. Neste contexto de aparente igualdade, a bela e angustiada personagem aguarda por aquele que poderá lhe fornecer uma informação decisiva: seu marido sobreviverá? Ela fuma em silêncio e demora a verbalizar sua angústia. Quando, finalmente, consegue parar à porta do médico, antes mesmo de bater, ele a abre e a olha como se a tivesse descoberto fazendo algo errado. O médico lembra da vizinha, que atropelou seu cachorro há dois anos, mas não do seu marido. Ela quer lhe falar e ouve como resposta que poderá procurar alguém da equipe médica quarta-feira, das três às cinco da tarde, quando atendem os familiares. São sete e meia da manhã de segunda-feira. Se ela não tivesse urgência em lhe falar, não o teria procurado em casa. E se soubesse que seria bem recebida, talvez não tivesse hesitado tanto. A resposta brutal – “lamento ter atropelado seu cachorro e não o senhor” – não é suficiente para provocar compaixão no médico.

O apartamento dela parece mais amplo, é bem decorado e contém um único ser vivo: plantas, que serão desfolhadas, enquanto ela reflete enigmaticamente sobre sua situação. Ao descer novamente do andar aonde mora para o andar do médico, ouve que ele poderá falar com ela no mesmo dia, caso seja urgente, o que é evidente.

²⁶¹ Doutora em Filosofia. Professora de Filosofia na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e de Filosofia do Direito na Faculdade do Ministério Público (FMP), Brasil.

Enquanto ele caminha até o hospital, ela vai de carro. Quando ele chega, ela já se encontra sentada ao lado do marido, que jaz moribundo e parece não perceber sua presença. Quando procura o médico, a enfermeira, burocraticamente, lhe diz que não recebem familiares naquele dia. Os sentimentos da esposa não são percebidos. Uma vez por semana ela poderia ter informações sobre o marido. Nos demais dias, deve guardar sua dor. Uma semana é muito tempo para quem aguarda por notícias que podem ser ruins e que deseja que sejam boas. O marido está muito mal e não há como fazer um prognóstico. A esposa lhe impõe um dever: dizer se ele sobreviverá. O único dever de um médico é cuidar de seus pacientes da melhor maneira possível. A dificuldade está em determinar, caso a caso, o que é o melhor.

A angústia da esposa é absolutamente compreensível para o expectador: ela quer saber como o marido está. O médico, por sua vez, parece desprezar o que a esposa sente e se irrita com sua insistência. O que dizer, como dizer, quando dizer, são problemas para a ética médica. É difícil dar notícias tristes, é difícil revelar as limitações do conhecimento médico. Jamais podemos esquecer, contudo, que o paciente e os familiares sofrem e que o sofrimento exige mais dos profissionais da saúde para que o tratamento dispendido seja, efetivamente, respeitoso. O médico estava preocupado em cuidar do corpo e esqueceu que o corpo contém uma alma²⁶².

O desejo por alguma resposta faz com que ela insista em falar com ele. Há uma disputa de poder entre ambos: ela quer informações, que ele não tem como lhe dar. O médico diz que há muitas incertezas na medicina. A esposa responde que “americanos contam o diagnóstico”. Para o médico, isso é um erro. E é diferente quando as previsões são otimistas. O que, inicialmente, se apresenta como uma recusa de dar um prognóstico, quando não há certeza, se transforma numa recusa em dar notícias ruins. Os modelos paternalista e contratualista se opõem. No modelo paternalista, o médico toma as decisões para proteger pacientes e familiares que não têm condições de tomar decisões pelo mero fato de não serem médicos. No modelo contratualista, a relação se estabelece entre partes igualmente autônomas que têm atribuições diferentes. Ao médico, cabe fornecer informações técnicas que incluem prognósticos e alternativas de tratamento. Ao paciente, e, eventualmente, aos familiares, cabe decidir o que parece o melhor para *suas* vidas. O conceito “vida” é compreendido num sentido não meramente biológico, como também psicológico. Estar vivo não é apenas ter um corpo que realiza certas funções biológicas, mas agir no mundo, o que dá sentido à vida. No filme, o médico não apenas toma para si o poder de decidir o que os familiares devem saber, como também confessa sua dificuldade em dar notícias ruins. Como previsões otimistas dão esperança, parece não haver problema em dá-las mesmo quando há pouca certeza. Previsões não-otimistas, contudo, causam dor, e o médico prefere deixar a esposa do seu paciente sentindo a angústia da incerteza a ser a causa de outro tipo de dor. Ela quer saber a verdade, quer saber se ele morrerá, quer saber o que pode fazer. O médico lhe diz que pode apenas esperar.

Ela, então, conta seu dilema. O médico parece compreender a esposa pela primeira vez. Ela revela que sempre teve dificuldade para engravidar e que está grávida de três meses. Seu marido não é o pai da criança. E se fizer um aborto nunca mais engravidará. Se o marido viver, ela não pode ter o filho. Ela ama o marido e o amante de maneiras diferentes. O médico lhe diz que as chances de recuperação são pequenas. “É isso o que dizem os livros científicos.” Como médico, contudo, já viu pessoas que suponha que morreriam viverem, e já viu pessoas que suponha que viveriam morrerem. A medicina

²⁶² Alma, neste artigo, se refere exclusivamente à parte não-corpórea do ser humano, que se relaciona com os sentimentos. Não há qualquer conotação religiosa.

se baseia em evidências científicas, mas não há certeza nos prognósticos. A certeza do prognóstico sem esperança parece substituída pelo ímpeto de dar esperanças. O médico não quer ser responsável pela decisão de abortar. A esposa precisa decidir entre o homem que lhe dá segurança e conforto, o marido, e o que lhe desperta paixão, o amante. Escolher o filho e o marido parece egoísmo de quem quer ter tudo. O último recurso para criticar a atitude do médico consiste na sugestão de que deve pedir a Deus por absolvição. Quem deve ser absolvido? Ele por não impedir que aborte? Ela porque irá abortar? Afinal, o médico não lhe deu esperanças, como tampouco tirou-as. Este é o único momento em que o aborto parece ser reprovado do ponto de vista moral. E o único em que o nome de Deus é evocado. Foi evocado em vão?

No filme, não são os motivos mais facilmente aceitos que provocam na mulher o desejo de abortar: ela não foi vítima de um estupro, não tem outros filhos, não tem problemas econômicos, sua vida não está em risco. Ela decide abortar pensando na vida que deseja ter: entre o marido e o amante, escolhe o marido. Apesar de desejar o filho, prefere não tê-lo e manter o casamento. Conservadores criticariam fortemente a mulher: ela tem um amante, não foi cuidadosa ao manter relações sexuais e ficou grávida, e agora, por motivos que poderiam ser tomados como fundamentalmente egoístas, quer matar um ser inocente. Devido ao aspecto conservador (e equivocado²⁶³) desta avaliação, poderíamos nos surpreender com a atitude do médico. Ele, que dedica sua vida a salvar vidas, jamais critica a esposa. Talvez ele venha a mentir a respeito do prognóstico para que ela não aborte, talvez se equivoque inconscientemente pelo mesmo motivo, ou talvez seja sincero e apenas se equivoque. Numa das interpretações possíveis, ele não podia prever o que estava para além do conhecimento médico disponível para ele, ou para além do que pode ser explicado cientificamente. O fato é que jamais julgou a esposa do seu paciente. Aos seus olhos, ela não é uma adúltera, irresponsável e assassina, ela é apenas uma mulher que precisa decidir que rumo dará à própria vida.

Um amigo leva a mochila de alpinista do marido para o apartamento dele e da esposa, que se recusa a guardá-la. Se seu marido ainda vive, ainda é sócio do clube de alpinismo, não há porque alterar elementos tão fundamentais da sua vida. O amigo parte. Ela diz para si mesma que já “não é tão difícil”, e, com um sorriso no rosto, quebra um copo de chá. O espectador não sabe o que deixou de ser difícil: conviver com a possibilidade de o marido morrer? Escolher entre ficar com o marido ou com o amante? Na cena seguinte, ouve música, quando o amante lhe telefona. Ele fala da saudade que sente. O olhar dela não se altera. O amor do amante não mais lhe toca. Se a escolha está feita, talvez não seja mais difícil aguardar pela recuperação do marido. Mesmo que sua vida esteja em risco, ao menos a esposa não está mais dividida. Ela sabe o que quer. Precisa, apenas, continuar esperando.

Um ginecologista a examina e informa que está tudo bem com o feto. Ela manifesta seu desejo de abortar. Ele não se surpreende, não a repreende, apenas informa que é o último momento para que façam o aborto, que marca para dois dias depois. Ele fala sobre o aborto com a mesma tranquilidade com que falou que o feto está bem. Ele não pergunta se ela tem certeza do que quer, tampouco pergunta sobre sua motivação. E marca o procedimento sem qualquer consideração moral, como se este fosse um dentre os procedimentos possíveis em caso de não haver problemas com uma gestação. Nesta situação, contudo, o excesso de neutralidade em relação à decisão de abortar parece prejudicial. É louvável que ele não tenha julgado a paciente com base em valores morais próprios. Entretanto, ele não sabe se ela refletiu sobre o pedido. O aborto é um

²⁶³ Peter Singer em *Ética prática* e Judith Thompson em “Uma defesa do aborto” refutam os argumentos conservadores.

procedimento irreversível com conseqüências que sempre causam dor à mulher, mesmo que ela não deseje ter o filho que espera. Não há moralismo em pedir que a paciente reflita antes de o procedimento ser realizado.²⁶⁴

A esposa encontra-se com um desconhecido que lhe entrega um presente do amante e lhe dá notícias dele. Ele se surpreende com sua frieza. Agora que a decisão está tomada, nada lhe parece tão difícil. Basta o transcurso do tempo, no futuro próximo, o aborto, e, depois, a espera pela recuperação do marido.

O médico examina lâminas, que mostra a um jovem colega, que foi seu aluno. Ele quer sua opinião. O ex-aluno sugere cautela na avaliação. O médico diz que esqueça o que ensinou. Ele exige do aluno a atitude que até então se recusou a tomar: ele quer uma opinião. A resposta é “progressão”. O expectador fica em dúvida se a doença está progredindo ou se o paciente está progredindo. O médico está preocupado com o caso e sabe que há situações em que a medicina não consegue explicar os fatos. E quem consegue? E como? Pela experiência? Pela intuição? Hodiernamente, entende-se que a medicina deve se basear em evidências. Contudo, todos sabem que há o que não é explicável pela medicina. O médico parece não saber se deve acreditar ou não no que os exames indicam. Cautela não lhe parece o melhor neste caso.

O amante liga novamente para a esposa. Ele está longe, ela não irá ao seu encontro. Decidiu pelo aborto e pelo marido, apesar de seu estado ser grave. O amante sabe que se abortar e o marido morrer, ela não quererá mais ficar com ele. Ele reafirma seu amor. Ela reafirma que sabe que não ficarão juntos. Impassível, diz que ele deverá pedir para alguém buscar as partituras. Ouvimos o que ela talvez não tenha ouvido: “eu te amo”, quando o telefone está quase de volta ao gancho.

No dia seguinte, volta ao hospital. O marido parece pior. Ela fala, ele não responde. Ela diz que lhe ama, o mesmo que o amante lhe dissera no dia anterior. O assistente do médico, com quem discutira o prognóstico no dia anterior, vê a cena. O marido delira novamente. Ela procura o médico mais uma vez e lhe diz que fará o aborto em uma hora e que não quer que o médico fique com a consciência tranqüila por ter se recusado a lhe dar um prognóstico. Ele deve sentir culpado não pela morte do filho que espera, mas porque não contribuiu para a tomada de decisão. No modelo contratualista, cabe ao médico fornecer as informações médicas e, neste caso, à esposa tomar a decisão. Ela parece relutar em agir conforme a decisão tomada racionalmente. Ela deseja o filho que jamais pôde ter. O amor, e talvez a culpa, fazem com que escolha o marido e tente se livrar do passado. O médico, então, lhe diz que não faça o aborto porque o marido morrerá. Ela pergunta como ele sabe. Ele diz que a propagação é intensa e mais poderosa. Não há chances de sobreviver. Antes que ela saia, ele pergunta se ela toca na Orquestra Filarmônica e diz que gostaria de assisti-la. Pela primeira vez percebemos que ele está interessado nela: não quer que faça o aborto, quer ouvi-la tocar. O filho e a música são dois dos elementos mais importantes de sua vida, e ele se preocupa com ambos. Ela não aborta.

Surpreendentemente, o marido desperta, sua aparência está mais saudável. Não mais delira. E, simbolicamente, observa uma mosca que estava quase se afogando no copo de

²⁶⁴ Dworkin, ao discutir sobre a decisão *Roe vs. Wade*, que reconheceu em 1973 o direito das mulheres abortarem em qualquer situação nos Estados Unidos, destaca que a exigência de um certo tempo entre o pedido para a realização de um aborto e sua realização não interfere na privacidade da mulher, apenas permite que ela reflita sobre a decisão a ser tomada. Apesar de reconhecer, igualmente, que este subterfúgio pode, em algumas situações, ser tomado como a imposição de um constrangimento desnecessário que faz com que a mulher não aborte não em decorrência de uma mudança em sua vontade, mas por não querer passar pela mesma situação novamente.

suco se salvar ao conseguir subir pela colher. Também ele subiu de volta à Terra. Ele está vivo. Ela toca na Filarmônica. Supõe-se que o médico a assiste. Mesmo aonde deveria haver uma profusão de sentimentos, aonde há música, que nos toca, segundo Nietzsche²⁶⁵, de modo profundamente instintivo, ainda há frieza.

O marido vai ao consultório do médico lhe agradecer. O médico afirma que nestes casos, não há o que agradecer. Ele nada fez para salvar o paciente que esteve próximo da morte, “quase do lado de lá”. O paciente lhe conta que terá um filho. Com o mesmo semblante de sempre, o médico responde que fica feliz. O paciente pergunta se o médico sabe o que significa ter um filho. O médico assente. E o filme acaba mostrando a felicidade daquele que quase morreu. Ele é o único a sorrir, num filme em que os personagens não têm nomes.

Bibliografia

COSTA, María Victoria. “El concepto de autonomía en la ética médica: problemas de fundamentación y aplicación”. *Perspectivas bioéticas en las américas*. Flacso, ano 1, n. 2, segundo semestre de 1996, p. 89-116.

DWORKIN, Ronald. *O domínio da vida*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

KIESLOWSKI, Krzysztof (diretor). *Decálogo* [filme], 1989.

NIETZSCHE, Friedrich Wilhelm. *O nascimento da tragédia*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

SINGER, Peter. *Ética prática*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

THOMPSON, Judith Jarvis. “A defense of abortion”. In: SINGER, Peter; KUHSE, Helga. *Bioethics, an anthology*. Oxford: Blackwell Publishers, 1999, p. 36-45.

²⁶⁵ Em “O nascimento da tragédia”, Nietzsche contrapõe duas formas de compreender o mundo, uma fundamentada racional e outra fundamentalmente instintiva. A ópera coloca em cena simultaneamente essas duas maneiras de conhecer, as narrativas cantadas acompanham a música instrumental.

**EL DERECHO A LA VIDA DE LA PERSONA POR NACER:
CONSIDERACIONES JURIDICAS, IUSFILOSOFICAS Y BIOETICAS**

*Susana Isabel Estrada**

*Graciela E. Assaf de Viejobueno***

*Profesora asociada a/c de cátedra Universidad Católica de Santiago del Estero, profesora adjunta Universidad Nacional de Tucumán, investigadora categoría III. Miembro de la Comisión de Bioética en investigación de la Universidad Nacional de Tucumán. Miembro consultivo del Consejo de Bioética del Sistema provincial de Salud de Tucumán. Miembro de la Sociedad Argentina de Bioética

**Profesora Titular de “Filosofía del Derecho” en la Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino. Profesora adjunta de “Historia del Pensamiento Filosófico” en la Universidad Nacional de Tucumán. Investigadora, categoría III. Miembro de la Comisión de Bioética en Investigación de la Universidad Nacional de Tucumán.

I.- Introducción

El progreso científico y tecnológico en el campo de las ciencias de la vida y de la salud acontecido a partir de la segunda mitad del siglo XX ha puesto en peligro el bien máspreciado, la vida humana, por lo que se torna imperioso revestirla de tutela legislativa. Lamentablemente, los esfuerzos para concretar tal tutela han sido obstaculizados en algunos casos, e indebidamente sesgados en otros, por los enormes intereses existentes a nivel planetario.

La vida humana, y particularmente la vida del concebido, es la que mayor trascendencia encierra en la actualidad por los ataques de que está siendo objeto y por ello la necesidad de consolidar una legislación integral de protección a la persona del concebido que tutele sus derechos plenamente, tanto dentro como fuera de seno materno. El vacío legal de nuestro derecho frente a los inusitados avances biotecnológicos y genéticos que van provocando cambios sustanciales, resulta incomprensible y genera una situación de inseguridad que es imperioso revertir en resguardo de la integridad y la vida del embrión humano.

Este tema merece ser considerado también desde la ius-filosofía y desde la bioética. En la base de toda Bioética se admite con razón de que “lo técnicamente posible no siempre es moralmente aceptable” a lo que se le podría agregar lo que dijo Celso, el gran jurisconsulto romano: “*Non omne quod licet honestum est*”.

En efecto, el hombre contemporáneo ha progresado a pasos agigantados en el mundo científico y tecnológico pero tiene grandes confusiones acerca de su identidad y su destino. Tiene a su disposición un enorme abanico de medios y posibilidades y parejamente una absoluta confusión de fines.

Basta recordar cómo, a veces, se han aplicado los resultados de los descubrimientos de la investigación científica y tecnológica. No obstante los enormes beneficios que la humanidad puede recabar de ellos, algunos aspectos de dicha aplicación representan una clara violación del orden de la creación, hasta el punto en que no sólo se contradice el carácter sagrado de la vida, sino que la persona humana misma y la familia se ven despojadas de su identidad natural. Para zanjar esta cuestión no se requiere optar entre ciencia y ética: se trata más bien de adoptar un método científico que respete realmente los imperativos éticos.²⁶⁶

²⁶⁶ Benedicto XVI: “Discurso ante la ONU” *L’Osservatore Romano* del 25 de abril de 2008 N°17 Pág. 10

II.- Consideraciones iusfilosóficas y bioéticas en torno a la persona por nacer

II-1.- La dignidad humana

Entre los argumentos ius-filosóficos y bioéticos que fundamentan el derecho a la vida del niño por nacer, está el tema de la dignidad humana.

La protección de la vida humana presupone el respeto por la dignidad del hombre como persona, en conexión con su pasado y con su futuro, abierto ante las nuevas realidades, pero al mismo tiempo en alerta frente a todo lo que pueda redundar en detrimento de la dignidad esencial de hombre cuando el desarrollo científico o tecnológico estén vacíos de valores morales. El respeto absoluto a la vida humana desde su inicio en la concepción, cualquiera fuera el lugar en que ésta tenga lugar, hasta su fin natural, señala la frontera que la biotecnología jamás moralmente debe franquear.

La dignidad humana nace desde el momento de su existencia y si ésta está ligada al momento de su concepción, todo ataque al *nasciturus* es un ataque a su vida y consiguientemente a su dignidad.

Uno de los puntos que el hombre no termina de percibir acabadamente es lo que atañe a su dignidad.

La dignidad ontológica del hombre se le escapa desplazada por su dignidad moral.

La dignidad ontológica del hombre está relacionada con su naturaleza, con su ser esencial, con su origen y destino. Venimos de Dios y a El volvemos. La dignidad del hombre procede de haber sido hecho a imagen y semejanza de su Creador, según el Génesis y la posee todo hombre por el hecho de ser tal.

Aún para el agnóstico es fácil deducir la dignidad ontológica del hombre sin necesidad de recurrir al dato revelado por la sola constatación de su superioridad en el orden de los seres creados en razón de la entidad espiritual de su alma. La persona entraña un valor absoluto, no sólo por ser superior a los demás seres materiales sino porque no es intercambiable, manipulable o sustituible por nada. La actitud condigna en relación a ella es la de respeto, reconocimiento y promoción. Al respecto sostiene la *Evangelium Vitae* que “todo hombre abierto sinceramente a la verdad y al bien, aún entre dificultades e incertidumbres, con la luz de la razón y no sin el influjo secreto de la gracia, puede llegar a descubrir en la ley natural escrita en su corazón el valor sagrado de la vida humana desde su inicio hasta su término.”

La dignidad moral del hombre, en cambio, está relacionada con sus actos u operaciones. Mientras la dignidad ontológica es idéntica en todo hombre, varía con cada uno su dignidad moral ya que ella depende de su conducta. No es la misma dignidad moral la que tiene un santo que la que tiene un asesino. Esta dignidad moral todavía no la posee el niño por nacer aunque sí posee la dignidad ontológica.

II-2.- El *status* biológico de la persona por nacer

Dentro del encuadre jurídico la noción de persona es inescindible de su soporte natural y biológico, que es el ser humano, y actualmente desde el punto de vista legal todo ser humano es persona. La Academia Nacional de Medicina se ha pronunciado en este sentido:

“El derecho a la vida es sagrado e inviolable en cada momento de su existencia y por lo tanto negar ese derecho es negar todos los derechos que, precisamente, tienen sentido desde el primer instante de la concepción. Que la vida humana comienza con la fecundación es un hecho científico con demostración experimental; no se trata de un argumento metafísico o de una hipótesis teológica”.

La misma postura adoptó la Comisión Nacional de Ética Biomédica de la República Argentina en reunión extraordinaria del 30 de septiembre de 1999 en la que se sometió a votación la cuestión del comienzo de la existencia de la vida humana, y en forma pacífica se consideró que dicho momento era el de la concepción. Y en reunión plenaria del 30 de septiembre de 2010 la Academia Nacional de Medicina emitió el siguiente pronunciamiento:

“Que el niño por nacer, científica y biológicamente es un ser humano cuya existencia comienza al momento de su concepción. Desde el punto de vista jurídico es un sujeto de derecho como lo reconoce la Constitución Nacional, los tratados internacionales anexos y los distintos códigos nacionales y provinciales de nuestro país.

Que destruir a un embrión humano significa impedir el nacimiento de un ser humano.

Que el pensamiento médico a partir de la ética hipocrática ha defendido la vida humana como condición inalienable desde la concepción. Por lo que la Academia Nacional de Medicina hace un llamado a todos los médicos del país a mantener la fidelidad a la que un día se comprometieron bajo juramento.

Que el derecho a la “objeción de conciencia” implica no ser obligado a realizar acciones que contrarían convicciones éticas o religiosas del individuo (arts. 14, 19 y concordantes de la Constitución Nacional)”.²⁶⁷

Al respecto, se han elaborado distintas teorías, algunas de las cuales de neto corte utilitarista resultan insostenibles, pues sólo pretenden justificar la manipulación de embriones sin que tales prácticas sean alcanzadas por la prohibición del ordenamiento jurídico. Ellas son:

a) **Teoría de la fecundación o de la formación del genotipo.**

Para esta teoría que defiende la vida desde el primer instante y a la que adherimos, el proceso largo y complejo de la fecundación tiene un principio y un final. Se origina en la concepción con la unión del óvulo y el espermatozoide y termina en el nacimiento o alumbramiento. En efecto, el ciclo vital humano se inicia con la penetración del espermatozoide en el ovocito, lo que indica la actividad de una nueva célula, el embrión unicelular. El ingreso del espermatozoide proporciona la otra mitad del material genético y la organización asimétrica que el embrión necesita para su desarrollo.

La fecundación más que un acontecimiento que se produce en un solo instante constituye un proceso largo y complejo que va desde que la cabeza del espermatozoide entra en el citoplasma del óvulo hasta la fusión de los dos pronúcleos. El resultado final es el cigoto, producto de la fusión de los pronúcleos de los gametos, que contiene la información genética proveniente de sus padres y de cuyo intercambio y como parte de un plan de desarrollo, resultará un código genético nuevo, distinto al de quienes lo originaron. Ese embrión, que ya puede ser llamado tal, posee el acervo cromosómico del óvulo con el del espermatozoide ingresante y por lo tanto es un individuo humano total. Ese componente genético es exactamente el mismo que va a existir luego en la vida extrauterina.

b) **La denominada teoría de la singamia.**

Singamia es la unión de dos gametos y anfimixis es la fusión de los pronúcleos. Hecha esta precisión, sus sostenedores dicen que no basta con que el espermatozoide penetre a través de la zona pelúcida porque este acontecimiento es sólo el comienzo de la fecundación y ésta tardará aproximadamente veinticuatro horas cuyo resultado final es la fusión de los pronúcleos masculino y femenino, uniéndose la información genética

²⁶⁷ Este pronunciamiento de la Academia Nacional de Medicina fue suscripto por el Acad. Juan M. Ghirlanda, presidente y el Acad. Roberto N. Pradier, secretario general

única y propia del óvulo y del espermatozoide que formará una célula (el cigoto) y a partir de allí recién se considera la existencia de un nuevo ser de la especie humana, es decir recién con la anfimixis, postura que es de nuestro interés rebatir.

El comienzo del proceso de la fecundación cuando la membrana del ovocito se une con la del espermatozoide y luego desaparece, establece la continuidad entre el citoplasma de ambas células. Los argumentos a favor de esto son: a) al establecer la continuidad entre los citoplasmas, ambos genomas pasan a estar en un ambiente común, tal como sucede en otras células del cuerpo y funcionan como unidad y b) en la duda, considerar que el comienzo de la fecundación es el comienzo de la vida humana, nos parece una postura más favorable en resguardo de la vida del “por nacer”, ya que de lo contrario se corre el riesgo de habilitar eventualmente el homicidio de seres humanos durante el primer día de vida.

c) **La llamada teoría de la anidación**

Parte de considerar un *status* distinto al embrión antes de su implantación en el endometrio materno lo que acontece según ella, a los catorce días de la fecundación, llamándolo “preembrión” o “embrión preimplantatorio”. Su fundamento radica en que el embrión antes de la implantación carece de cualidades diferenciales y sólo a partir de su implantación, aparecen los primeros esbozos de sistema nervioso central que otorgaría al embrión la cualidad específicamente humana.

En 1984 en Inglaterra el gobierno encomienda al comité Warnock, realizar los estudios sobre los aspectos de la embriología humana a los fines de orientar la legislación al respecto. Luego del informe de dicho comité, que sostuvo que la experimentación sobre embriones humanos hasta los primeros 14 días posteriores a la fecundación es legítima se sancionó la ley en ese país en 1990. En consonancia con esta tesitura el término “preembrión” fue introducido en 1986 por la embrióloga A. Mc Laren para designar al cigoto hasta el 15° día, queriendo significar con ello que se trataba de un conjunto de células que todavía no es una persona humana.

Este neologismo ambiguo acuñado en el conocido informe Warnock fue utilizado luego por políticos o médicos afines, para declarar éticamente bueno y legítimo lo que el término “embrión” no hubiera permitido.

d) **La teoría de la formación del sistema nervioso central**

Sostiene que comienza la existencia del ser humano desde el momento en que se forma el tubo neural, pues a partir de entonces el embrión puede pasar su información genética al sistema nervioso central. Los sostenedores pretenden justificar esta postura comparando el embrión con el ser humano en el que ha cesado la actividad cerebral, mediante el recaudo de la realización del electroencefalograma. Este medio utilizado actualmente (electroencefalograma plano) para determinar clínicamente la muerte cerebral de ninguna manera es válido para comprobar la actividad cerebral de un embrión en desarrollo. Por lo tanto la posición de quienes fijan el inicio de la vida en el momento que aparece la actividad cerebral eléctrica ofrece serios reparos toda vez que parte de una premisa errónea, cual es la de equiparar un muerto cerebral con un recién concebido: “[...] en el primer caso el cerebro ha dejado de funcionar, [...] en el segundo, aún no ha empezado porque su programa genético de desarrollo todavía no ha mandado la información necesaria para ello”,²⁶⁸

Deducir del concepto de “muerte cerebral” que nació a raíz de los trasplantes de órganos, que sólo hay vida a partir de la formación del sistema nervioso es una grave extrapolación y una elucubración mental inaceptable que atenta contra toda lógica. Mientras la “muerte cerebral” es un proceso que lleva irremediamente a la extinción

²⁶⁸ Lacadena, J., Aspectos genéticos de la reproducción humana en la fecundación artificial, Ciencia y Etica, PS Editorial, Madrid, 1985, pag .22.

de la persona, la concepción o fecundación es un proceso que desde su inicio implica “animación” que es lo mismo que vitalidad. Respetar este proceso significa que culminará irreversiblemente en un alumbramiento, salvo que medie una causa natural o violenta que acabe con él.

La postura adoptada respecto al momento a partir del cual comienza la vida humana tiene relación directa con la tutela que el orden jurídico debe prestar a ese nuevo ser. Presentadas las distintas teorías, adherimos a la postura de los autores que entienden que el momento en que comienza la existencia de la “persona por nacer” se da con la fertilización del óvulo por el espermatozoide. El embrión se desarrolla de un modo continuo desde la fecundación; antes de la implantación ya se ha organizado, dividido, diferenciado y comunicado con la madre. Ha puesto de manifiesto múltiples genes propios y ha preparado todo para la implantación. Aun antes de implantarse ya existe, implantarse el embrión en el útero, es como anclar un barco, el barco ya existía antes de anclar.

El embrión es un ser humano en desarrollo. La interrupción de este proceso en cualquiera de sus etapas es un ataque a la vida humana en gestación. La expresión “interrupción del embarazo” en sustitución de la palabra “aborto” es un eufemismo. Se puede interrumpir una conversación, para reanudarla más tarde, se puede interrumpir un trabajo para retomarlo luego pero interrumpir un embarazo es lisa y llanamente terminar con él de un modo definitivo. Es el asesinato de un ser humano que se está gestando.

Así como la referencia al preembrión es un artilugio, del mismo modo deben considerarse la teoría de la anidación o la teoría de la formación del sistema nervioso central. Todas estas interpretaciones en torno al momento en el que empieza la vida del feto a lo único que conducen es a ir extendiendo el plazo permitido para realizar un aborto que va desde el “día después” pasando por los 15 días desde la concepción en el que se produce la anidación o hasta los tres meses de gestación en que se desarrolla la corteza cerebral.

En el fondo, se trata de remover los obstáculos para facilitar la realización del aborto.

Estas hipótesis que proponen diferir el momento de la hominización del feto han surgido para justificar la manipulación del embrión humano que es tratado como si fuese una simple cosa y para exonerar al aborto de su calificación ética de homicidio calificado, agravado por el vínculo, realizado con premeditación y alevosía porque se ataca a un indefenso.

El respeto a la vida debe entenderse aún en sus etapas germinales. “Ninguna muerte de un embrión, tanto si se la provoca antes o después del anidamiento, o antes o después de la formación de determinados órganos, puede ser tenida por lícita, pues el embrión humano, cualquiera sea su edad y condición, es ciertamente el comienzo de una nueva vida humana y está destinado a ser hombre y no otra cosa.”²⁶⁹

II-3.- El ser humano es único e irreplicable

Una de las notas que caracterizan a la persona humana es que cada hombre y cada mujer son irreplicables e insustituibles. La persona no está al servicio de la “especie humana” como en el reino animal, ni los hombres somos intercambiables.

Esta verdad que se proclama en el ámbito de la antropología filosófica se constata y corrobora también en la antropología científica, concretamente en el campo de la genética con el revolucionario descubrimiento del código genético.

En efecto, una de las conclusiones que surgen del proceso de la fecundación es que el nuevo ser en gestación es único e irreplicable con un código genético propio e

²⁶⁹ Domingo M. Basso O.P.: Ob. Cit. Pág. 108

intransferible, distinto del de sus padres lo que le confiere individualidad y autonomía. El nuevo ser no es parte del cuerpo de la madre. No se trata de un apéndice de su madre. Es completamente diferenciado de ella. Es el cuerpo de otro ser. Los derechos de cada uno y su libertad terminan donde empiezan los derechos de los demás.

Esto es tan cierto que suceden hechos en la vida real tan sorprendentes como el caso de aquella madre que la mantenían con vida artificialmente y dio a luz. Es un caso científico y al mismo tiempo un drama humano. Pese a que la madre estaba en coma irreversible desde hacía un mes, los médicos lograron que la beba naciera por medio de una cesárea en la semana 28 de gestación. La energía vital propia de la niña más la decisión de los médicos y del padre de la criatura hicieron posible este milagro de que la pequeña pudiera nacer de la muerte.²⁷⁰

Desde el punto de vista antropológico, por poseer las características de la especie humana, denominamos persona al niño por nacer y desde el punto de vista jurídico tan persona es que puede adquirir derechos aún en el período de su gestación. Desde el punto de vista médico se ha comprobado también que desde el momento de la concepción se desencadena un proceso de desarrollo psico-biológico, prueba fehaciente de que el niño por nacer es una persona y que existe un psiquismo prenatal como reacciones a la luz, a los sonidos, a los olores, etc.²⁷¹

Como detrás de toda hipótesis científica hay una determinada antropología filosófica así también el valor de la vida humana se sustenta de la antropología en la que se nutre.

A la pregunta acerca de la vida humana y su valor, las respuestas variarán de acuerdo a las dos antropologías en pugna: la materialista y la espiritual.

La perfección del ser humano no pudo provenir del azar o de la casualidad, como sostienen los materialistas.

El alma humana, forma sustancial del cuerpo es su principio vital y de animación. Es de naturaleza espiritual, por lo tanto es inmaterial. También es inmortal. Es única en cada hombre y es creada directa e inmediatamente por Dios quien la infunde en el embrión humano o cigoto formado por la unión de los dos gametos, masculino y femenino. En definitiva, es Dios quien da la vida por lo que se suele decir que el hombre no es dueño de la vida sino sólo su administrador. En consecuencia, se ha de decir que nadie, ni el mismo sujeto poseedor del don de la vida, ni sus progenitores, ni la sociedad podrán arrogarse el derecho de disponer arbitrariamente de la vida humana.

II-4.-Los Derechos Humanos y el aborto

El derecho a la vida es considerado el primer derecho humano ya que es el soporte y el punto de partida de los otros derechos, en consecuencia no podemos hablar de la dignidad de la vida ni de los derechos humanos si no asumimos las exigencias de la tutela de su primer derecho, que es el derecho a la vida.

Ahora bien, cuando los derechos humanos se presentan solamente en términos de legalidad, corren el riesgo de convertirse en proposiciones frágiles, separadas de la dimensión ética y racional, que es su fundamento y su fin. El respeto a los derechos humanos está enraizado principalmente en la justicia que no cambia, sobre la cual se basa también la fuerza vinculante de las proclamaciones internacionales. Por tanto los derechos humanos han de ser respetados como expresión de justicia y no simplemente porque pueden hacerse respetar mediante la voluntad de los legisladores.²⁷²

Con el coraje condigno a la firmeza de sus creencias, Fray Domingo Basso O.P. reflexiona acerca de las contradicciones de la sociedad contemporánea en estos

²⁷⁰ Diario La Gaceta del 10/09/10

²⁷¹ Fermín R. Merchante: "El derecho a la vida" Cit. Por Domingo M. Basso O.P. Pág. 350

²⁷² Benedicto XVI: Ob. Cit. Pág. 11

términos: “Por un lado parece decidida a defender con valentía la vida humana contra toda clase de atropellos. Por doquier surgen instituciones defensoras de los derechos humanos que defienden la vida y los derechos de todo ser humano, especialmente de quien es víctima de los regímenes represivos y dictatoriales. Pero llama poderosamente la atención que esas mismas instituciones hayan guardado el más profundo silencio ante la matanza de millones de seres humanos por el aborto. ¿Por qué semejante genocidio mantiene imperturbables a nuestros contemporáneos? ¿Por qué a un grupo de científicos se les ocurrió decir que el embrión o el feto humano no es individuo ni es persona? Para ello fue aconsejable cambiar la idea de persona hasta entonces sustentada. De ahora en más ya no es la naturaleza quien otorga al ser humano su entidad personal, sino la sociedad cuando acepta o no al nuevo ser. Porqué se ha de decir no a las torturas, a las cárceles, a los fusilamientos y hornos crematorios, a la segregación racial, a las represiones, a la censura, a la discriminación, a la privación ilegítima de la libertad y se ha de decir sí al aborto, a la eutanasia, a la manipulación genética? Si queremos ser consecuentes no condenemos solamente una serie de injusticias, condenémoslas a todas.
273

Además hay que dejar sentado que los Derechos Humanos son básicos, naturales y no deben vulnerarse de ninguna manera, por lo que los ordenamientos jurídicos de cada estado deben subordinarse a los Derechos Humanos. Entiéndase con ello que el derecho positivo debe respetar el derecho a la vida en todas sus manifestaciones.

II-5 ¿El aborto es un derecho?

Con el transcurrir de la historia surgen situaciones nuevas y se intenta conectarlas a nuevos derechos. El discernimiento, es decir, la capacidad de distinguir el bien y el mal, se hace más esencial en el contexto de exigencias que conciernen a la vida misma y al comportamiento de las personas, de las comunidades y de los pueblos. Al afrontar el tema de los derechos, puesto que en él están implicadas situaciones importantes y realidades profundas, el discernimiento es al mismo tiempo una virtud indispensable.²⁷⁴

A la luz de estos principios se debe analizar de manera profunda y reflexiva los supuestos “avances y progresos” en los derechos de la mujer, los cuales muchas veces atentan contra su propia naturaleza. El derecho de la mujer sobre su propio cuerpo no la autoriza a suprimir la vida del ser humano que se está gestando en su seno. Podemos disponer libremente de él en sus partes renovables pero el niño por nacer no es una víscera del cuerpo de la madre. Tiene su propia identidad y un código genético único e irreplicable. No es un “coágulo de sangre” o un “manejo de tejidos” como algunos lo llaman peyorativamente. En caso de embarazo no deseado como fruto de una violación, tampoco se justifica el aborto: consideramos que hay otras alternativas para que esa nueva vida sea respetada, recibida y cuidada como ser la adopción.

¿Por qué no puede haber un derecho a abortar?

Porque toda realidad jurídica se presenta como valiosa. No puede ser derecho algo disvalioso. La propia etimología de la voz “derecho” está ligada a lo recto. Una rectitud, sobre todo, moral. Frecuentemente se vincula la palabra derecho sólo al llamado “derecho subjetivo”, el que otorga a mi favor una facultad o potestad olvidando que el derecho tiene también su consideración objetiva que está ligada a “lo debido” a otro. No hay “débito exigible” en el aborto porque es un hecho ilícito, un entuerto, un delito que atenta contra la vida y está considerado como tal en el Código Penal.

El Derecho se fundamenta en los hechos a los que se agrega el valor. Basar los derechos sólo en los hechos es quedarse en una perspectiva sociológica exclusivamente.

²⁷³ Domingo M. Basso O.P.: Ob. Cit. Pág.352/3.

²⁷⁴ Benedicto XVI: Ob. Cit. Pág. 10

Si prescindimos del aspecto axiológico en el derecho considerando sólo lo sociológico podríamos llegar a legalizar por esa vía, el soborno, los fraudes fiscales, el robo, etc. porque ciertamente son un dato de la realidad.

En un Estado democrático no corresponde al legislador la tarea de crear los sujetos de derecho sino tutelar los derechos del sujeto. Por ello, el Estado no tiene el derecho de permitir el aborto sino más bien debe prevenirlo, prohibirlo y castigarlo. Si bien es cierto que nuestro Código Penal contiene casos excepcionales en el que el aborto es despenalizado, esos supuestos de ninguna manera echan por tierra el principio general. Siempre las excepciones confirmaron la regla y no la derogaron. Con los proyectos de despenalización del aborto, se elevan, los que deberían ser casos excepcionales, a la categoría de regla y principio en una muestra de extravío de la lógica, del sentido común y de la conciencia ética y jurídica.

La búsqueda continua y fatigosa de rectos ordenamientos para las realidades humanas es una tarea de cada generación. Pero de ningún modo se puede admitir el “derecho” a matar a los seres humanos en los estadios primarios de su desarrollo bajo la justificación de que está ligado al amparo de los derechos de la mujer. Este artilugio legal deja sin protección al ser humano que se encuentra en el vientre materno y que no por ello tiene menos “humanidad” que la mujer que lo aloja. Esta es una concepción restringida de la defensa de los derechos humanos y es disvalioso decidir que el niño debe morir para que la madre pueda vivir como lo desea.

Es manifiestamente caprichoso defender la dignidad y los derechos de una sola de las partes cuando, dentro del marco de esta relación tan particular, son dos los seres humanos que están en juego. Y sobre todo, cuando se trata de algo tan importante como sus vidas. Estamos obligados a encontrar soluciones más razonables que la muerte.

El aborto quebranta la ley natural más elemental, la del “No matarás” y a la par de representar el signo de la inhumanidad lo es también de la decadencia moral.

La prohibición tajante de atentar contra la vida de otro, ha sido enredada con numerosas argucias en donde la mentira y la hipocresía de la sociedad moderna han hecho entrar en juego los sentimientos, las convicciones, la concepción de la vida humana y la interpretación de los derechos de la persona. El derecho a la mujer sobre “su propio cuerpo” se ha interpretado como el derecho de embarazarse y desembrazarse cuando ella quiera. Resulta paradójico que haya tanta sensibilidad para los temas de la ecología y el medio ambiente, se prohíba la caza y la pesca indiscriminada, que exista preocupación por la extinción de las ballenas y sólo la especie humana no inspire sentimientos de piedad y pueda ser eliminada en el propio seno materno que debe ser el lugar de mayor protección y contención para un niño.

Propio de una sociedad hipócrita es esta actitud de compadecerse por un renacuajo y ser indiferente ante un feto, de condenar a los nazis pero imitar sus prácticas eugenésicas. O dicho de otra manera, “el crimen del aborto es el anverso del rostro hipócrita de la sociedad contemporánea quien, mientras vocifera escandalizada por la condenación a muerte de un múltiple homicida, asesina silenciosamente y solapadamente- pero en forma legal- a millones de seres inocentes.”²⁷⁵

Para la puesta en marcha de políticas antinatalistas se esgrimen diversas razones.

Entre los argumentos para justificar la planificación familiar, el control de la natalidad y el aborto figura el regreso a posiciones maltusianas que se creían superadas y desmentidas por la realidad ya que según información de la propia Organización de las Naciones Unidas, el mundo produce alimentos para todos sus habitantes con un excedente productivo mayor a los dos tercios. Lo que sí es desigual, es su distribución.

²⁷⁵ *Ibidem*. Pág. 413

En efecto, resulta paradójico que desde estas mismas organizaciones internacionales se vuelvan a agitar los fantasmas de la falta de alimentos y de la falta de agua para un futuro cercano.

Desde la geopolítica es sabido que la planificación del crecimiento de la masa poblacional nunca puede ser restrictiva: el mundo está confesando su falta de imaginación y una baja peligrosa en sus signos de vitalidad. Hay países- en especial los escandinavos- en donde la tasa de natalidad es 0 por lo cual se deben suscribir convenios internacionales con otros países para hacer posible la adopción. La situación es preocupante por su falta de sentido ético y por ser altamente anti-histórica. El tiempo revelará sus verdaderos propósitos, porque a la vida no la detiene nadie. En este punto, la ingenuidad de los planificadores estratégicos es patética, y confiesa, de paso, una voluntad de dominio de la decisión sobre la vitalidad de la existencia que algún día causará gracia y espanto.²⁷⁶

Como escribe el moralista Marciano Vidal: “Conviene que advirtamos sobre el peligro de caer en la tentación en la que tantas veces hemos sucumbido los humanos: cuando los hombres han querido deshacerse de una raza, de un grupo, de un individuo, previamente los han descalificado en su mente (razonamientos filosóficos) y en su corazón (exclusión de la afección humanitaria)”. Esta advertencia sirve en la actualidad para la consideración de la vida en gestación.

III-CONSIDERACIONES JURIDICAS

III-1-Aproximación al tema

Desde el comienzo de los tiempos, el proceso de gestación en la mujer tuvo una destacada importancia en los diferentes grupos humanos porque se entendía que la protección del nuevo ser era fundamental para lograr la perpetuidad del grupo. La ignorancia que reinaba en todo lo inherente a la gestación, otorgándole un carácter mágico al embarazo, generó la idea de que el nuevo ser pertenecía a todo el grupo social, lo que impedía a la mujer disponer libremente de su cuerpo. Por ello se instituyeron formas de cuidado colectivo de la mujer embarazada destinadas a la preservación de su vientre.

La falta de conocimientos suficientes acerca de los estadios de evolución del nuevo ser dentro del vientre materno, determinó que al recién nacido se lo considerara con existencia individual sólo cuando había salido del vientre materno pues se diferenciaba de la madre ya que antes era considerado parte de ella.

Este concepto pasó al derecho romano, el cual para proteger al *no nato* que se encontraba en el vientre de la madre, creó la figura del *curator ventris*, lo que evidenciaba un interés social.

En consonancia con ese concepto, el nacimiento constituía para los primitivos romanos el punto de partida de la individualidad jurídica, o sea que a partir de entonces se podía hablar de la existencia de una persona. Ese antiguo sistema jurídico que tenía un alto grado de evolución, recurría a las ficciones jurídicas ajustadas de una cultura compleja como era la romana. En tal sentido la que regía al *nasciturus* era aquella máxima fundada en el valor justicia que expresaba: *conceptus pro iam nato habetur*. Es decir que todo lo que beneficiara al no nacido era adquirido desde el momento de la concepción, condicionado a su nacimiento con vida y en ello consistía la ficción: considerarlo nacido desde aquel instante.

²⁷⁶ Daniel E. Herrendorf: “La gracia y el espanto del derecho a la vida” Revista Jurídica “El Derecho” (t. 159) Pág. 1054

Esa ficción jurídica se trasladó a los ordenamientos jurídicos de raíz romanista entre ellos Las Partidas y el Código Napoleón. Las normas contenidas en ellos estaban referidas a los derechos del *nasciturus*, especialmente a su capacidad de recibir por medio de donación o testamento, subordinado, sólo a la condición del nacimiento con vida.

III-2.- El *status* jurídico del *nasciturus* en el Derecho Argentino

La tutela del *nasciturus* en el derecho patrio estuvo presente desde los más incipientes esbozos normativos. Podemos citar entre los primeros al decreto de seguridad individual dictado por el Primer Triunvirato en 1811 que rezaba en el preámbulo: “[...] todo ciudadano tiene un derecho sagrado a la protección de su vida [...]”. Luego se incluyeron disposiciones en igual sentido en el Proyecto Constitucional de la Sociedad Patriótica de 1813, en el Estatuto Provisorio de 1815, en el Reglamento de 1817, en la Constitución de las Provincias Unidas de Sudamérica de 1819 y en la Constitución de 1826. No obstante estos valiosos antecedentes sobre la materia, que acompañan casi desde el nacimiento de nuestra patria, tanto la primera Carta Magna de 1853 ni las posteriores no contemplan el derecho a la vida con una disposición específica, no por desconocimiento ni omisión, sino por considerarla implícita pues constituye el umbral de todos los demás derechos. Contrariamente la reforma de 1994, la omite deliberadamente y en adelante hasta el presente, se suceden los incesantes ataques e intentos legislativos en su contra, sin que se haya dado un debate equilibrado y profundo.

III-2-1- En la Constitución Nacional y tratados internacionales.

La Constitución Nacional antes de la reforma de 1994 no tenía respecto a la persona por nacer una disposición específica. Los artículos 15 y 16 consagran de modo general la igualdad jurídica de los hombres, prohibiendo la esclavitud. Y el artículo 29, establece: “El Congreso no puede [...] otorgarles sumisiones o supremacías por las que la vida, el honor o la fortuna de los argentinos quedaran a merced de gobierno o persona alguna. [...]” Frente a esta disposición parece difícil afirmar la constitucionalidad del aborto libre, que deja al por nacer a merced de la voluntad de su madre.

Durante la Convención Reformadora de 1994 se intentó incluir un artículo que protegiera clara e indubitablemente la vida desde la concepción. Pero sólo se logró por razones políticas una tibia declaración incluida en el artículo 75 inc. 23 2ª parte que atribuye al Congreso la facultad de: “[...] Dictar un régimen de seguridad social [...] en protección del niño en situación de desamparo, desde el embarazo hasta la finalización del período de enseñanza elemental, y de la madre durante el embarazo y el tiempo de lactancia.” Como vemos, establece la protección del niño desde el embarazo, pero con referencia al sistema de seguridad social y no al derecho penal, marco en el que se debate el delito de aborto. No obstante, las disposiciones del Código Civil y los tratados internacionales ratificados por Argentina sitúan el comienzo de la existencia de la persona, en el momento de la concepción, como puntualizaremos *infra*.

El texto constitucional reformado en 1994 mediante el artículo 75 inc. 22 ha incorporado a la constitución con carácter operativo once tratados internacionales que han adquirido desde entonces jerarquía constitucional. Por ende los mismos se encuentran en el vértice de la pirámide jurídica debiendo subordinarse a su contenido, el resto de las leyes.

En virtud de ello se ha incorporado entre otros, la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica) ratificada por la República Argentina en 1983 mediante ley 23054, que en su artículo 1 apartado 2º establece:

“[...] persona es todo ser humano [...]” que se complementa con el art. 6 que dispone: “[...] todo ser humano tiene derecho en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica [...]”. Esta afirmación es esencial ante la pretensión de distinguir las fases de desarrollo del embrión, preembrión, cigoto, etc., para negar protección jurídica al ser humano en las primeras etapas de vida. Si persona es todo ser humano, habrá persona siempre que identifiquemos un ser humano, no importa el grado de su desarrollo. Y en consonancia el art. 4 dice: “Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente [...]”. Del texto del artículo se desprende que se es persona desde el momento mismo de la concepción. La Convención reconoce la humanidad del embrión desde el inicio de su existencia (art. 1.2) sin que la norma distinga entre etapas, ni siquiera horarias. Por lo tanto si el legislador americano no distinguió, tampoco debe hacerse distinciones interpretativas, y cuando se las promoviera, deben ser pro vida y no pro aborto. En cuanto a la expresión “en general” está referida a la ley que debe proteger el respeto por la vida del concebido, y que como se trata de una ley penal admite excusas penales o situaciones de inimputabilidad que la legislación de cada Estado-parte contemplará prudente y adecuadamente con respecto a cualquier delito.²⁷⁷

Cualquiera sea la interpretación dada a este instrumento, debe reconocerse que admite la protección del derecho a la vida del por nacer, ya que el artículo 29 expresa que “[...] ningún dispositivo de la misma puede ser interpretado en el sentido de excluir o limitar el efecto que pueda producir la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre y otros pactos internacionales de la misma naturaleza”. Por ello, el agregado del término “en general” no puede significar una reducción de la protección al por nacer que estaba implícita en aquélla. Recordemos que esa norma refiere a “toda persona” y asegura el “derecho a la igualdad”, con lo que la expresión “en general” no puede implicar el desconocimiento del derecho a la vida para algunos niños.

En consonancia la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre que tiene jerarquía constitucional, establece en el artículo 1 que: “Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”.

Por su parte el artículo 31 de la Convención de Viena sobre el derecho de los tratados obliga a interpretar los tratados de buena fe, conforme el sentido corriente de los términos, el contexto, su objeto y su fin, la práctica ulterior de los estados y otras normas pertinentes. Estos criterios llevan a considerar que la vida del niño por nacer debe considerarse incluida en la protección que brindan tanto la Declaración como la Convención Americanas.

Un instrumento de trascendental importancia en este tema es la Declaración de los Derechos del Niño proclamada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1959. El preámbulo dice que: “[...] el niño necesita protección y cuidados [...] tanto antes como después del nacimiento”.

El principio 2° de la declaración establece que: “[...] la consideración fundamental a que se atenderá será el interés superior del niño”. Esto tiene relevancia también para la regulación legal de la fecundación asistida, por la protección que debe darse al embrión, por su estado de vulnerabilidad, sobre todo cuando es concebido fuera del útero materno.

El principio 4° establece que el niño es acreedor de atención prenatal con lo que se está reconociendo que es sujeto de derechos aún antes del nacimiento.

²⁷⁷ Barra, R., Protección constitucional del derecho a la vida, ed. Abeledo Perrot, Bs. As., 1996, pág. 60

Los principios 9° y 10° también protegen al embrión ya que, el primero prohíbe todo tipo de trata y el segundo lo protege de discriminaciones de cualquier índole tales como la transferencia de embriones a mujeres que no sean sus madres biológicas, la selección y descarte de embriones, la concepción de seres humanos por provisión directa de gametos de personas distintas a los que serán sus padres.

Treinta años después la Convención sobre los Derechos del Niño aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, reiteró en el preámbulo lo ya sostenido en el preámbulo de la Declaración de los Derechos del Niño. Si reconoce que el niño necesita protección y cuidados antes del nacimiento, esto implica que considera su existencia aun antes del nacimiento. Dice la Convención en su artículo 1: “Es niño todo ser humano menor de dieciocho años”. Nuestro país al aprobar la Convención sobre los Derechos del Niño mediante la ley 23849 del 22 de octubre de 1990 en su artículo 2 declara que el artículo 1 de dicha convención debe interpretarse en el sentido que se entiende por niño “todo ser humano desde el momento de la concepción y hasta los dieciocho años de edad”. Esta interpretación efectuada por Argentina al no ser objetada por los Estados signatarios es plenamente válida y vigente conforme lo dispuesto en el artículo 51 de la misma Convención que dice: “[...] la reserva que un Estado asiente es comunicada al resto de los firmantes y será rechazada si [...] es incompatible con el objeto y propósito de la Convención”

Conforme a las normas referenciadas, la persona por-nacer es un ser humano que tiene derecho a que se le garantice “[...] en la máxima medida posible su supervivencia y desarrollo y [...] en la medida de lo posible, a conocer a sus padres”, lo que cobra relevante importancia para la fecundación asistida con gametos de terceros ajenos al matrimonio.

De esto se colige que las leyes, decretos y actos administrativos que se dicten deben respetar estos principios plasmados en los tratados y por ende deben ser redactados a favor de la persona por nacer

III-2-2- En el Código Civil Argentino.

El Código Civil Argentino en el artículo 30 dice: “Son personas todos los entes susceptibles de adquirir derechos, o contraer obligaciones” y para nuestro derecho, el término persona es equivalente a sujeto de derecho. Por su parte el artículo 51 establece que son “todos los entes que presentasen signos característicos de humanidad, sin distinción de cualidades o accidentes [...]”. El antecedente de esta expresión se remonta al derecho romano, que no consideraba persona al sujeto que naciese con caracteres de monstruo o prodigio, e inclusive las fuentes romanas facultaban al *pater* a darle muerte: “*mulier si monstruosum, aut prodigium enixa sit*”. (Dig. 1, 5, 14). Actualmente esta tesis resulta insostenible, al respecto opinan Beluscio-Zanoni:²⁷⁸

“[...] cualquiera que sea la deformación del nacido su personalidad es inatacable. Fuera de la muerte natural no hay situación en que el ser humano pierda absolutamente su capacidad de derecho, pues la muerte civil no existe. Por lo tanto, debemos concluir que el Código Civil solamente requiere para que exista persona humana que haya cuerpo humano y vida biológica, el mismo Código ha presupuesto que todo ser nacido de madre humana es humano; como bien se expresa, es la generación, no la figura, lo que determina la naturaleza humana”

Hoy con los avances científicos y tecnológicos los “signos de humanidad” requeridos por el Código en este artículo son plenamente acreditables gracias a los adelantos en

²⁷⁸ Beluscio-Zanoni, Código Civil y Leyes complementarias, ed. Astrea, Bs. As., 1978, tomo 1, pág. 269

genética humana ya que la información cromosómica puede indicar, con certeza, si se trata o no de un ser humano.

Para el Derecho Argentino tanto el concebido como el nacido son personas, sujetos de derecho.

Ahora bien, si persona por nacer significa que el concebido es considerado como sujeto y no objeto de derecho; ello no significa que tenga capacidad jurídica plena; que pueda adquirir cualquier derecho u obligación. Lógicamente, el *nasciturus* está sujeto a la incapacidad absoluta de hecho (v. gr. no puede ejercer sus derechos mediante actos jurídicos por sí mismo, sino a través de sus representantes legales), y a la incapacidad de derecho (v. gr. no tiene derecho a presentarse como candidato a un cargo público, en razón de la imposibilidad material). Entre los derechos que puede adquirir el *nasciturus* encontramos la adquisición de bienes por donación o herencia según el artículo 64 del C. C., pero esos derechos están sujetos a la circunstancia del nacimiento con vida, funcionando con carácter de condición resolutoria.²⁷⁹ Nuestro insigne Vélez Sársfield ya en 1869 había reconocido el rango jurídico de persona “al concebido” en el artículo 70 del código. El coraje puesto en evidencia por tamaña afirmación –a pesar de no contar con los avances tecnológicos que hoy existen en la biología y la medicina– lo colocó a la vanguardia de los ordenamientos jurídicos de la época, más preocupados por regular los temas de naturaleza patrimonial. Conforme el precitado artículo, la existencia de la persona “comienza con la concepción en el seno materno [...]”. En esta postura ha ejercido considerable influencia el jurista brasileño Augusto T. de Freitas²⁸⁰ a través de su *Esboco*, en el que afirma que la existencia de las personas comienza, no con el nacimiento, sino con la concepción. Para ello tomó como antecedente el Código de Prusia que había considerado que los derechos comunes a la humanidad pertenecen a los hijos aún no nacidos desde el momento de su concepción. Pero la fuente primigenia de esta postura es romana, fundada en el principio “*pro iam nato habetur*” que nutrió la moderna doctrina opuesta al sistema llamado tradicional.

De acuerdo al artículo 63 de nuestro ordenamiento legal, a estos se lo designa “persona por nacer”. El código asimila el concebido a la situación de persona y por ende le otorga personalidad desde el instante mismo de la concepción. Además, en la nota al artículo se expresa que: “Las personas por nacer no son personas futuras, pues ya existen en el vientre de la madre. Si fuesen personas futuras no habría sujeto que representar [...]”.

El artículo 70 preceptúa que las personas “[...] antes de su nacimiento pueden adquirir algunos derechos, [...]. Esos derechos quedan irrevocablemente adquiridos si los concebidos [...] nacieran con vida aunque fuera por un instante después de estar separado de su madre”. Luego en el numeral 74 el digesto velezano dice: “Si muriesen antes de estar completamente separados del seno materno serán considerados como si no hubieran existido”.

También el digesto velezano en el numeral 73 siguió la concepción romanista al receptar las posturas de las escuelas sabiniana y proculeyana y como consecuencia también la posición justiniana: “Reputase como cierto el nacimiento con vida, cuando

²⁷⁹ Salvat, R., Tratado de Derecho Civil Argentino, parte general, actualizado por José Olaciregui, ed. Tea, Buenos Aires, 1964, pag. 208.

²⁸⁰ La nota al art. 221 del Esbozo expresa: "No se concibe que haya ente susceptible de adquirir derechos sin que haya persona. Se atribuye derechos a las personas por nacer..., si los que deben nacer son representados dándoseles curador, que se ha denominado curador al vientre, es forzoso concluir que existen ya y que son personas, pues la nada no se representa (...) Si los que deben nacer no son personas, ¿por qué razón existen leyes penales y policiales que protegen la vida preparatoria?, ¿por qué motivo se pune el aborto?, ¿por qué motivo no se ejecuta la pena de muerte en la mujer embarazada y tampoco se la juzga en el caso de que merezca dicha pena sino cuarenta días después del parto?"

las personas que asistieron al parto hubiesen oído la respiración o la voz de los nacidos, o hubiesen observado otros signos de vida [...]"

El artículo 74 interpretado en concordancia con el 3290 encuentra fundamento en el principio de que el concebido no tiene una vida independiente de la de la madre sino hasta después del nacimiento. Pero la excepción concedida para otorgarle derechos sucesorios, se remonta a las fuentes romanas que siempre aplicaban el principio que expresa "en cuanto a él le beneficie, al concebido se tiene por nacido (*nasciturus pro iam nato habetur*). El texto del artículo respectivo dice: "El hijo concebido es capaz de suceder [...]"

También se manifiesta el reconocimiento del concebido en la regulación del ejercicio de la patria potestad en el artículo 264 de nuestro digesto de 1869 cuando establecía que: "[...] es el conjunto de derechos y obligaciones que corresponden a los padres sobre la persona y bienes de sus hijos desde la concepción de éstos [...]"

Tras las sucesivas reformas de este artículo en 1919 por la ley 10903 y en 1985 por la 23264, si bien se le introdujeron reformas de gran valía siguieron manteniendo felizmente la regla de que la patria potestad se ejerce "desde la concepción".

La mayor parte de la doctrina nacional en la que se enrolan juristas de la talla de Llambías, Abelenda, Borda,²⁸¹ sostienen esta posición. La protección dada al nuevo ser desde la concepción, se demuestra al otorgarle personería, al concederles la posibilidad de adquirir derechos por donación o herencia, al castigar el aborto en el artículo 85 del Código Penal, todo lo cual demuestra que la persona existe desde la concepción.

La postura de nuestro ilustre Vélez Sársfield, plasmada en el código de 1869, ha sido salvaguardada en los posteriores proyectos de reforma al código en 1987 y 1998. En este último se ha mantenido esta postura en el proyectado artículo 15: "La existencia de las personas humanas comienza con la concepción [...]"

Podemos decir compartiendo lo que sostiene Fernández Sessarego:²⁸² "[...] que es vano pretender una aprehensión total y por ende cabal, de los conceptos jurídico de sujeto de derecho o de persona si nos situamos en una sola de las dimensiones que simultáneamente y en recíproca exigencia, integran en dinámica interacción la experiencia jurídica, entendida esta como realidad total".

Una breve referencia al requisito de la viabilidad que exige que la persona no sólo esté viva al nacer sino que además tenga la aptitud para seguir viviendo. Según esta exigencia si el niño fallece por defectos orgánicos que imposibilitaron la continuidad de la vida, o nace antes de que estuviese en condiciones de proseguir su vida extrauterina, se lo considera nacido muerto. La condición de viabilidad es exigida en el derecho francés y en el español en los que se requiere que el infante haya vivido al menos veinticuatro horas para que el nacimiento produzca efectos legales. También era exigida la viabilidad por el Código Civil italiano de 1865, que fue derogada en el sancionado en 1942.

El Código Civil Argentino no requiere la condición de la viabilidad conforme el artículo 73 que dice: "Tampoco importará que los nacidos con vida tengan imposibilidad de prolongarla [...]". Por lo tanto cualquier ser humano que nazca vivo cumple tal exigencia legal y por consiguiente, está en condiciones de que le sea atribuida personalidad jurídica. Pese a la contundencia del artículo 73, la posibilidad del diagnóstico prenatal y la cada vez más difundida opción por el aborto erróneamente

²⁸¹ Borda, Guillermo, Tratado de derecho Civil, parte general, tomo I, 6° edición actualizada, Editorial Perrot, Buenos Aires, 1976, pag. 246.

²⁸² Fernández Sessarego, C. Persona por nacer en el Código de Vélez Sársfield y en el Código Civil Peruano de 1984, Academia Nacional de Derecho y C. Sociales de Córdoba, Córdoba, 2000. pag. 361

denominado “terapéutico” (en realidad, aborto eugenésico) ha llevado a prominentes juristas argentinos a desconocer la tradición consagrada en el Código, ya sea mediante publicaciones o fallos. El caso del feto anencefálico es paradigmático: si se lo estudia durante la primera semana de su desarrollo, es una persona viva como cualquier otro embrión; en la tercera semana su sistema nervioso comienza a formarse, pero el desarrollo se frustra al no cerrarse el neuroporo anterior en la cuarta semana; así comienza el proceso destructivo connatural a la anencefalia, que terminará indefectiblemente con la muerte antes o después del nacimiento.

Los argumentos que favorecen la interrupción del embarazo en el caso del feto anencefálico vivo negándole entidad como persona, o bien negándole viabilidad omiten una consideración fundamental: el feto está vivo, y su muerte, por segura que sea, todavía no se ha producido. En consecuencia, matarlo es un delito que no puede justificarse invocando un riesgo mayor para la vida o la salud de la madre. Más aún, si interrumpido el embarazo antes de su término natural el anencefálico nace vivo, incluso si recibe todos los cuidados necesarios para que viva dignamente hasta su muerte natural precluyendo así las acusaciones de abandono de persona y eutanasia, queda por valorar aquella interrupción como determinante de una abreviación del período total de vida del pequeño paciente, y por lo tanto concausa de su muerte. Dada la fundamentación científica, entendemos pues que se recurre a una errónea interpretación analógica del requisito de la viabilidad, con una dosis de intencionalidad en pro del aborto.

Ya para finalizar este acápite, podemos mencionar con beneplácito a la Constitución de la provincia de Tucumán reformada en 2006, que en su artículo 40 inc. 1° dice: “Dentro de la esfera de sus atribuciones la Provincia procurará especialmente que las personas gocen de los siguientes derechos: 1°) A una existencia digna desde la concepción con la debida protección del Estado a su integridad psicofísica con las posibilidad de disponer de una igualdad en las oportunidades. [...]”.

En suma, en nuestro ordenamiento legal la personalidad jurídica del por nacer es mucho mas que un principio, es la base misma de todo el sistema reconocible incluso en el ordenamiento jurídico internacional.

III-2-3.- En el Código Penal Argentino.

El Código Penal Argentino incluye en el título de los “Delitos contra las personas”, capítulo de los “Delitos contra la vida” el homicidio y el aborto, (habiéndose derogado el infanticidio). Es decir que considera personas a cualquiera de las víctimas de estos delitos, no importando sus características físicas, orgánicas, psicológicas; en todos los casos hay vida humana y ella constituye el bien jurídico protegido.

La diferencia de severidad en las penas por homicidio y por aborto, es notoria. El homicidio simple es castigado con prisión o reclusión de ocho a veinticinco años (art. 79 C.P.) y el aborto, sin consentimiento de la mujer, con pena de tres a diez años, (art. 85 inc. 1°) y con consentimiento de la misma, con uno a cuatro años (art. 85 inc. 2°). Pareciera que la distinción se funda en el hecho de que la persona por nacer está sujeta a la condición del nacimiento con vida, pues mientras no se produzca la muerte antes de nacer tiene plena personalidad. Sin embargo no hay ninguna disposición que permita considerar que el embrión carece de personalidad o que la tuviese en menor grado al de una persona nacida, pese a que el castigo por el aborto es menor a la pena del homicidio.

Con una claridad diáfana surge del ordenamiento jurídico que todo ser humano es persona, sujeto de derecho, y debe ser reconocido y protegido como tal desde la concepción hasta la muerte natural. La normativa del artículo 86 del Código Penal no

genera derecho alguno pues todo el ordenamiento jurídico, incluso el Código Penal, protegen la vida desde la concepción. La declaración de dispensa de la punibilidad del mencionado artículo es tan sólo una excusa absolutoria, que a la luz de los actuales acontecimientos debería ser derogado pues ha quedado de manifiesto la ineficiencia de las restantes herramientas del derecho para proteger las vidas inocentes desamparadas por el Código Penal. Esta manifiesta discriminación a ciertos niños por nacer frente al reconocimiento constitucional del derecho a la vida de toda persona concebida, evidencia la inconstitucionalidad de este artículo. De ahí que cualquier norma que ponga en riesgo la vida inocente del niño por nacer es inconstitucional.

También deviene en arbitrario cualquier atentado a la vida del por nacer y a su normal desarrollo, buscando justificación en el delito previo de violación sufrido por la madre, porque el niño es inocente de todo delito y el castigo que debería sufrir el delincuente, le será aplicado al por nacer, a quien se lo estaría condenando a muerte, a pesar de ser absolutamente inocente.

Aun más, en virtud de lo dispuesto por el Código Penal Argentino en los artículos 79, 80 y concordantes, el aborto, eufemísticamente llamado ahora “interrupción del embarazo”, es en realidad el delito más aberrante pues se trata del homicidio del ser más indefenso en el seno de su propia madre, agravado por el vínculo (art. 80 inc.1°), con ensañamiento y alevosía (art. 80 inc. 2°), con el concurso premeditado de dos o más personas –en este caso el profesional médico en connivencia con la madre- (art. 80 inc. 6°). En suma, lejos de buscar la desincriminación del aborto, por la que tanto se está bregando en la actualidad, o mejor dicho por su legalización, el aborto debería ser encuadrado y penalizado conforme al artículo 80 del Código Penal.

Si bien en la Antigua Roma no estaba prohibido el aborto, en tiempos del Imperio aparecen los primeros registros de leyes promulgadas por el Estado en contra del aborto castigándolo con severas penas. En el Bajo Imperio se crean nuevos tipos de delitos públicos entre ellos el aborto entendido como la interrupción de la gestación estableciéndose penas para la mujer que abortaba, aunque parece que más bien tenía una significación social y un reconocimiento a la autoridad masculina.

Bueno sería que nuestros legisladores, nuestros políticos y nuestra sociedad toda en vez de propiciar la legalización del aborto imitaran ese punto de vista respecto a esta deleznable práctica.

IV-Conclusión

La protección de la vida desde su concepción hasta la muerte natural se ve amenazada por el aborto y la eutanasia. El momento sagrado de su iniciación y de su final están siendo atacados en nombre de una falsa piedad. Se comenzó con los más débiles y desamparados: los niños no nacidos pero tarde o temprano se seguirá con los moribundos desahuciados o con los ancianos inválidos y molestos. La sociedad actual parece estar hecha por los fuertes y para los fuertes. No hay lugar en ella para los débiles.

Ello no fue así en otras épocas ya que desde que el hombre es hombre, todas las religiones y toda la moral han protegido al débil, al desvalido, al vulnerable. No es necesario abundar en los motivos. Su sola situación de indefensión lo justifica. La atención a la dignidad innata de cada hombre y mujer adquiere hoy un nuevo énfasis con el principio de la responsabilidad de proteger. Esta responsabilidad comienza a ser reconocida como la base moral del derecho de un gobierno a ejercer la autoridad. Es también una característica que pertenece por naturaleza a la familia, en la que los miembros más fuertes cuidan de los más débiles.

La mayor constatación de la pérdida del sentido moral en la conciencia del hombre contemporáneo son los homicidios en masa por el aborto y por las guerras con el agravante que en el caso del aborto algunos países considerados desarrollados lo han legalizado y hasta justificado moralmente.

Sólo el reconocimiento del *nasciturus* como persona desde la concepción -cualquiera sea el lugar en que ésta tenga lugar y sin sometimiento a condición alguna-hasta su fin natural, puede garantizar la protección de la vida desde el primer instante. Las bases fueron construidas hace ciento cuarenta y dos años por nuestro insigne prócer civil y perduran en nuestro sistema legislativo que no obstante, no pierde de vista su vocación de futuro. Ello obliga a que las leyes, decretos y actos administrativos no sólo se dicten sin alterar los principios allí reconocidos, sino que además deban ser indispensablemente redactados en consonancia con los mismos y en defensa de la vida. Frente a una mentalidad que trata de disminuir la gravedad moral y jurídica del aborto, hay que sostener con firmeza que toda vida humana es una bendición y nunca una maldición a pesar de las circunstancias adversas o extremas en las que tenga que desarrollarse.

Bibliografía

Fuentes documentales

- Código Civil, Ed. De Zavalía Victor, Buenos Aires, 2005.
- Código Penal de la República Argentina, Abeledo Perrot, Buenos Aires, 2006.
- Encíclica “Humanae Vitae”- S.S. Pablo VI (25/7/68)
- Encíclica “Evangelium Vitae” – S.S. Juan Pablo II
- García del Corral, Idelfonso L., Cuerpo del Derecho Civil Romano, a doble texto traducido al castellano del latino, publicado por los hermanos Kriegel, Hermann y Osenbrugger, con las variantes de las principales ediciones antiguas y moderna y con notas de diferencia, Barcelona, 1892 (6 volúmenes).
- Irigoyen Troconis, M.P., Paulo, J., Sentencias a su hijo, traducción del latino al castellano, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas-Instituto de Investigaciones Filológicas, México, 1994.
- Salas, Acdeel y Trigo Represas, F., Código Civil y leyes complementarias anotadas, Depalma, 2º ed. Buenos Aires, 1974.
- Tratados y Documentos Internacionales, Ed. De Zavalía Victor, Buenos Aires, 2001.

Bibliografía específica

- Arangio Ruiz, Vincenzo, Historia del Derecho Romano, tr. F. De Pelsmacker e Ibañez, Madrid, Reus, 1943.
- Instituciones de Derecho Romano, tr. J. Caramés Ferro, Buenos Aires, Depalma, 1952.
- Argüello, Luis Rodolfo, Manual de Derecho Romano, Historia e Instituciones, 3º edición corregida, Buenos Aires, Astrea, 1988.
- Arribére Roberto: Bioética y Derecho-Dilemas y paradigmas en el siglo XXI-Ediciones Cathedra Jurídica. Bs. As. 2008
- Basso, Domingo M: “Nacer y morir con dignidad”-Depalma.Bs.As.1993
- Bergel, Salvador y Nelly Minyersky(coordinadores):Bioética y Derecho. Rubinzal Culzoni. Santa Fe-2003
- Blanco, Luis, Algunas consideraciones a cerca del desarrollo del “bioderecho” en la Argentina, Cuadernos de Bioética, año 3, N° 2, Tórculo Arte Gráfico, Santiago, 1998.
- Bonfante, P., Instituciones de Derecho Romano, tr. L. Bacci y A. Larrosa, Reus, Madrid, 1929.

- Borda, Guillermo, Tratado de derecho Civil, parte general, tomo I, 6° edición actualizada, Editorial Perrot, Buenos Aires, 1976.
- Borrel Maciá, Antonio: “La persona humana” Editorial Bosch-Barcelona.1954
- Catalana Pierángelo, Diritto e persona, G. Giappichelli Editore, Torino, 1996.
- Cifuentes Santos, Los derechos personalísimos, Ed. Lerner, Buenos Aires, 1974.
- Estrada, S., La persona por nacer en el *Corpus Iuris Civilis*, en el Código de Vélez Sársfield y en el proyecto de Código Civil Argentino de 1998”, en Roma y Argentina, Diálogo de culturas, Ed. ILLAC Facultad de Filosofía y Letras, UNT, Tucumán, 2008.
- Fernández Sessarego, C. Persona por nacer en el Código de Vélez Sársfield y en el Código Civil Peruano de 1984, Academia Nacional de Derecho y C. Sociales de Córdoba, Córdoba, 2000.
- Goldschmidt, Werner, Introducción filosófica al Derecho, 4° edición, Buenos Aires, Ed. Depalma, 1973.
- Hooft, Pedro, Bioética y Derechos humanos. Temas y casos, Depalma, Buenos Aires, 1999.
- Lacadena, J., Aspectos genéticos de la reproducción humana en la fecundación artificial, Ciencia y Etica, PS Editorial, Madrid, 1985.
- Mainetti, José A., Bioética sistemática, Ed. Quiron, La Plata, 1991.Bioética ilustrada, Ed. Quiron, La Plata, 1994.
- La cuestión nominal de la bioética, en Antropobioética, Ed. Quirón, La Plata, 1995.
- Mainz, Carlos, Curso de Derecho Romano, tr. A.J. Pou y Ordinas, Barcelona, Molima, 1892.
- Mazzinghi, Jorge, Breve reflexión sobre la fecundación in vitro, La Ley 1978-C, sección doctrina.
- Ortolán, M., La Historia de la Legislación Romana, tr. Francisco Pérez de Anaya y Melquíades, Pérez Rivas, Madrid, Leocadio López, 1887.
- Instituciones del Emperador Justiniano, Francisco Pérez de Anaya y Francisco Pérez Rivas, Madrid, Hijos de Leocadio López, 1912.
- Peña Guzmán, Luis A. y Arguello, Luis R., Derecho Romano 2° edición, Buenos Aires, TEA, 1966.
- Reale, Miguel, Teoría tridimensional del derecho. Editorial Tecnos, Madrid, 1997
- Rinaldi N., La personalidad del que está por nacer (Raíces romanísticas del art. 70 del C. Civil) ED T. 149
- Romeo Casabona, Carlos, El derecho y la bioética ante los límites de la vida humana, Centro de Estudios Ramón Areces, Madrid, 1994.
- Salvat, Raimundo, Tratado de Derecho Civil Argentino, Parte General, actualizado por José M. Olaciregui, Ed. Tea, Buenos Aires, 1964.
- Savigny, Carlos, Sistema de derecho romano actual, tr. J. Mesía y M. Poley, Madrid, Góngora Álvarez, 1879.
- Utz Fridolín, Arthur, O.P. Etica Social. 2° tomo, Filosofía del Derecho, Edit. Herder, Barcelona, 1965
- Vázquez, Humberto, Derecho Romano de ayer y de siempre, García Torralba, Córdoba, 1986.
- Vázquez Ferreyra, Roberto, Valor de la vida y daño moral. Responsabilidad de los obras sociales., Nota a fallo en LL, año LVIII Nro.194, Buenos Aires, Octubre 11 de 1994.
- Vila Coro, María Dolores, Introducción a la biojurídica, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 1995. I.

RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN LA TOMA DE DECISIONES EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ANENCEFALIA*

Marie Lourdes González Bernardi

Ginecotocóloga. Prof. Adjunta Unidad Académica de Bioética Facultad de Medicina – UdelaR. Prof. Adjunta Instituto de Éticas Aplicadas - Universidad Católica del Uruguay
ma.gonzalezbernardi@gmail.com

Introducción

La anencefalia es el defecto más grave de las anomalías fetales; siempre es letal y ocasiona elóbito o la muerte neonatal temprana. Antes, entre el desconocimiento y la natural evolución de los embarazos, se era espectador de esta situación en el momento del parto. En la actualidad, la ecografía permite el diagnóstico de defectos del tubo neural (DTN) severos durante el primer trimestre de la gestación. Es muy delicada la situación del médico ecografista que se enfrenta a un diagnóstico de patología fetal irreversible y deja traslucir sus sentimientos y preocupación.

La mayoría de las veces informa el diagnóstico, su posible desenlace espontáneo o provocado.

El diagnóstico prenatal del feto anencefálico puede considerarse un buen ejemplo de lo dilemático que puede ser la toma de decisiones acerca de quién debe dar la información a la madre y su familia: ¿es responsabilidad del ecografista o del obstetra tratante?

Diagnóstico prenatal

La OMS (1970- 1975- 1982) citada por González Merlo (2006) define el Diagnóstico Prenatal como “todas aquellas acciones prenatales que tengan por objeto el diagnóstico de un defecto congénito, entendiéndose por tal toda anomalía del desarrollo morfológico, estructural y funcional o molecular presente al nacer, aunque pueda manifestarse más tarde, externa o interna, familiar o esporádica, hereditaria o no, única o múltiple”.

Carrera (1991) entiende por anomalía congénita, la presencia en el momento del nacimiento de defectos o alteraciones morfo funcionales que provocan una disfunción de severidad muy variable, relacionada con el o los aparatos y sistemas involucrados. Los defectos del tubo neural incluyen el meningomielocelo, la anencefalia y el encefalocelo. Forman parte de una de las malformaciones congénitas más frecuentes con una incidencia en el mundo de aproximadamente 400.000 nacimientos anuales.

Ecografía Obstétrica

La ecografía obstétrica ofrece al médico información acerca de la edad gestacional, la viabilidad fetal, la posición e implantación placentaria o la presentación fetal, entre otros muchos datos y permite el diagnóstico del crecimiento intrauterino retardado o las malformaciones fetales. (Muñoz, 2001)

Por todo ello, se ha convertido en un método de diagnóstico imprescindible que se practica rutinariamente en todas las gestaciones.

En una gestación normal, dice Alcázar (2008), se recomienda hacer un mínimo de tres exploraciones: la primera entre la 8ª y la 12ª semana, la segunda de la 18ª a la 20ª semana, y la tercera de la 34ª a la 36ª semana

Evolución del gestado

Valenzuela (2008) opina que el anencéfalo crece y se desarrolla en forma semejante a un niño normal fuera de sus malformaciones evidentes y remarca las siguientes características: la madre percibe sus movimientos desde la semana 22, tienen actividad electroencefalográfica, pero carecen completamente del sistema que permite experimentar dolor o sensaciones. A término pueden tener un peso normal. Su parto será muy dificultoso y potencialmente peligroso para la madre.

La literatura médica indica que el 57% de los nacidos con vida fallecen en las primeras 24 horas, que sólo el 15% sobrevive tres días, y que es excepcional que alcancen una semana si no se tienen medidas de sostén. Por eso, no se pueden aplicar aquí los criterios cronológicos usuales de viabilidad.

Relación médico – paciente

La relación médico-paciente se ha modificado, del hipocrático paternalismo a la actualidad las teorías mayoritariamente aceptadas obligan a un delicado proceso de comunicación que debe ser suficientemente eficaz para que el paciente decida proporcionalmente a la capacidad que para ello conserve. De las 4 categorías de Emmanuel-Emmanuel (1992) el modelo deliberativo es la más aceptado y propone indagar dialógicamente en un contexto de igualdad de todos los partícipes (definición de deliberación), ponderando las acciones posibles según los valores de cada cual, analizando las consecuencias de cada acción.

Pablo Simón Lorda (2002) responde en este sentido que el conflicto no está en la dificultad para conocer los valores del paciente, sino en el fin primordial de la Medicina, ésta puede tener valores absolutos o si todos ellos están sometidos a la libertad de decisión del paciente, aunque éste se hallare en situación de fragilidad y merma por su propia condición de enfermo.

Goic citado por Laín Entralgo. (1969) describe tres hechos fundamentales y permanentes que caracterizan el encuentro del médico con su paciente:

1. Es un acto libre basado en la confianza en el médico, tanto en su honorabilidad como en su capacidad profesional.
2. Transcurre en la intimidad de la consulta, a la cual habitualmente no tienen acceso otros actores que no sean el médico y su paciente. La ruptura de la confidencialidad, provocaría un quiebre irremediable de la confianza que el paciente depositó en su médico.
3. Constituye un acto basado en la confianza mutua: la del enfermo en la integridad e idoneidad del médico, y la de éste en la voluntad del enfermo de colaborar en su recuperación para reintegrarse a su labor en la sociedad.

Por lo tanto, libertad, intimidad y confianza, son los elementos esenciales y constitutivos del acto médico.

El enfermo que acude al médico siempre, en mayor o menor grado, será un ser angustiado y la pareja que gesta un hijo con un defecto congénito severo más aún, puesto que no sabe con certeza la naturaleza y el pronóstico de la patología.

El rol del médico es contribuir a aliviar esa angustia y no acentuarla por actitudes inconvenientes, lo cual sería iatrogenia. El médico debe ser prudente en lo que dice, y tener control sobre sus expresiones no verbales: nunca expresar asombro o alarma ante un síntoma o situación que relata el enfermo ante un hallazgo grave en el examen físico, ni tampoco reprocharle o escandalizarse por una confidencia del enfermo.

Es muy compleja la situación del médico ecografista que se enfrenta a un diagnóstico de

patología fetal irreversible y con pronóstico tan reservado que no deje traslucir sus sentimientos y preocupación. El médico debe darse tiempo, detenerse y ser receptivo a lo que expresa la otra persona tanto verbal como no verbalmente.

Nos preguntamos si en tan escasos minutos de consulta es posible el objetivo de entablar una relación médico-paciente digna tanto para el médico como para el paciente.

El contexto clínico, la posibilidad de conflicto entre las recomendaciones del médico y los deseos del paciente a menudo se acompaña de silencio por ambas partes.

El rol del paciente en la toma de decisiones clínicas es un problema complejo. No todos los pacientes desean o tienen la capacidad para participar en estas decisiones, y no todos los médicos poseen el interés, la sensibilidad, y la capacidad de comunicación necesaria para incentivar a estos pacientes a tomar este rol. (Taboada 2008) La medicina tiende a comunicarse en un lenguaje extraño para los pacientes lo que dificulta su comprensión de la información.

Para Roter (1984) en general los pacientes carecen de seguridad y destreza para expresar sus interrogantes, es más evidente aún en el caso de personas provenientes de medios socioeconómicos desfavorecidos.

Los pacientes admiten entender por completo sólo el 15% de lo que dicen sus médicos, y la comunicación médico-paciente es tan problemática que el 50% de las veces las pacientes salen del consultorio sin comprender lo que se supone tienen que hacer para cuidarse. Casi todas ellas desean una descripción amplia de los riesgos y alternativas (Korsh.1968).

La delegación de las decisiones a la familia se basa en el supuesto de que los familiares representan mejor los intereses del paciente, conocen sus valores y objetivos vitales, y se espera que, en general, estén movidos por el amor hacia el paciente.

A nuestro juicio, esto significa que los familiares, así como el médico, deben guiar sus decisiones en conformidad con ciertos valores éticos primarios como son el respeto a la vida, la compasión y el principio de no dañar.

“...el médico debe encontrar siempre la ocasión para informar al paciente, porque es lo que marca la diferencia en la relación clínica”.Diego Gracia (1991)

Conducta perinatal frente a los defectos congénitos incompatibles con la vida ¿Quién debe dar la información sobre los hallazgos en el diagnóstico prenatal?

Las conclusiones del 1er Taller de Discusión sobre la conducta frente al diagnóstico de los defectos congénitos (DC) (1999) son contundentes. Fue organizado por la Unidad de Medicina Perinatal del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Concurrieron más de 120 participantes, 82 médicos (ginecólogos, pediatras, ecografistas, etc.) y no médicos (psicólogos, enfermeros, asistentes sociales, etc.) entre los que se encontraban reconocidos abogados.

No existe registro que con posterioridad se tratara el tema en un ámbito académico con tan elevado número y calificación de participantes.

En dicho Taller se plantearon dos temas: el manejo de la información por parte del equipo de salud y la solicitud de consentimiento informado y finalmente analizar junto a los juristas la posibilidad de interrupción de la gravidez en fetos incompatibles con la vida al nacer.

Sobre quién debe brindar la información que ofrece una ecografía o entregar el resultado de una amniocentesis, los profesionales opinan por mayoría que no debería de existir conflicto, y que lo puede afirmar quien haga el diagnóstico,

Se plantearon dudas acerca de la idoneidad del ecografista como obstetra, además, la mayor parte de las veces es gineco-obstetra, por lo tanto, puede ejercer el doble rol de imagenólogo y de especialista.

Otro tema muy complejo es la forma de entregar el resultado de una paraclínica y, sobre todo, en el caso de un pronóstico vital tan ominoso. Se plantea en un sobre cerrado como se hacía otrora. Actualmente motivado por el respeto y la promoción de los derechos de los pacientes.

Tanto la Historia Clínica como los resultados de los estudios son propiedad de la persona y la Institución los custodia. Lo más seguro es que el paciente lo abra y pueda malinterpretar un término con consecuencias nefastas.

Dicho Taller decide que el médico de cabecera es quien debe darle la información a la pareja, nunca el ecografista o, en su defecto, algún integrante del Staff Superior del Servicio Asistencial.

Sobre la interrupción del embarazo con feto portador de un defecto congénito se expresa mayoritariamente que el médico tiene derecho de dar su opinión, que es muy difícil ser neutral en una profesión como la medicina; enseguida se tiende a tomar partido y, como lo decían investigaciones recientes, depende de los valores, vivencias y creencias de los médicos.

La mayoría (un 80%) de los profesionales apoyaron la despenalización del aborto en casos de patologías incompatibles con la vida al nacer.

Una fuerte opinión contraria a la interrupción de todos los defectos congénitos severos surge del área de psicología médica, en donde se considera beneficioso permitir cursar el duelo, acompañar y favorecerlo, sin apresurar tiempos por considerar qué es mejor para la madre y la familia. Hay que considerar la aceptación social del minusválido, su valor y su dignidad se concluye.

No existe acuerdo en la interrupción de algunos defectos congénitos que están en el límite de la viabilidad. Se propone no ser tan rígidos y abrir un abanico de posibilidades a la madre y la familia que incluya el aborto.

A los 10 años de dicha Jornada, se realizó un relevamiento a partir de un cuidadoso registro de dos años de concurrencia en calidad de ginecotocóloga y bioeticista a la Reunión Perinatal Semanal de la Unidad de Medicina Prenatal.

Se analizó la opinión de los ecografistas sobre la conducta frente al diagnóstico de Defectos Congénitos para tener un parámetro acerca de si se había modificado la opinión mayoritaria de los más de 120 connotados profesionales sobre quién debe brindar la información sobre un hallazgo ecográfico patológico.

Se abordaron dos cuestiones fundamentales:

- ¿qué hace si diagnostica un DC con pronóstico grave?
- ¿está de acuerdo con el aborto de fetos con pronóstico vital muy comprometido?

Los resultados confirmaron la tendencia mostrada en el 1999, con casi un 90% de ecografistas afines a informar la posibilidad de realizarse un aborto de entrada como forma de solucionar el problema lo más pronto posible.

Pero, por el otro lado, también casi el 90% de los ecografistas durante el procedimiento le informan a la madre la noticia de que su hijo padece una malformación grave.

En la mayoría de los casos (60%) buscan a otro colega para dar la información, sólo un 10% de los casos tiene como primera medida buscar el teléfono del colega tratante. En general, son los ecografistas más experimentados y acostumbrados a trabajar en equipo, le

adelantan a la madre la situación con un “algo no está bien” buscan un familiar e intentan comunicarse con el médico.

La totalidad de los médicos consultados plantean varias dificultades en el entorno de los Servicios de Asistencia del Estado (Hospitales Públicos) como el caso del nombre del médico en la solicitud sea ilegible y desconocido, y que la paciente haya sido referida por una obstetra partera de una zona periférica.

En otro estudio, Ayier (1999), las creencias personales de los profesionales y su experiencia con el aborto se asocian con las actitudes que, además de la competencia de hacerlas, influencia a los padres.

Ofrecer formación en el aborto podría beneficiar a los médicos que son partidarios y están dispuestos a realizar abortos.

En general, el 33% de los médicos ofrece su opinión personal sobre la terminación del embarazo si así lo solicitan las partes consultadas. Los resultados sobre la influencia de la edad y la especialidad del médico también ponen de manifiesto su papel en la opinión de los médicos en esos grupos.

De hecho, el 30% de los médicos frente a la interrupción del embarazo de una de las seis anomalías fetales más severas y frecuentes, iba a modificar su posición si el diagnóstico prenatal no era posible en el primer trimestre.

La mayoría de los genetistas, según Carnevale (1997), están de acuerdo en que el asesoramiento debe ser no directivo, sólo expositivo y neutral.

No opinan igual otros especialistas consultados como, por ejemplo, los obstetras. El enfoque de la orientación se debe, en parte, a la condición fetal y, en parte, a la especialidad del médico, la edad y la importancia de la orientación religiosa.

En todos los casos es necesario que la madre comprenda la evolución del embarazo y tome las decisiones en forma libre y consciente.

Pero, para ello, se requiere la participación de un equipo dispuesto a guiarla sobre la base del conocimiento de su nivel intelectual, su familia, red de apoyo, temores y expectativas, aclaración sobre sus sentimientos de culpa y sus creencias religiosas. No es la situación que se vive a diario en las consultas de un Sistema de Salud Nacional, que -salvo que la atención sea privada 100% - está tan sobrecargado y saturado que destina sólo 10 minutos por consulta a cada paciente.

En suma, a la mujer se le debería conceder toda la información sobre la situación que va a vivir, a objeto de que pueda realizar una toma de decisión informada, en pleno ejercicio de su autonomía, ya que sería ella quien debería portar las consecuencias físicas y psíquicas de lo que se concluya hacer y se haga en ella.

En la actualidad, el diagnóstico prenatal es igual a la interrupción de la gravidez en curso. En un reciente estudio retrospectivo R. Quadrelli (2007) concluye que el 96% de los padres con diagnóstico cromosómico de Síndrome de Down decidieron abortar. Dicha afirmación es la que ostentan numerosos médicos y población en general que se somete a determinadas técnicas; la misma se basa en la creciente aceptación social del aborto, siendo éste el comienzo de una transición hacia una *eutanasia eugenésica*, fruto de una sociedad competitiva y productiva, con dificultades culturales en asumir en su seno a los deficientes. Además, se explica por la presencia de una filosofía centrada en el bienestar material y el rechazo de todo lo que signifique dolor, deficiencia e incompreensión, sin dejar de destacar los costos sociales y económicos que origina la vida de un disminuido físico o mental. (Sedano, 2008)

Haciendo propios los principios, las normas y los valores éticos universales, con apoyo en la legislación uruguaya -liberal en ésta área si se la compara con otras en las cuales bajo ningún concepto se exime de pena un aborto- se considera que, frente al diagnóstico prenatal de un nonato portador de un defecto congénito que comprometa y/o

limite su calidad de vida, una Comisión de Ética asesora con poder deliberativo debe analizar todos y cada uno de los casos que se solicita una interrupción de una gravidez. Proponemos brindar a la madre y a la familia la posibilidad de continuar con el embarazo bajo un estricto control y oportuna resolución. Digámosle que según la buena práctica médica no haremos nada para retrasar su muerte, ofrezcámosle el cuidado y apoyo que merece y requiere.

Hagamos los esfuerzos necesarios para que comprenda que su hijo enfermo vivirá lo que su potencialidad de vida le permita, y que es importante que lo cuide en su interior ese tiempo. Y que también es importante que conozca a su hijo y se despidan de él. Digámosle que eso favorece el duelo, por más que *a priori* parezca macabro. Al feto enfermo, por su parte, otorguémosle lo que le corresponde, el respeto a su vida hasta que la pierda naturalmente, entregándole al nacer los cuidados proporcionados que como todo individuo humano merece.

No lo despreciemos pensando que por no tener hemisferios cerebrales no es humano. Somos conscientes que estamos proponiendo un acto de heroicidad a la madre que está gestando un feto anencefálico, que puede llegar hasta el final del embarazo. Pero también somos conscientes que esa madre y esa familia tiene derecho a recibir toda la información sobre su hijo y las alternativas que pueden suceder. Que con un simple “se puede interrumpir” se hace mucho daño.

Los ansiosos ecografistas y médicos capacitados en una sociedad y una Academia de Medicina que defiende el aborto como un derecho de la mujer podrían detenerse a reflexionar los fines de nuestra noble profesión: cuando no es posible curar, se puede ayudar y acompañar.

Bibliografía

1er Taller de conducta prenatal ante Defectos Congénitos Centro Hospitalario Pereira Rossell. Universidad de la República Oriental del Uruguay. Facultad de Medicina Marzo 1999.

Alcázar J L. 2008 Gestación: Valoración ultrasonográfica de la gestación precoz anormal: Conceptos básicos actualizados Departamento de Obstetricia y Ginecología, Clínica Universitaria de Navarra. Universidad de Navarra, Pamplona. España.

Aiyer AN, Ruiz G, Steinman A, Ho GY. 1999; Influencia de las actitudes de los médicos de la voluntad de realizar el aborto. *Obstet Gynecol* 93 (4) :576-580.

Carnevale A, Lisker R, Villa AR, Casanueva E, Alonso E. 1997 Consejería tras el diagnóstico de una anomalía fetal: comparación de diferentes especialistas clínicos en México

Carrera , J.M. 1991. Diagnóstico Prenatal Ed. Salvat, Barcelona, p.10-14

Am J Med Genet; 69 (1) :23-28.

Emanuel EJ, Emanuel L. 1992; Four models of the physician – patient relationship. *JAMA* 267:2221-6

Gracia, Diego: 1991 Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid, *Eudema*, González Merlo. 2006. *Obstetricia* 5ª Edición Ed. Mason pp. 180-182.

Korsh BM, Gozzi EK,. Francias V. Gaps in doctor-patient communication. *Pediatrics* 1968;42:855-871

Laín Entralgo P. (1969) *El médico y el enfermo*, Madrid: Ediciones Guadarrama p.238-245

Muñoz H. y cols. 2001 Ultrasonido de rutina en Obstetricia. Reunión de consenso. *Rev Chil Ultrasonog*; 4: 58-60

Roter DL Patient question-asking in physician – patient interaction
HealthPsychol1984;3:395-409

Sedano L, Sedano R M2a, Sedano R., Rodríguez JG, Aedo S M 2008 Reflexiones sobre la conducta obstétrica en la embarazada con feto anencefálico Rev Méd Chile; 136: 789-792

Simón Lorda., 2002 El Consentimiento Informado: abriendo nuevas brechas. Fundación VíctorGrífols i Lucas, N° 5

Quadrelli ,R Quadrelli, A, Mechoso, B Laufer, M Jaumandreu C , Vaglio A 2007, Parental decisions to abort or continue a pregnancy following prenatal diagnosis of chromosomal abnormalities in a setting where termination of pregnancy is not legally available Instituto de Genética Médica, Hospital Italiano, Montevideo, Uruguay Prenatal diagnosis Volume 27 Issue 3, Pages 197 - 295

Valenzuela P.F. Problemas bioéticos en torno a la criatura Anencefálica. Rev Chil Pediatr 2008; 79 (3): 303-310.

LA PRESENCIA DE UNA ENTIDAD CORPORAL DESDE LAS PRIMERAS HORAS DE LA VIDA HUMANA

Alejandra Huerta Zepeda

Doctora en Ciencias Biomédicas por la Facultad de Medicina. UNAM.

Introducción

La pregunta de cuando comienza la vida de un ser humano continúa en debate. Sin duda es un tema de suma importancia en el campo biológico, ético, legal y políticas públicas entre otros. Existen evidencias científicas que sostienen que el desarrollo embrionario comienza a partir de una sola célula, el cigoto, que es “el todo” y que es “poseedor de un cuerpo”. En el presente escrito explicaremos estas dos afirmaciones, con el propósito de poner al alcance evidencias científicas que sostienen como el cigoto o embrión unicelular es un organismo individual, un individuo con identidad génica poseedor de todo un sistema orgánico, que no forma parte de un todo sino que es “el todo” con carácter único, individual e irrepetible, poseedor de un cuerpo, que lo vemos reflejado desde las primeras horas.

Inicio de la vida humana

En el momento de la fecundación se forma una nueva estructura cromosómica individual específica de un nuevo ser humano llamada cigoto. Los cromosomas no contienen información alguna para desarrollar características animales no- humanas. En el hombre no se da una fase en el que haya algo no- humano. Desde el inicio, es decir, después de la fecundación, el cigoto es un ser específico individual. Las distintas fases del desarrollo conllevan un cambio morfológico, pero nunca un cambio de naturaleza. Desde el punto de vista biológico hay una unidad individual-continua.

Un nuevo organismo individual

El cigoto es sin lugar a dudas una célula única, rodeada de membrana, metabólicamente activa. El espermatozoide como tal ya no existe, y el ovocito original se encuentra importantemente modificado, principalmente después del fin de la segunda división meiótica (al finalizar la meiosis). Ante esta nueva situación no vemos más que dos posibilidades: 1. Estamos frente a una célula nueva ó 2. Estamos frente a un organismo unicelular. De ser una célula nueva, se trataría de una célula con ciertas características comunes a todas aquellas células “nuevas” el genoma sería idéntico al de la célula de donde proviene, con la información epigenética previamente establecida; sin duda sería una célula diferenciada con expresión de genes específicos para cumplir una función determinada, tendría una limitada proliferación y sería una célula incapaz de dar lugar a otras líneas celulares diferente a ella, **forman parte de un todo, pero NO es el todo**. Si se trata de un organismo unicelular observamos un genoma humano completo diferente al de sus progenitores con una nueva información epigenética²⁸³

²⁸³ Información epigenética: Información que se le *impon*e al ADN ‘independientemente’ de su secuencia primaria y que regula la expresión de genes a nivel transcripcional y postranscripcional. Por definición, la información epigenética es heredada al curso de divisiones celulares, es decir esa información la contiene toda la progenie de una célula determinada. Los mecanismos epigenéticos incluyen principalmente la metilación del ADN, modificaciones covalentes de las histonas, y remodelación de la cromatina. La reprogramación epigenética es la modificación del programa de la expresión del genoma regulado por dichos mecanismos epigenéticos y como consecuencia es borrada o reseteada la información de dicho genoma para dar lugar a una nueva programación, sin modificar la secuencia del ADN.

dejando una nueva impronta que se le conoce reprogramación epigenética²⁸⁴. Posee unidad y organización vital, es decir, dinamismo propio, posee individualidad y estructuración en el espacio y tiempo. Es capaz de auto-movimiento que se manifiesta en el desarrollo embrionario. Tiene en su maquinaria todo lo necesario para auto-regularse; aparentemente es un organismo muy primitivo por no tener los órganos bien diferenciados, sin embargo, lleva a cabo diferentes funciones en una sola dirección, con un orden sistémico, que le confiere autonomía capacidad de gobernarse (regularse). Con estas evidencias podemos afirmar que el cigoto, desde sus inicios goza de unidad e individualidad esencialmente fuertes. No queda lugar a duda que se trata de un organismo de la especie humana y que ya posee además características distintivas individualizadoras.

Continuidad biológica

Es cuando afirmamos que el ser humano es el mismo individuo desde la concepción hasta la muerte. Entre estos dos puntos no se encuentra una característica biológica que marque una diferencia esencial o de naturaleza en el ser vivo.

Algunos autores afirman que la colección blastocística de células humanas se transformarán en un individuo humano en el momento de la implantación, es decir, 5 a 6 días post fecundación. Para otros autores el grupo de células humanas sólo se transformaría en un ser humano hasta el día 14 cuando aparece la estría primitiva, sin dejar claro el fundamento de escoger ese día. Otros más afirman que se es humano cuando se forma el cerebro. Pues bien, para algunos, el cerebro comenzaría con la primera diferenciación del sistema nervioso primitivo del embrión, es decir en el día 16 o en la tercera a cuarta semana cuando se distinguen las 5 mayores regiones del futuro cerebro o bien cuando aparecen arcos reflejos. Para otros el hito lo constituiría la aparición o la organización del electroencefalograma o cuando hay movimientos espontáneos de brazos y piernas. Y así sucesivamente, hasta llegarse a afirmar que la calidad de seres humanos sólo debería otorgarse al nacimiento si se comprueba que el individuo está sano. Con estos argumentos de señalar un determinado momento vemos que se cae en el absurdo y en ninguno de ellos encontramos un cambio biológico significativo que explique la supuesta transformación a un organismo humano individual.

En toda la vida humana **hay sólo dos** discontinuidades esenciales: una en la fecundación y una segunda en la muerte que es cuando se pierde la unidad y organicidad. La fecundación y la muerte son los dos extremos que marcan la discontinuidad biológica del hombre. Con el proceso de la fecundación inicia una nueva vida humana y con la muerte finaliza su existencia aquí en la Tierra. Lo podemos resumir de la siguiente manera:

- a. Con la fusión de los gametos comienza a existir un organismo unicelular dotado de una nueva estructura de información que le confiere una identidad específica e individual.
- b. El cigoto u organismo unicelular (embrión) comienza inmediatamente a actuar como una unidad individual que tiende a la gradual y completa expresión del programa orgánico inscrito en su dotación genética, mediante un proceso de desarrollo continuo, caracterizado por una estrecha interacción entre cada una de las partes que van surgiendo y con el ambiente externo en el que se desarrolla.

²⁸⁴ La reprogramación epigenética es la modificación del programa de la expresión del genoma regulado por dichos mecanismos epigenéticos y como consecuencia es borrada o reseteada la información de dicho genoma para dar lugar a una nueva programación, sin modificar la secuencia del ADN. Son las modificaciones añadidas que influyen en la expresión de los genes en ese genoma en particular. Cfr. Reik, W., Dean, W., Walter, J. "Epigenetic Reprogramming in Mammalian Development". *Science* 293, (2001), 1089-1093. Santos, F., Peters, A.H. Otte, A.P., Reik, W., Dean, W. Dynamic Chromatin modifications characterize the first cell Cycle in mouse embryos. *Dev Biology* 280, 2005, 225-236. Morgan, H., Santos, F., Green, K., Dean, W., Reik, W. "Epigenetic Reprogramming in mammals". *Human Molecular Genetics* 14, 2005, R47-R58

- c. Este carácter orgánico se manifiesta en una totalidad corpórea, regulado por los ejes corporales que por su fuerza intrínseca tiende a un organismo completo, que explicaremos a continuación.

El embrión poseedor de un cuerpo

Existen dos fuertes evidencias científicas que confirman que estamos frente a un cuerpo humano en desarrollo.

Se suele decir que el embrión en los primeros estadios es solo un cúmulo de células y que todas las células tallo embrionarias (embryonic stem cells) son totipotenciales; sin embargo, hoy día se ha comprobado que aunque tienen una gran capacidad proliferativa, a cada paso de su división van perdiendo totipotencialidad y se van definiendo hacia una función o zona del cuerpo específica. Por ejemplo, cuando se aíslan los blastómeros²⁸⁵ algunos investigadores afirman que poseen las mismas características y funciones. Sin embargo, si se hace un estudio minucioso observamos que no es así. Varios grupos de investigadores²⁸⁶ se cuestionaron cada uno de acuerdo a sus propios estudios si realmente todas las células eran idénticas y simétricas, ya que se asumía que todas las células embrionarias (embrión de 4, 8, 16, 32 células) eran iguales, y por lo tanto todas las células son totipotenciales. Con los estudios realizados se comprobó que no se dividían de manera simétrica y que la célula que se dividía primero siempre daba lugar a la masa celular interna que de ahí surgen las tres capas laminares que forman todo el organismo, y el blastómero que se dividía tardíamente daba lugar al trofoectodermo donde provienen todos los tejidos de soporte como la placenta²⁸⁷. Con estos y otros estudios más finos se comprobó que las células son pluripotenciales con un altísimo poder proliferativo capaz de dar lugar a todos los linajes celulares, pero incapaces de dar lugar a un *nuevo organismo*. Se ha comprobado que cada célula tiene una función diferente que participa de manera específica en todo el proceso. Cuando se aísla un blastómero, aún considerando que sea del estadio de 4 células, tiene un altísimo poder pluripotencial, por ejemplo si se introduce en un embrión de 8 células logra reprogramarse y mimetizar las funciones pero es incapaz que reinicie por si mismo un nuevo programa de desarrollo embrionario debido a que ya tiene una programación específica, ha perdido su totipotencialidad, por que a cada paso se va reprogramando y diferenciando. [Es frecuente que cuando se estudian las células tallo embrionarias se les separa de su totalidad por lo que es imposible ver la unidad que guardan las partes -que no pueden separarse del todo- respecto al todo y se llegan a conclusiones erróneas]. Y la otra evidencia que es la más fuerte es por que el cigoto como tal es la única célula que posee los *ejes corporales*. El eje cráneo-caudal, (conocido como animal-vegetal), dorso-ventral y derecha-izquierda. Estos ejes son fácilmente detectables en la gastrulación, no obstante se encuentran trazados en el embrión temprano. En primera instancia tenemos la presencia del eje cráneo-caudal (después conocido como antero-posterior) que fue trazado desde el momento de la fecundación²⁸⁸; sin este eje **no se**

²⁸⁵ Blastómero: Células resultantes de las primeras divisiones mitóticas del cigoto. Altamente indiferenciadas.

²⁸⁶ A. Gardner Richard. University of Oxford UK. B. Zernicka-Goetz Magdalena. Gurdon Institute. University of Cambridge UK. C. Hiiragi Takashi. Max Planck

²⁸⁷ Zernicka-Goetz M. The first cell-fate decisions in the mouse embryo: destiny is a matter of both chance and choice Current Opinion in Genetics & Development 2006, 16:406-412

²⁸⁸ Gardner, R.L. "The early blastocyst is bilaterally symmetrical and its axis of symmetry is aligned with animal-vegetal axis of the zygote of the mouse". *Development* 124, (1997), 289-301. Piotrowska, K. & Zernicka-Goetz, M.

da el plano para que se de el desarrollo corporal. Desde el primer momento, se sabe donde estará la cabeza y donde serán los pies²⁸⁹, lo que nos indica que hay un diseño, un plan, hay una direccionalidad inmanente. El cigoto o embrión unicelular poseedor de un cuerpo es la única célula capaz de iniciar un nuevo desarrollo embrionario y por lo tanto de dar lugar a un organismo vivo.

En conclusión podemos decir que la biología nos muestra, que el embrión desde la formación del cigoto es un organismo individual con su propia identidad génica que lo define como un individuo de la especie humana y esa información genética y epigenética es inseparable del desarrollo corporal propio y único de ese individuo concreto. El desarrollo embrionario es el periodo de construcción del organismo jerárquicamente ordenado en el tiempo y en el espacio controlado por los ejes corporales. Es un proceso ininterrumpido, *continuum*, que no forma parte de un todo sino *es el todo*. La propiedad de continuidad implica y establece la unicidad o singularidad del nuevo sujeto. Por lo que señalamos que el embrión humano, es un ser humano y por lo tanto persona humana desde el momento de la fecundación que merece respeto desde el inicio de su vida por su pertenencia a la especie humana. Cabe la pena subrayar que debe de haber respeto y defensa por la corporalidad humana desde el primer momento de su aparición, ya que es una condición *sine qua non* del desarrollo embrionario y por lo tanto de la vida humana.

Role of sperm in spatial patterning of the early Mouse embryo. *Nature* 409, 2001, 517-521. Pearson H. Your destiny from day one. *Nature*, 418, (2002), 14-15.

²⁸⁹ Un grupo de genes de la familia de los genes Hox, son los que definen la posición de la estructura y un patrón de expresión de proteínas que es crucial para el mantenimiento espacio-temporal que dirige el correcto desarrollo del cuerpo del embrión.

CONSTITUCIÓN BIOLÓGICA Y ONTOLÓGICA DE LA VIDA Y EL ORIGEN DE LA PERSONALIDAD JURÍDICA

Miguel Angel León Ortiz

Universidad del Istmo. Campus Ixtepec (México)

Mail: maloaaa@yahoo.com.mx y miguellleon@bianni.unistmo.com.mx

1.- Introducción

Desde el principio de la historia del hombre, el tema sobre el momento en el cual se produce el origen de la vida de cualquier persona ha sido sin duda uno de los más vehemente tratados desde el plano de las ciencias.

La cuestión que gira en torno al origen de la persona es una de las preguntas más acuciantes para el derecho. El carácter equivoco de esta palabra, demuestra lo difícil y complejo que resulta adoptar un significado más o menos aceptado siquiera por los estudiosos del derecho.

Cualquier sistema jurídico entraña la necesidad de un titular. Un sujeto o destinatario de los mandatos creados por los órganos de poder de los estados modernos. Ningún sistema jurídico puede operar sin un sujeto al cual vaya dirigida la norma de derecho, ya que su noción, su presencia misma es fundamental para la materialización de la hipótesis normativa, la cual se produce a partir de un hecho condicionante que le da vida y un conjunto de consecuencias jurídicas para los sujetos que participan en una relación jurídica. Esto es, se produce la aparición de un ente o centro de imputación de la norma como eje primario de cualquier estructura social moderna, la cual no puede desentenderse de ninguna forma del aparato de organización jurídico-política de cualquier sociedad contemporánea.

El discurso filosófico del derecho, por un lado defiende la consolidada idea de que la ciencia ofrece los términos más exactos y precisos para determinar el origen de la vida del humana y su decisiva influencia para el concepto jurídico de persona y, por el otro, se manifiesta una postura inspirada en el derecho natural, dónde el nacimiento de la persona se produce desde el instante mismo de la concepción, agudizando el tema siempre dilemático referente al status jurídico del embrión como principio de la vida biológica de cualquier ser humano, pero también como principio de imputación de la norma jurídica en aptitud de ser titular de derechos, deberes y obligaciones.

Para el orden jurídico vigente, el principio u origen de la persona tiene un sesgo diferente, ya que la ciencia es uno de los referentes más importantes para determinar en qué momento se produce el origen de la persona física, pero no es el único, tan es así que para nuestra legislación civil el nacimiento de la persona física aparece cuando el producto de la fertilización se desprende enteramente del vientre materno y vive más de 24 horas posteriores al alumbramiento, o bien cuando sin sobrepasar dicho plazo es presentado vivo ante el oficial del registro civil a efecto de ser reconocido por el derecho como un ente capaz de ser sujeto de derechos, deberes y obligaciones, adjudicándosele la aptitud para ser el titular de los mismos. Esto es, el inicio de la persona física y el reconocimiento de la personalidad jurídica; de lo que se desprende la concurrencia del factor sociológico, imprescindible para determinar el reconocimiento social del nuevo ente social.

Todo mandato legal siempre busca establecer un conjunto de pautas de conducta, protegiendo valores en la suma de relaciones intersubjetivas que se desatan día con día en todas las esferas de la vida del hombre, pero todas estas reglas de conducta ordenadas por la organización estatal no tendrían sentido sin el sujeto, sin la “persona” o

destinatario de esa norma jurídica. De ahí, la importancia que cobra el significado del término persona para el derecho.

Esta situación abre un debate arduo e interminable por virtud de las múltiples formas de resolver el problema. Así, el concepto de persona no será el mismo para un biólogo que para un sociólogo o un psicólogo, pues cada uno de estos observadores de la realidad, lo definirán en razón de su propio objeto de estudio. No obstante ello, si es posible que surjan un conjunto de factores coincidentes que lleven a sostener un cierto grado de complementariedad en el significado de esta palabra, una vez que es contemplado el componente ontológico del ser del hombre, dónde su carácter simbólico no puede ser sometido al discurso científico, pues hablar de la persona implica ir más allá de ser una simple perspectiva puramente orgánica o mecanicista.

En la actualidad, se añaden a esta ardua tarea las nuevas formas de constitución biológica del ser humano que aparecen con el desarrollo de las ciencias de la vida.

La embriología, la biología y la genética son algunas de las áreas de conocimiento científico envueltas por esta oleada de hallazgos que giran en torno al origen de la vida biológica de cualquier individuo.

Para el derecho, éste núcleo de factores es determinante para verificar sus enunciados normativos, redimensionando los alcances y consecuencias indefectiblemente vinculadas entre la norma jurídica y los nuevos principios y conceptos científicos de la biología.

En efecto, la ciencia como estructura de creación de conocimiento, no es el único basamento inspirador de la norma jurídica, pues siguiendo la teoría tridimensional del derecho propuesta por Luis Recaséns Siches para la construcción de cualquier orden jurídico estatal, es necesario ceñirse por virtud de los hechos, las normas y los valores. Esto es, la relación indisoluble entre la sociología, la dogmática y la axiología del derecho.

La ciencia, juega un papel determinante para establecer el principio biológico del ser humano, sus procesos de constitución y configuración, su desarrollo epigenético y su desenvolvimiento como organismo vivo; las normas, más tarde harán lo propio, establecer un conjunto de normas e instituciones dirigidas a un destinatario o sujeto de derechos (persona), a fin de protegerlo y, finalmente el estudio axiológico llevará a cabo el estudio de los valores sobre los cuales reposa todo sistema de derecho, dotando de contenido valorativo a cada uno de dichos preceptos.

En este trabajo, sólo nos ocuparemos de precisar cómo el desarrollo de las ciencias de la vida ha impactado de manera considerable en los ordenamientos jurídicos mexicanos, en todo lo concerniente al concepto y origen de la persona física, su incidencia necesaria en el status jurídico del embrión y la reformulación del derecho a la vida humana como principio fundamental de todo orden jurídico.

2.- La vida y la persona para las culturas prehispánicas

El concepto de persona, mantiene dos acepciones de fundamental importancia para el derecho moderno. Primero, aparece el término persona como sinonimia de ser humano, en este entendido toda persona en términos jurídicos es un ser humano, más no todo ser humano es una persona reconocida por el derecho. La primera, supone la voz ontológica y jurídica del concepto mismo de persona. La segunda, por el contrario responde a la intención política manifiesta de los órganos de poder de cada organización política, la cual puede variar según se acomode a los intereses de cada episodio coyuntural. En esta otra posición, la ley determina quien es persona y cuando se produce su nacimiento u

origen.²⁹⁰

Dentro del pensamiento prehispánico, el sentido o significado ontológico del ser humano guarda una similitud con la palabra macehual, la cual en términos filosóficos y religiosos designó el origen del hombre. Esto es, el valor o mérito del hombre en cuanto tal.²⁹¹

El hombre prehispánico debía alcanzar ese status, convirtiéndose en dueño de un rostro (un componente de valor celestial innato a su ser) a través de la obtención de la sabiduría (ixtlamachiliztli), y la apropiación de su corazón (yollotl), consiguiendo su movilidad, su carácter constitutivo y dinámico, si se le permite “su ser autobiográfico”. Una conjunción armoniosa entre su ser ontológico per se determinante de su vida y su caracterización dinámica materializada en cada una de sus acciones, de sus conducciones, siempre dirigidas a la conservación del orden de mundo y combatir y morir por los dioses.

La concepción era comprendida por las culturas prehispánicas a partir de dos aspectos esenciales: el anímico y el fisiológico. El primero atribuido a la dignidad y ánimo del vientre materno, en tanto valor fundante de la vida de un ser, el cual ocupa un lugar fundamental en las reglas de la naturaleza, debido a su calidad en sí misma valiosa y, el fisiológico, el cual se refiere al desarrollo uterino de la extensión humana, el lugar que ocupa la mujer preñada. La vida embrionaria, del ser no nacido era vista por las culturas prehispánicas como un deber divino que debía ser protegido

La dignidad del ser humano, adquiere un particular interés para cualquier estado democrático de derecho. de su protección depende la valía del ser humano per se, de su caracterización única, diversa y trascendental. Por ello, desde la época prehispánica el valor de la vida del ser del hombre mantenía una importancia fundamental para toda la comunidad; imponiendo duras penas a quien intentaba transgredir las leyes divinas de la naturaleza celestial.

3.- El derecho a la vida

El derecho a la vida es uno de los ejes fundamentales sobre los cuales descansa todo orden de derecho. El marco jurídico mexicano, asegura la protección del derecho a la vida, uno de los más importantes valores protegidos por la norma jurídica. De ahí, la importancia de preservar la vida del hombre desde su raíz biológica primigenia “el embrión humano”, tal y como lo expresa el más alto tribunal de México; la suprema corte de justicia de la nación en uno de sus criterios jurisprudenciales referente a la protección del derecho a la vida del producto de la concepción.²⁹²

²⁹⁰ Gayosso y Navarrete, Mercedes, “Reflexiones respecto a la posición jurídica del nasciturus en el pensamiento náhuatl”, *Anuario mexicano de historia del derecho*, México, UNAM, Número IV, 1992, p. 69.

²⁹¹ *Ibidem*, p. 72.

²⁹² DERECHO A LA VIDA DEL PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN. SU PROTECCIÓN DERIVA DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, DE LOS TRATADOS INTERNACIONALES Y DE LAS LEYES FEDERALES Y LOCALES. Si se toma en consideración, por un lado, que la finalidad de los artículos 4º y 123, apartado A, fracciones V y XV, y apartado B, fracción XI, inciso c), de la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, en relación con la exposición de motivos y los dictámenes de las comisiones del Congreso de la Unión que dieron origen a sus reformas y adiciones, de tres de febrero de mil novecientos ochenta y tres, y treinta y uno de diciembre de mil novecientos setenta y cuatro, respectivamente, es la procuración de la salud y el bienestar de los seres humanos, así como la protección de los derechos de la mujer en el trabajo, en relación con la maternidad y, por ende, la tutela del producto de la concepción, en tanto que es una manifestación de aquélla, independientemente del proceso biológico en el que se encuentre y,

Desde el plano científico, son distintas las formas de apreciar cuando tiene lugar la aparición de la vida humana. Cada una de ellas, establece un conjunto de factores, a partir de los cuales se pretende describir el origen biológico de la vida del sujeto. En términos generales, son cinco las formas actualmente adoptadas para explicar el origen de la vida, las cuales se expondrán a continuación.

1.- Teoría de la concepción o singamia. Esta primera teoría sostiene que el criterio para establecer el origen de la vida de cualquier persona aparece con la formación del cigoto, ya que en éste estadio primigenio del desarrollo embrionario se encuentran reunidos todos los elementos indispensables para producir el nacimiento de una persona única e irreplicable.

Desde esta óptica, la constitución del embrión es el punto de partida para iniciar el mapa auto-constructivo de todo individuo. Este es el criterio asumido por la Convención Americana de los Derechos del Hombre, cuando expresa en su artículo 4º que: “toda persona tiene derecho al respeto de su vida, este derecho debe ser protegido por la ley y, en general, a partir de la concepción”.

Para los defensores de esta teoría, la nueva realidad biológica única e irreplicable depositada en el cigoto merece tutela y, por tanto, protección jurídica, a fin de preservar

por otro, que del examen de lo previsto en la Convención sobre los Derechos del Niño y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, publicados en el Diario Oficial de la Federación el veinticinco de enero de mil novecientos noventa y uno y el veinte de mayo de mil novecientos ochenta y uno, aprobados por la Cámara de Senadores del Congreso de la Unión el diecinueve de junio de mil novecientos noventa y el dieciocho de diciembre de mil novecientos ochenta, respectivamente, cuya aplicación es obligatoria conforme a lo dispuesto en el artículo 133 de la propia Norma Fundamental, se desprende que establecen, el primero, la protección de la vida del niño tanto antes como después de su nacimiento y, el segundo, la protección del derecho a la vida como un derecho inherente a la persona humana, así como del estudio de los Códigos Penal Federal y Penal para el Distrito Federal, y los Códigos Civil Federal y Civil para el Distrito Federal, se advierte que prevén la protección del bien jurídico de la vida humana en el plano de su gestación fisiológica, al considerar al no nacido como alguien con vida y sancionar a quien le cause la muerte, así como que el producto de la concepción se encuentra protegido desde ese momento y puede ser designado como heredero o donatario, se concluye que la protección del derecho a la vida del producto de la concepción, deriva tanto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, como de los tratados internacionales y las leyes federales y locales.

Acción de inconstitucionalidad 10/2000. Diputados integrantes de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal. 29 y 30 de enero de 2002. Mayoría de siete votos de los señores Ministros Mariano Azuela Güitrón, Juventino V. Castro y Castro, José de Jesús Gudiño Pelayo, Humberto Román Palacios, Olga Sánchez de Cordero García Villegas, Juan N. Silva Meza y presidente Genaro Góngora Pimentel respecto de la constitucionalidad de la fracción III del artículo 334 del Código Penal para el Distrito Federal; en relación con el artículo 131 bis del Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal, en virtud de que la resolución de su inconstitucionalidad no obtuvo la mayoría calificada de cuando menos ocho votos exigida por el último párrafo de la fracción II del artículo 105 constitucional, se desestimó la acción de conformidad con lo dispuesto en el artículo 72 de la ley reglamentaria de las fracciones I y II de dicho precepto constitucional. En cuanto al criterio específico contenido en la tesis discreparon los señores Ministros presidente Genaro Góngora Pimentel y José de Jesús Gudiño Pelayo. Ponente: Olga Sánchez de Cordero García Villegas. Secretario: Pedro Alberto Nava Malagón.

El Tribunal Pleno, en su sesión privada celebrada hoy catorce de febrero en curso, aprobó, con el número 14/2002, la tesis jurisprudencial que antecede. México, Distrito Federal, a catorce de febrero de dos mil dos. Tesis P./J. 14/2002, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XV, Febrero de 2002, p. 588.

su potencialidad gradual para llegar a personificarse en un estadio superior, ya sea que éste haya sido obtenido por la cópula, ya por la fertilización del huevo en el laboratorio. No obstante lo anterior, el carácter indiferenciado mantenido por el cigoto, la mórula y aún por el blastocisto, restan mérito científico a esta tesis. Además, la posibilidad de obtener vida embrionaria a partir de una célula totipotente²⁹³ o, por virtud de la aplicación de la técnica de la transferencia de núcleos (clonación humana), colisionan categóricamente el marco conceptual sobre el que se funda la concepción.

2.- Teoría de la anidación. este otro criterio postula la distinción entre una fase preembrionaria, la cual se produce a partir de la singamia o fusión de los pronúcleos del óvulo y el espermatozoide, hasta en tanto esa nueva realidad biológica quede alojada en el útero de la mujer, momento a partir del cual será considerado embrión en stricto sensu. este es el criterio adoptado por el Warnock Report del Reino Unido, cuyo contenido influyó de forma decisiva en la redacción de la ley sobre fertilización humana y embriología de 1990 (Human Fertilisation and Embryology Act) y en la ley sobre técnicas de reproducción asistida de España hacia finales de la década de los ochenta, perdurando con la vigente normativa reguladora de la misma materia (nota).

A partir de esta otra teoría, que distingue una fase pre-embionaria respecto de otra visiblemente embrionaria sirve para determinar un margen general de protección jurídica al origen biológico de la vida humana, una vez que reúne las condiciones necesarias para su desarrollo posterior en el útero de la mujer.

Los defensores de esta postura, formulan elementos críticos muy interesantes, a fin de rechazar la teoría de la concepción, ya que el cigoto como realidad biológica tiene una caracterización no diferenciada, la cual imposibilita su capacidad de individuación ontogénica, en tanto se produzcan las condiciones idóneas a partir de las cuales se potencialice su proceso de desarrollo en la placenta.

Momentos antes de que el blastocisto quede implantado en las paredes uterinas, no puede sostenerse la existencia de una vida biológica que potencialmente pueda dar origen a una persona, pues su proceso de desarrollo posterior depende en gran medida del alojamiento materno; acontecimiento sin el cual no podría suscitarse el principio de la vida de ningún individuo.

El programa genético de una realidad biológica, ciertamente se aloja en el cigoto humano, sin embargo la capacidad para que esa realidad biológica se llegue a convertir en una persona solamente puede potencializarse a través de la anidación en las paredes del útero materno, ya que el acto mismo de la implantación del embrión sustituye una etapa primitiva e indiferenciada, dando lugar a otra plenamente diferencial o específica. en dónde surgen las condiciones onto-genéticas suficientes para llegar a personificarse.

²⁹³ Células troncales totipotentes, éstas células tienen la capacidad para replicar cualquier tejido u organismo, incluyendo a un ser vivo adulto;

Células troncales pluripotentes, este tipo de células poseen capacidades para renovar cualquier tipo de células, tejidos y órganos, tanto en fetos como en adultos;

Células troncales multipotentes, este tipo de células poseen capacidades de diferenciación mucho más limitadas que las dos anteriores, generalmente se localizan en tejidos y órganos adultos, pudiendo “reactivar su programa genético como respuesta a determinados estímulos y dar lugar a algunos, pero no a todos los linajes celulares diferenciados”²⁹³ y,

Células troncales unipotentes, éstas células pueden “producir una sola línea celular responsable del mantenimiento de las condiciones fisiológicas de los tejidos y de su reparación en caso de daño”²⁹³, por lo que al igual que las anteriores poseen capacidades de diferenciación muy limitadas.

3.- Teoría de la corteza cerebral o del sistema nervioso central. Los defensores de este otro criterio, aseguran que la vida humana se origina con la aparición temprana del sistema nervioso central, el cual ocurre alrededor del día 14 y 24 posteriores a la anidación del embrión en las paredes uterinas.

El requisito fundamental para brindar protección a la vida humana comienza con el desarrollo de su capacidad sensorial y sensitiva. de esta suerte, una vez que comienza a producirse el desarrollo de la corteza cerebral del nonato, el origen de la vida humana se consolida.

4.- Teoría del nacimiento. Este penúltimo criterio establece que el origen de la vida humana y, por consecuencia de la persona humana ocurre con el nacimiento, es decir con el desprendimiento entero del producto de la concepción fuera del vientre materno. esta teoría es la que siguen la mayor parte de los ordenamientos jurídicos de tradición romanista-canónica-germánica, entre ellos nuestro código civil federal.

5.- Teoría del ente racional y consciente. Finalmente, esta última postura sostiene que la adquisición de la personalidad de cualquier sujeto sólo es atribuible a los agentes morales dotados de plena libertad de autodeterminación.

De acuerdo con esta exposición, el ser humano estaría conformado por dos elementos de notoria importancia. en primer lugar, un corpus biológico en constante desarrollo y, en segundo término, por la necesidad de trascendencia del hombre, es decir, la capacidad del sujeto para interactuar con los otros miembros de la sociedad, ir más allá de sí mismo, traspasando las barreras de su yo interno.

En este orden de ideas, ni el embrión, ni el feto y, ni siquiera el recién nacido poseen la misma condición que si tiene un sujeto racional capaz de interactuar con los integrantes de un grupo social, pues es el hombre como agente social es el único que puede estar consciente de su propia existencia. luego entonces, el grado de protección jurídica del sujeto se lleva a cabo en función de su aptitud para ser titular de derechos y obligaciones (concebido, recién nacido, menor de edad, púber, adulto, adulto mayor).

Una de las críticas más atinadamente formuladas a esta postura, es la que tiene que ver con la confusión que se da entre el concepto de “capacidad jurídica” de la persona o el grado para ser apto de derechos y obligaciones, con el reconocimiento jurídico de un ente o titular de esos derechos y obligaciones, es decir, el concepto de “personalidad jurídica”.

En la actualidad, existe una diversidad de criterios científicos a partir de los cuales se pretende explicar el comienzo de la vida biológica del hombre. cada uno, intenta fundar el origen de la persona jurídica, atendiendo a una serie de postulados metódicamente bien trazados, sin que hasta el momento sea posible sostener la primacía absoluta de alguno de ellos.

El carácter equivoco de los términos vida humana y persona, demuestran la complejidad para alcanzar un significado universalmente compartido si quiera por los estudiosos del derecho.

La era biotecnológica, impone un plus en el trabajo intelectual desarrollado por los juristas sobre el particular asunto del derecho a la vida y el inicio de la persona jurídica. de tal suerte que, pueda lograrse un criterio ajustado a las nuevas formas de creación de la vida humana como la panacea indisoluble entre realidad biológica, realidad moral y realidad jurídica de la especie humana.

Para los estudiosos del derecho, resulta un objetivo primordial establecer si el derecho a la vida debe ser interpretado en un sentido estricto o en un sentido amplio. Es decir, si éste debe comprender cualquier forma de reproducción, sea o no reconocida por el

ordenamiento jurídico, o en su defecto sólo debe quedar restringida a las formas aprobadas por el derecho (embriones obtenidos a partir de células germinales haploides), en cuyo caso la vida humana clónica no sería susceptible de tutela jurídica.²⁹⁴ Ésta, es una de las preguntas más acuciantes para el marco jurídico interno y para el orden jurídico latinoamericano y del caribe. por ello en los próximos años será necesario llevar a cabo un análisis profundo sobre este particular asunto, que nos lleve a la construcción de un documento regional en esta materia.

4.- La persona para el derecho

La palabra persona proviene de la raíz griega prosopón que es la careta o la máscara empleada por el actor en las obras teatrales griegas. Éste término fue más tarde recogido por los romanos dentro de su sistema de derecho clásico. Con ello, el término persona significó las facetas, o la diversidad de roles desempeñados por el ciudadano romano en la vida de la ciudad.

En el derecho romano el estatuto de persona física sólo era asequible para el hombre que reunía la calidad de ciudadano romano, exportación directa del pensamiento filosófico de la grecia antigua. de esta forma, sólo aquellas personas que reunían las condiciones de status libertatis (estado de libertad, sin sujeción a nadie), status civitatis (ser originarios de roma, no de ninguna otra provincia), y status familiae (no estar sujeto a la suma potestas de ningún paterfamilias) eran consideradas personas para el derecho y, por ende sujetos en aptitud de contraer los derechos y obligaciones consagrados por el ius civile.

Lo anterior, produjo una evolución sistémica del concepto de persona jurídica, ya que prosiguió la delimitación conceptual de los términos “persona” y “ser humano” (trazado de mejor forma durante la edad media). En esta escena social, el ciudadano romano reunía la calidad de persona jurídica capaz de adquirir derechos; por el contrario, el esclavo era considerado un hombre que por diversas situaciones ajenas a su voluntad no había logrado reunir la calidad de ciudadano en aptitud de tener derechos en la civitas romana, dónde aquél otro ejercía un poder o dominio absoluto sobre el esclavo (domus). de lo anterior se desprende, que para el ius civile romano el status personal del concebido es antepuesto por la sanción de las leyes de la ciudad, otorgándole protección jurídica y, al mismo tiempo, define con puntualidad los derechos que pueden llegar producirse por virtud de su nacimiento jurídico.²⁹⁵

Por consecuencia, hombre es todo ser humano con independencia de que la ley le otorgue o no derechos y obligaciones, en cambio la palabra persona denota el reconocimiento que de él hace el orden jurídico como sujeto titular de un conjunto de

²⁹⁴ A este respecto, resultará interesante para el lector consultar el trabajo de Jorge R., Ordóñez Escobar, quien realiza una interesante disertación sobre los argumentos empleados por la Suprema Corte de Justicia de México para resolver una posible acción de inconstitucionalidad de los artículos 334, fracción III del código penal para el Distrito Federal y el 131 bis del código de procedimientos penales para el Distrito Federal con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, mostrando la complejidad para resolver cual es el marco de protección jurídica adoptado para el producto de la concepción; sin que llega a trazar las cuestiones relativas a las nuevas formas de constitución de la vida embrionaria, las cuales encierran mayores inconvenientes. Véase, “¿Derecho a la vida o sentencia sobre aborto? Argumentos para una definición necesaria”, *Revista del instituto de la Judicatura Federal*, México, Número 19, 2005, pp. 217-237.

²⁹⁵ Cfr. Blanch Nougues, Juan Manuel, “El concebido en el derecho civil alemán, español e iberoamericano: un problema conceptual y valorativo a la luz de la tradición jurídica”, *Anuario de derecho civil*, Madrid, Tomo LIV, Julio-septiembre 2001, p. 1161.

derechos y obligaciones. por tanto, el nacimiento de un ser humano no es sinonimia del origen de la persona o sujeto titular de derechos y obligaciones, en todo caso implica un grado de protección jurídica para el nasciturus en la anticipación de ciertos derechos relativos a la adquisición de una herencia o de una donación por virtud de su status jurídico (anticipación temprana de su personalidad), los que se encuentran supeditados a la realización de ese acontecimiento futuro e incierto, el cual tendrá lugar cuando el producto de la fertilización es enteramente expulsado del vientre materno y vive más de veinticuatro horas, o bien, cuando es presentado vivo ante el oficial del registro civil, con independencia de que no transcurra igual número de horas.²⁹⁶

En este entendido, si el producto de la concepción se desprende enteramente del útero de la mujer y vive menos de 24 horas sin llegar a ser presentado vivo ante el oficial del registro civil no habrá adquirido la condición de persona jurídica en aptitud de contraer derechos, deberes y obligaciones, si bien para la biología se habrá producido el nacimiento de un ente biológico cuyas características morfológicas no llegaron a ser las más afortunadas para continuar con su proceso de constitución, o si para la ética tuvo lugar el nacimiento de un ser humano genética y ontológicamente diferente, único e irremplazable.

En la actualidad la fórmula romana del nacimiento de la personalidad jurídica, choca estrepitosamente con las exigencias impuestas por las ciencias de la vida y las nuevas formas de constitución biológica del hombre. La antiquísima fórmula heredada por los glosadores españoles durante el siglo xvi al código civil español, más tarde retomada por nuestro código civil de 1928 hacen necesaria su reformulación, dónde la ética, la ciencia y la técnica jurídica ocuparán un papel fundamentalmente importante.

El punto de partida de esta renovada discusión gira en torno a la teoría que postula la defensa de la anticipación de la personalidad del producto de la concepción, mediante el uso de una ficción jurídica, en dónde al producto de la concepción (nonato) se le tiene por nacido para todos los efectos jurídicos señalados por la ley civil. esto nos conduce a reformular de nueva cuenta la siguiente pregunta ¿qué es la concepción y cuándo tiene lugar ésta?

Es difícil contrariar, al menos a partir de los hallazgos de la ciencia biomédica de los últimos años que la concepción tiene lugar cuando ocurre la fusión de los pronúcleos de las células germinales femenina y masculina (singamia), la cual se produce alrededor de las primeras doce, veinticuatro, cuarenta y ocho y hasta setenta y dos horas posteriores a la cópula, originándose con ello el sustrato biológico primigenio de cualquier ser humano “el cigoto”, el cual más tarde se convertirá en mórula y luego en blastocisto, quedando finalmente anidado en las paredes uterinas de la gestante, comenzando su desarrollo posterior dentro del vientre materno.

Ésta realidad científica provista por la biología, nos permite dar cuenta como la ciencia misma no puede ofrecernos una respuesta del todo satisfactoria y universalmente compartida, en todo caso generalizable, en virtud de que el organismo vivo de cualquier ser humano mantiene una variación ontogenética, a partir de la cual se entiende su caracterización de ser único, diverso e irrepetible. Con mucho menor razón, el derecho puede ofrecernos una respuesta del todo plausible a propósito por ejemplo de los prolegómenos del aborto, el uso de embriones in vitro en la investigación, las nuevas formas de constitución biológica, el uso de técnicas de reproducción asistida y el uso de la píldora del día siguiente, aprobada por el gobierno mexicano y avalada por la suprema corte de justicia de la nación recientemente.

²⁹⁶ En este mismo sentido se pronuncian Edgard Baqueiro Rojas y Rosalía Buenrostro Báez, *Derecho civil. Introducción y personas*, 2ª edición, México, Oxford, 2010, pp. 173-174.

De una interpretación extensiva del artículo 22²⁹⁷ y 337²⁹⁸ del código civil vigente en el ámbito federal del estado mexicano, tanto los embriones concebidos in útero como los obtenidos a partir de la fertilización in vitro deberían ser considerados bienes de singular importancia, merecedores de tutela jurídica, ya que a través de ambas vías puede alcanzarse el nacimiento de la persona.

La protección gradual de la vida embrionaria humana es uno de los aciertos más importantes de la técnica jurídica, toda vez que el marco jurídico nacional brinda una tutela mínima al concebido in útero, cualesquiera que haya sido su forma de anidación (por la cópula o mediante el uso de técnicas de reproducción asistida). es necesario, enfatizar la importancia de asignar un mínimo de protección jurídica a los embriones in vitro que se encuentren fuera de la cavidad uterina, pues en tanto vida humana debe ser ostensible de un considerable sustrato de dignidad cuando de su manipulación se trate, moralizando el objeto de la investigación científica con embriones in vitro hacia fines más humanos. No se trata, de postular una defensa de la personificación jurídica del embrión in vitro, más bien, tratamos de evidenciar la importancia de tutelar uno de los bienes jurídicos más preciados para cualquier sistema jurídico “el derecho a la vida” y un trato diferencial para éste tipo de realidad biológica sui generis.

En este sentido, el código civil del estado libre y soberano de tabasco otorga de manera expresa, igual garantía de protección al embrión in vitro aun cuando éste se encuentre fuera del vientre de la madre²⁹⁹ en aquellos procedimientos de reproducción asistida, tales como la fertilización in vitro con transferencia intratubárica de embriones. Es importante resaltar el contenido de esta norma de derecho, la cual sin renunciar a la tradición jurídica justiniano-romanista se ajusta a las condiciones imperantes en la esfera de la realidad social. Aún, cuando los embriones in vitro estén fuera del útero materno son protegidos por las ley civil del estado de tabasco y se les tiene por nacidos para todos los efectos expresados en el propio cuerpo de leyes en todo lo referente a su condición o status de vida humana y a los derechos que adquiera por virtud de una herencia o por una donación.

Lo anterior plantea una serie de inconvenientes para el derecho, ya que igualar la condición jurídica del embrión in vitro a la del embrión in vivo supone que aun cuando aquéllos permanezcan crioconservados en el laboratorio por un margen considerable de tiempo, el derecho debe atribuirles un mínimo de tutela jurídica idéntica al que guarda el embrión in vivo implantado en el útero materno.

En este sentido, aun la vida humana clónica en tanto resultado de la fertilización en el

²⁹⁷ Artículo 22. La capacidad jurídica de las personas físicas se adquiere por el nacimiento y se pierde por la muerte; pero desde el momento en que un individuo es concebido, entra bajo la protección de la ley y se le tiene por nacido para los efectos declarados en el presente Código.

²⁹⁸ Artículo 337. Para los efectos legales, sólo se reputa nacido el feto que, desprendido enteramente del seno materno, vive veinticuatro horas o es presentado vivo al Registro Civil. Faltando alguna de estas circunstancias, nunca ni nadie podrá entablar demanda sobre la paternidad.

²⁹⁹ Al respecto el código civil del Estado de Tabasco señala en su artículo 29 que: “Son personas físicas los seres humanos, y tienen capacidad de goce y capacidad de ejercicio”.

Más adelante el artículo 30 expresa: “La capacidad de goce es la aptitud para ser titular de derechos y obligaciones. La capacidad de ejercicio es la aptitud para ejercitar derechos y cumplir obligaciones”.

Y finalmente, el artículo 31 nos dice: “La capacidad de goce del ser humano (persona) se adquiere por el nacimiento y se pierde por la muerte, pero desde el momento en que es concebido, queda bajo la protección de la ley y se le tiene por nacido para los efectos declarados en este Código. Esta disposición protege, también, a los concebidos por cualquier método de concepción humana artificial, aun cuando no se encuentren en el útero materno”.

laboratorio podría ser considerada de acuerdo con el código civil tabasqueño bien merecedor de tutela jurídica y, de ocurrir su nacimiento sujeto en aptitud de contraer derechos, deberes y obligaciones en la realidad jurídica;³⁰⁰ sin embargo, de una interpretación gramatical o literal de la ley también se podría asegurar que el supuesto jurídico sólo contempla la posibilidad de fertilizar un óvulo por un espermatozoide, ya sea a través de la cópula, ya sea a través del uso de técnicas de reproducción asistida, sin dar lugar a la posibilidad de brindar un cierto grado de protección jurídica a la vida humana clónica, situación generadora de una enorme laguna dentro de nuestro sistema de derecho, la cual no puede ser colmada de manera satisfactoria por las formas de integración de la norma de derecho, siendo justificada en este tipo de casos una zona de confluencia con el orden moral, a fin de ofrecer mejores soluciones a los dilemas bioéticos.

La posibilidad de constituir vida embrionaria en el laboratorio incide de manera directa en el concepto jurídico de persona, ya que si se toma en consideración que el origen primigenio de cualquier persona aparece con la concepción, la cual tiene lugar cuando ocurre la fusión de los pronúcleos del óvulo y el espermatozoide; esta situación nos lleva a cuestionar si el grado mínimo de protección jurídica otorgado a la vida potencial del embrión in vivo comprende también a los embriones creados en el laboratorio (in vitro), aún por la vía de la transferencia de núcleos.

En el primer caso, resulta indispensable la aportación de los gametos femenino y masculino (óvulo y espermatozoide). En el segundo, también es necesaria la aportación germinal humana de ambos progenitores, la única diferencia entre una y otra es la forma en que se produce la fusión de los gametos. Uno, a través de la cópula y, el otro mediante el uso de la fertilización del óvulo en el laboratorio. No obstante lo anterior, dentro de esta última categoría (la fertilización in vitro), también existen otras formas análogas de constituir vida humana, las cuales plantean objeciones éticas, científicas y jurídicas más serias, debido a la posibilidad de conseguir vida humana clónica a partir de una sola célula germinal o haploide (un óvulo) y una célula adulta o diploide de cualquier persona viva o muerta.

La creación de vida humana clónica se produce a partir de la transferencia del núcleo de una célula somática adulta al interior de un óvulo previamente enucleado, que luego de ser sometido a una serie de estímulos electroquímicos produce su fusión; de llegar a perfeccionarse este tipo de herramientas científicas, el papel de la mujer será determinante para el futuro de la biología humana.

La vida humana clónica, supone un proceso donde la aportación germinal masculina deja de ser fundamentalmente necesaria, tornándose secundaria, alternativa y hasta innecesaria su participación en el ciclo reproductivo. no obstante lo anterior, este tipo de supuestos encierra una diversidad de problemas complejos, tales como: la determinación del vínculo paterno-filial del menor concebido por esta vía y todos los derechos y obligaciones que nacen por virtud de esta relación jurídica indisolublemente ligada al tema del parentesco, la protección y reconocimiento de su status de persona única y diversa.

Por otro lado, si partimos de una interpretación extensiva de la ley, la norma jurídica establece una prohibición manifiesta para emplear embriones in vitro para cualquier otro fin distinto a la procreación, pues en tanto vida humana el orden jurídico debe

³⁰⁰ En igual sentido, se pronuncia el maestro Ernesto Gutiérrez y González quien desde 1978 comenzó a formular en su cátedra de derecho civil algunas futuras situaciones previsibles en la esfera jurídica por lo que hace a los derechos de los seres clónicos, incorporadas más tarde en el Anteproyecto de Código civil para el Estado libre y soberano de Nuevo León. *Cfr.* Gutiérrez y González, Ernesto, *Derecho sucesorio*, 7ª edición, México, Porrúa, 2008, pp. 269-326.

anteponer un mínimo de tutela jurídica y, en determinados casos la anticipación de su personalidad,³⁰¹ pero nunca la posibilidad por ejemplo de replicar personas, tal y como lo establece expresamente el código civil del estado de México.³⁰²

No obstante lo anterior, también podría postularse la defensa del derecho a la investigación científica y, por tanto, si bien el embrión in vitro debe ser considerado un bien merecedor de tutela jurídica, de ello no se sigue necesariamente que dichos embriones no puedan ser empleados en la investigación cuando sus capacidades de implantación y posterior desarrollo uterino sean inviables; previa la obtención manifiesta del consentimiento libre e informado por parte de sus progenitores cuando esto fuere posible.

Como vemos, son muchas más las lagunas demostradas por el marco jurídico mexicano en todo lo tocante a la manipulación embrionaria, el uso de técnicas de reproducción asistida, la terapia genética, el uso de células troncales embrionarias y la clonación reproductiva humana. Por esta razón, en los próximos años resultará de suma importancia llevar a cabo una discusión legislativa de éstos y otros problemas bioéticos, a fin de brindar soluciones puntuales destinadas a resolverlos.

5.-Breve panorama latinoamericano del comienzo de la persona jurídica

Sin duda, la panacea de la codificación en Latinoamérica ha mantenido muchas de las formulas recogidas por la tradición continental europea manifiestamente trazada en la redacción de cada uno de los ordenamientos civiles hacia mediados del siglo XIX. La influencia de los códigos civiles español y portugués en la elaboración sistemática de cada uno de aquellos reluce de inmediato. A continuación exponemos algunas de las notas comunes encontradas en algunos ordenamientos civiles latinoamericanos.

En primer lugar tenemos al código civil argentino, el cual expresa en su artículo 70³⁰³ que el comienzo de la persona jurídica ocurre desde el instante en que se produce la concepción, pudiendo el no nacido adquirir determinados derechos los cuales no podrán ser revocados, salvo en aquellos casos en los que el nacimiento no se produzca.

Por su parte, el artículo 74³⁰⁴ del código civil chileno establece que el origen de la persona jurídica tiene lugar cuando se produce la separación completa del producto de la concepción del vientre de la mujer, lo que significa que hasta en tanto no ocurra este acontecimiento, para el orden jurídico no habrá existido nunca un sujeto titular del conjunto de derechos consagrados por la ley civil. No obstante lo anterior, de acuerdo con el propio cuerpo de leyes existe un conjunto de medidas protectoras de la vida del no nacido, cuando el juez determine la existencia de algún indicio que ponga en peligro

³⁰¹ En todo lo conducente a la adquisición de ciertos derechos por vía de la herencia o de la donación.

³⁰² Artículo 4.114. Queda prohibido todo método de reproducción asistida en la mujer, para la procreación de seres humanos idénticos por clonación o cualquier otro procedimiento dirigido a la selección de la raza.

³⁰³ Artículo 70. Desde la concepción en el seno materno comienza la existencia de las personas y antes de su nacimiento pueden adquirir algunos derechos, como si ya hubiesen nacido. Esos derechos quedan irrevocablemente adquiridos si los concebidos en el seno materno nacieren con vida, aunque fuera por instantes después de estar separados de su madre.

³⁰⁴ Artículo 74. La existencia legal de toda persona principia al nacer, esto es, al separarse completamente de su madre. La criatura que muere en el vientre materno, o que perece antes de estar completamente separada de su madre, o que no haya sobrevivido a la separación de un momento siquiera, se reputará no haber existido jamás.

su vida uterina.³⁰⁵

En cambio, para el código civil uruguayo el punto referencial del comienzo de la persona jurídica, no se reduce al nacimiento del concebido, sino además a su viabilidad manifiesta.³⁰⁶ Por otro lado, el código civil peruano es un caso particularmente interesante, ya que de conformidad con su artículo 1º³⁰⁷ la vida humana tiene lugar con la concepción, pero el status de persona jurídica se produce con el nacimiento. Lo anterior no impide que al concebido no puedan atribuírsele determinados derechos patrimoniales (herencias o donaciones), los cuales estarán condicionados a la realización del supuesto jurídico. Desde mi punto de vista, éste artículo es uno de los referentes normativos más interesantemente redactados, ya que en su texto se plasma armónicamente la distinción entre el comienzo de la vida de cualquier ser humano por un lado y, el reconocimiento jurídico del origen de la persona física por otro.

6.-Nuevas formas de constitución embrionaria

Con la aparición de algunos ordenamientos jurídicos en el campo de la biomedicina alrededor del mundo, se han registrado nuevas formas de protección jurídica en torno al origen de la vida biológica del hombre. Así, por ejemplo en japon la ley relativa a la normativa sobre las técnicas de clonación humana y otras técnicas similares, sin aprobar el uso de procedimientos dirigidos a la obtención de clones humanos, brinda protección jurídica al embrión humano a partir de una lista innovadora de formas de constitución biológica, y para tal efecto establece un concepto de embrión³⁰⁸ humano, el cual resulta poco claro y preciso.³⁰⁹

Otra postura distinta, es la ofrecida por el marco jurídico español. En ella, se establece el significado de la vida embrionaria a partir de los distintos momentos por los que atraviesa su desarrollo onto-genético. Esto es, la expresión manifiesta de una etapa temprana o pre-embionaria la cual ocurre con la aparición del cigoto y termina con su desarrollo posterior en el estadio de blastocisto, el que una vez depositado en las paredes uterinas comenzará con su posterior fase de desarrollo biológico-constitutiva, es decir, su etapa embrionaria, dónde comienzan a configurarse las potencialidades

³⁰⁵ Artículo 75. La Ley protege la vida del que está por nacer. El juez en consecuencia, tomará a petición de cualquier persona o de oficio, todas las providencias que le parezcan convenientes para proteger la existencia del no nacido, siempre que se crea que de algún modo peligra.

³⁰⁶ Artículo 835. ... el menor concebido siempre que nazca viable, es sujeto de derecho.

³⁰⁷ Artículo 1º. La persona humana es sujeto de derecho desde su nacimiento. La vida humana aparece con la concepción. La atribución de derechos patrimoniales está condicionada a que nazca vivo.

³⁰⁸ Artículo 2, apartado 1º de la forma que sigue: En la presente ley, los términos de cada párrafo se definen tal como queda expuesto en cada uno de ellos:

1. Embrión: una célula (a excepción de una célula germinal) o células que pueden llegar a convertirse en un individuo por medio de su desarrollo in útero de un humano o animal, y que no ha/han iniciado aun la formación de placenta.

³⁰⁹ Una postura diferente es la sostenida por Juan Masiá Clavel, pues a propósito de la referida ley japonesa, este bioeticista español nos dice que durante el proceso de redacción de la misma sus defensores arguyeron el debido respeto para el germen de la vida humana, desestimando los típicos argumentos que acuden a la idea de la dignidad de la persona, ya que para el caso que nos ocupa es importante trazar una protección jurídica especialmente valorada, en atención al carácter intrínsecamente estimado de la vida embrionaria. Además, el pluralismo jurídico exige reconocer la enorme importancia de igualar el valor fundamental de la multiplicidad de sistemas jurídicos existentes en las sociedades contemporáneas, de los cuales podemos llegar a comprender y aprender mucho, *Tertulias de bioética. Manejar a la vida, cuidar a las personas*, 2ª edición, s.l.i., Trotta, 2006, pp. 56 y 57.

específicas de la realidad biológica del hombre. En el mismo sentido, lo hace el reino unido, referente necesario del desarrollo legislativo con el Warnock Report.³¹⁰

Existen algunos otros modelos legislativos, que postulan renovadas formas de constitución embrionaria, tal es el caso del marco jurídico alemán, donde la aparición temprana de la vida embrionaria puede registrarse a través de dos vías. La primera de ellas, mediante la fertilización del óvulo por el espermatozoide y, la segunda, que surge de la extracción de cualquier célula totipotente por virtud de la micro-manipulación en los primeros estadios de desarrollo embrionario, mediante la cual puede obtenerse un embrión susceptible de llegar a personificarse.³¹¹

Al final, resulta pertinente señalar que todas las disposiciones antes descritas, se reservan al ámbito de aplicación de cada normativa, por lo que no puede decirse que la protección embrionaria postulada en cada una de ellas sigue la misma línea para los efectos del código civil, en donde comúnmente aparecen inmersas las disposiciones en todo lo concerniente al origen de la persona jurídica. Empero, su estudio es primordial para definir la sistemática del orden jurídico de cualquier estado.

7.-Comentarios finales

La idea o noción de la árete de la antigua civilización griega era muy próxima al significado que para los náhuatl tenía la vida “valer por lo que es y ser por lo que vale” un ser que se auto-construye en el tiempo y en el espacio, que vale por sí mismo y que vale para los demás.³¹² Más tarde, durante la vida del imperio romano la revisión y armonización sistemática de las instituciones del *ius civile* que se produce con Justiniano no disto mucho de contradecir esta perspectiva. Con el advenimiento de la edad media, la escolástica defendía la existencia de un derecho natural proveniente de la voluntad divina. De ahí que, en tanto la ley humana no puede apartarse de la ley natural y mucho menos de la ley divina, la vida humana aparece desde el momento mismo el que se produce la concepción, aunque la adquisición del status de persona para las leyes humanas sea posterior, el embrión como principio de la vida humana tiene igual valor que la persona jurídica.

Finalmente, durante el período codificador de las instituciones y figuras del derecho civil en la esfera latinoamericana, el orden jurídico nacional estableció un mínimo de protección jurídica al concebido, a través de la anticipación de ciertos derechos (hereditarios y de donación), sirviéndose para ello de una ficción, según la cual al concebido se le tiene por nacido para todos los efectos consignados en la ley civil, de donde se sigue que de realizarse el acontecimiento futuro e incierto tendrán lugar las consecuencias previstas por la norma de derecho. Esto es, el nacimiento de la persona jurídica y, con ello la adquisición de los derechos y obligaciones expresamente señalados por el sistema jurídico mexicano.

Desde mi perspectiva, la vida humana embrionaria independientemente de la forma en que haya sido constituida es susceptible de un mínimo de protección jurídica. El estado

³¹⁰ Con la emisión del Warnock Report en 1984, se produjo uno de los referentes más importantes para trazar una de las líneas fundamentales de la cultura bioética de Europa, entre las que destaca por supuesto la creación de la Ley sobre Fertilización humana y embriología de 1990 (*La Human fertilisation and embryology Act*).

³¹¹ Lo anterior, se desprende del contenido de los artículos 8º de la Ley sobre protección de embriones de 1990 y el artículo 4º, apartado 4 de la Ley de garantía de la protección del embrión en relación con la importación y la utilización de células troncales embrionarias de origen humano de 2002.

³¹² González Valenzuela, Juliana, *Genoma humano y dignidad humana*, España, Anthropos-UNAM, Facultad de Filosofía y Letras, 2005, p. 65

debe proteger la vida del embrión aun cuando éste no se encuentre alojado en el útero de la mujer y, desde luego la vida del nonato una vez implantado en la cavidad uterina. Esto no quiere decir que el derecho a la vida como proceso biológico deba ser interpretado en un sentido radical o extremista. La protección jurídica de este preciado valor se traduce en la asignación de una tutela gradual esbozada a partir de los distintos episodios de desarrollo embrionario y fetal.

Para lograr lo anterior, será necesario instaurar un régimen de protección del derecho a la vida, en donde la condicionante para resolver la contienda jurisdiccional de que se trate deberá realizarse a través de la ponderación de principios y valores protegidos por la norma jurídica del derecho interno y por el contenido de los tratados internacionales de los que México sea parte, sin renunciar de ninguna manera a la posibilidad de crear un documento vinculante en el plano regional latinoamericano, enfatizando el carácter fundamental de la raíz primigenia de la vida humana para el cualquier orden jurídico interno e internacional.

8.-Obras consultadas

Baqueiro Rojas, Edgard y Buenrostro Báez Rosalía, Derecho Civil. Introducción y personas, 2ª edición, México, Oxford, 2010.

Blanch Nougés, Juan Manuel, “El concebido en el derecho civil alemán, español e iberoamericano: un problema conceptual y valorativo a la luz de la tradición jurídica”, Anuario de derecho civil, Madrid, tomo liv, julio-septiembre 2001.

Brena Sesma, Ingrid y Romeo Casabona, Carlos María (comps.), Código de leyes sobre genética, tomo i, México, Unam, Instituto de investigaciones jurídicas, 2006.

Chávez Ascencio, Manuel F., “La persona humana”, Revista de derecho privado, México, Unam, Instituto de investigaciones jurídicas, año 4, número 11, mayo-agosto de 1993.

Diccionario jurídico mexicano, volumen iv, México, Unam, Instituto de investigaciones jurídicas, 2007.

Domínguez Martínez, Jorge Alfredo, Derecho Civil. Parte general, personas, cosas, negocio jurídico e invalidez, 6ª edición, México, Porrúa, 1998.

Gayosso y Navarrete, Mercedes, “Reflexiones respecto a la posición jurídica del nasciturus en el pensamiento náhuatl”, Anuario mexicano de historia del derecho, México, Unam, número iv, 1992, pp. 67-89.

González Valenzuela, Juliana, Genoma humano y dignidad humana, España, Anthropos-Unam, Facultad de filosofía y letras, 2005.

Lejeune, Jerome, ¿Qué es el embrión humano?, España, Biblioteca Instituto de ciencias para la familia, 1993.

Mathieu, Virginia Elsa, “La convención sobre los derechos del niño y el comienzo de la vida humana”, en Weinberg, Inés M. (dir.), Convención sobre los derechos del niño, Argentina, Rubinzal-Culzoni, 2002.

Ordóñez Escobar, Jorge R., “¿Derecho a la vida o sentencia sobre aborto? Argumentos para una definición necesaria”, Revista del Instituto de la judicatura federal, México, número 19, 2005.

Vázquez, Rodolfo, “Embriones y otros problemas de bioética”, El mundo del abogado, México, año 8, número 75, julio 2005.

Vila-Coro, María Dolores, La vida humana en la encrucijada. Pensar la bioética, España, Encuentro, 2010.

CLONAGEM TERAPÊUTICA: CAUSAS E CONSEQÜÊNCIAS

Janete Rosa Martins³¹³

Consideracoes iniciais

O presente artigo tem por finalidade analisar a clonagem terapêutica – suas causas e conseqüências para os seres humanos. O que se deve em tem mente é que a ciência ao longo dos anos, esta cada vez mais envolvida em aprimorar os seus conhecimentos com novas descobertas a respeito do ser humano. Para tanto, o direito tem de evoluir e contribuir de forma a auxiliar essas novas conquistas que venham em benefício do ser humano. A clonagem terapêutica é um desses novos desafios da comunidade científica no sentido de melhorar e porque não dizer de encontrar a cura para determinadas doenças através das células-tronco. Com a ciência avançando o direito ganha maior importância na definição de sua liberdade de atuação. É com esse intuito que se pretende analisar a lei brasileira 11.105/2005 que traz em seu artigo 3º, incisos IX, X e XI sobre a clonagem terapêutica juntamente com principio da dignidade humana presente na Constituição Brasileira e mais o art. 196 reconhece a saúde como um direito de todos e dever do Estado.

1.- Clonagem humana versus clonagem terapêutica

Antes de iniciarmos o estudo sobre clonagem humana versus terapêutica faz-se necessário conceituar a expressão bioética, que o termo apareceu pela primeira vez em 1971, Léo Pessini³¹⁴ da seguinte definição:

É o estudo da moralidade da conduta humana no campo das ciências da vida. Inclui a ética médica, mas vai além dos problemas clássicos da medicina, a partir do momento que leva em consideração os problemas éticos não levantados pelas ciências biológicas, os quais não são primeiramente de ordem médica.

Basicamente pode-se afirmar que a bioética visa realizar uma avaliação de uma determinada conduta levando sempre em conta os princípios e os valores da sociedade, Neste sentido com ajuda para a bioética surge o direito como um normatizador das condutas dos indivíduos que vivem em sociedade e o Estado.

Já clonagem humana e clonagem terapêutica têm conceitos diferentes dentro da comunidade científica. Para Sá³¹⁵ define clonagem como sendo uma forma de reprodução assexuada, produzida artificialmente, baseada em um único patrimônio genético, implicando na produção e não na geração de um ser. Almeida afirma que existem duas formas de clonagem:

a.- a natural que ocorre espontaneamente pela separação das células de um embrião, em seu estágio inicial de multiplicação celular, produzindo novos indivíduos exatamente iguais quanto ao patrimônio genético, como ocorre com os gêmeos univitelinos; b.- e a artificial feita pela substituição do núcleo de um óvulo por outro proveniente de uma célula de um indivíduo já existente³¹⁶. Para a Biologia, a expressão Clonagem³¹⁷ designa um processo através do qual se obtém um clone m conjunto de indivíduos

³¹³ Mestre em Direito pela UNISC – Universidade de Santa Cruz do Sul/RS, professora da graduação, pós-graduação *lato sensu* do Curso de Direito da URI, pesquisadora. e-mail likarosa@bol.com.br

³¹⁴ PESSINI, Léo. **Problemas atuais da bioética**. 2ªed. São Paulo: Loyola, 1994 p. 11.

³¹⁵ SÁ, Elida. **Biodireito - Interrelação do direito e das ciências biomédicas**. Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro. CEJUR-DP, Rio de Janeiro, 1998, p.23

³¹⁶ ALMEIDA, Aline Mignon de. **Bioética e Biodireito**. São Paulo: Lúmen Júris, 2000, p. 57.

³¹⁷ <http://www.geocities.com/Heartland/Acres/1880/Clonagem.htm> - acesso em Maio 2011.

geneticamente idênticos. Os processo de clonagem podem ser naturais (através de reprodução assexuada) ou artificiais (utilizando células somáticas). A ciência tem vindo a desenvolver inúmeras pesquisas no campo da clonagem artificial, criando métodos e técnicas que em lugar de células sexuais (óvulo e espermatozóide), utilizam células somáticas responsáveis pela formação de órgãos, pele e ossos. Um exemplo deste tipo de pesquisas é o caso da ovelha Dolly, gerada a partir de células somáticas retiradas de um animal adulto.

A clonagem terapêutica já possui a seguinte definição " é um procedimento cujos estágios iniciais são idênticos a clonagem para fins reprodutivo, difere somente no fato do blastocisto não ser introduzido em um útero. Ele é utilizado em laboratório para a produção de células-tronco (totipotentes) a fim de produzir tecidos ou órgão para transplante. Esta técnica tem como objetivo produzir uma cópia saudável do tecido ou do órgão de uma pessoa doente para transplante"³¹⁸.

As células-tronco são classificadas em dois tipos: células-tronco embrionárias e células-tronco adultas. As células-tronco embrionárias são particularmente importantes porque são multifuncionais, isto é, podem ser diferenciadas em diferentes tipos de células.

A clonagem terapêutica poderá ajudar a humanidade a resolver problemas das células embrionárias e genes, resolvendo problemas de modo a enfrentar doenças genéticas, possibilitando curas. Para Oda:

Pode-se clonar um adulto ou uma criança doente a fim de serem produzidas células matriciais capazes de reparar tecidos danificados, ou de se criar cópias vegetativas humanas que sirvam como banco de órgãos para transplante, ou ainda para a produção de réplicas de seres humanos mortos, usando-se material criopreservado.³¹⁹

Importante salientar que qualquer pesquisa na área da genética humana, ou qualquer proposta de viabilizar clonagem de seres humanos, precisa ser avaliada á luz da ética e não apenas técnica, e que esses critérios éticos, no Brasil, estão se firmando cada vez mais no sentido de favorecer um *ethos* em que técnica e ética podem coabitar e se completar.

Para tanto, essa nova descoberta associada à engenharia genética, com certeza trará avanço para a sociedade, desde que haja um consentimento das partes envolvidas e que o Estado invista de forma que a comunidade científica busque cada vez mais aperfeiçoar suas pesquisas, mas sempre obedecendo ao princípio da justiça e da dignidade da pessoa humana e os valores morais.

2.- Constituição da República Federativa do Brasil e o princípio da dignidade humana

A Constituição Brasileira traz em seu artigo 1º como direito fundamental no Estado Democrático de Direito, o princípio da dignidade humana e no artigo o direito à vida; o direito à liberdade; o direito à segurança, que envolve o direito à integridade física e moral.

Assim, a dignidade humana ³²⁰é um valor máximo, supremo, de valor moral, ético e espiritual intangível, de tal sorte a afirmar com o mestre Paulo Otero, que o mesmo é “dotado de uma natureza sagrada e de direitos inalienáveis, afirma-se como valor irrenunciável e cumeiro de todo o modelo constitucional, servindo de fundamento do

³¹⁸ <http://www.ghente.org>. Clonagem terapêutica. Acesso em maio 2011.

³¹⁹ ODA, Leda Macedo e outros. Clonagem: limites da legislação brasileira. <HTTP://www.ciencia.org.br>. Acesso maio de 2011

³²⁰ OTERO, Paulo. **Legalidade e administração pública**. O Sentido da vinculação administrativa à juridicidade. Lisboa: Almedina, 2003.

próprio sistema jurídico: O Homem e a sua dignidade são a razão de ser da sociedade, do Estado e do Direito”.

Para tanto, a compreensão do princípio da dignidade³²¹ suprema da pessoa humana e de seus direitos, é preciso rememorar que os avanços têm sido, fruto da dor física e do sofrimento moral, como resultados de surtos de violências, mutilações, torturas, massacres coletivos, enfim, situações aviltantes que fizeram nascer consciências e exigências de novas regras de respeito a uma vida digna para todos os seres humanos.

A proteção do direito à vida está assegurada pela C.F. de 1988, de modo que além da proteção à dignidade da pessoa humana, protege-se o bem jurídico fundamental que é a vida, compreendida em seu sentido biológico, o direito de vir a ser, de estar no mundo. Embora o texto não tenha feito referência ao estágio da vida humana, referindo-se ao embrião ou nascituro, a proteção à maternidade e a priorização dos direitos da infância estão protegidos expressamente pela Constituição³²².

As Declarações de Direitos contempladas no plano internacional e as Constituições Substanciais e/ou Formais dos países livres consignam capítulo especial aos Direitos e Garantias Fundamentais, como condição essencial da manutenção da vida em sociedade. Trata-se de uma das maiores conquistas da civilização, em prol da valorização da pessoa humana, consoante Norberto Bobbio:

Todas as declarações recentes dos direitos do homem compreendem, além dos direitos individuais tradicionais, que consistem em liberdades, também os chamados direitos sociais, que constituem em poderes.³²³

Para Ronald Dworkin³²⁴ – pelas sociedades, formam tensão entre si e, desta forma, necessitam de acomodação harmonizadora; c) a localização do Estado, não como titular de direitos fundamentais, mas, como obstáculo para os reais titulares destes (ser humano), em outros termos, os direitos fundamentais compõem os “elementos constitucionais limitativos” exatamente por objetivar restringir (limitar) a ingerência do Estado nas liberdades dos seres humanos (compreendido tanto em grupo quanto isoladamente). Portanto, no Brasil há uma preocupação constante com os direitos humanos, mas infelizmente ainda vimos a violação da dignidade da pessoa humana, todos os dias em nossas localidades, pela falta de condições mínimas de saúde a disposição da população.

A dignidade humana, sendo um valor absoluto, pode ser mais bem traduzida no idealismo alemão de Immanuel Kant³²⁵, que definiu: "Só o homem não existe em função de outro e por isso pode levantar a pretensão de ser respeitado como algo que tem sentido em si mesmo". Segundo Kant, todo ser humano, sendo pessoa, ser racional, e sendo fim em si mesmo, é possuidor de dignidade. "(...) quando uma coisa está acima de todo o preço e, portanto, não permite equivalente, então tem ela dignidade. Assim, a dignidade se confunde com a própria natureza do homem, é um valor intrínseco e não admite substituição.

Neste sentido para Ferraz³²⁶ o princípio constitucional do respeito à dignidade da pessoa humana implica um compromisso do estado e das pessoas para com a vida e a liberdade

³²¹ COMPARATO, Fábio Konder. *A afirmação histórica dos direitos humanos*, 4ª. ed. São Paulo: Saraiva, 2005. p. 37.

³²² CRESPO, Maria Claudia. Clonagem humana: **algumas premissas para o debate jurídico**. Revista da UFRGS, 2008, s.p.

³²³ BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1992, p. 21.

³²⁴ DWORKIN, Ronald. *Uma questão de princípio*. São Paulo: Martins Fontes. 2000, p. 269

³²⁵ KANT, Immanuel. *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Trad. Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70, 2000, p. 56-77.

³²⁶ FERRAZ, Sergio. *Manipulações biológicas e princípios constitucionais: uma introdução*. Porto Alegre: Sérgio Antonio babris, p.20.

de cada um, integrado no contexto social: ele significa, pois, que cada um é reconhecido o direito de viver livremente, em harmonia com o todo social, com a certeza de que suas virtualidades poderão expandir-se e concretizar-se, num concerto coletivo a todos benéfico.

Neste sentido, o artigo 196 da Constituição Federal Brasileira reconhece a saúde como dever do estado e direito de todos, assegurado constitucionalmente está, mas sua aplicabilidade é totalmente distorcida ou totalmente inexistente, sendo que a clonagem terapêutica traria benefícios enormes se fosse utilizada para fins de cura de doenças e que o Estado possibilitasse isso a população mais carente que é impossibilitada muitas vezes de realizar um tratamento adequado por não possuir condições financeiras e por não existir políticas públicas compatível por parte dos gestores do poder.

3.- Análise da Lei 11205/2005

A Lei de Biossegurança define clonagem como “*o processo de reprodução assexuada, produzida artificialmente, baseada em um único patrimônio genético, com 5135 ou sem utilização de técnicas de engenharia genética*” (art.3º, VIII, da Lei 11.105/2005). A clonagem para fins reprodutivos, por sua vez, tem finalidade de obtenção de um indivíduo (art.3º, IX, da Lei 11.105/2005). Neste sentido deve-se diferenciar clonagem reprodutiva e clonagem não reprodutiva; sendo aquela dirigida ao nascimento de indivíduos idênticos e essa limitada a fase de laboratório, *in vitro*³²⁷

Já o art. 3º inciso X da Lei traz a clonagem terapêutica: clonagem com a finalidade de produção de células-tronco embrionárias para utilização terapêutica e o inciso XI células-tronco embrionárias: células de embrião que apresentam a capacidade de se transformar em células de qualquer tecido de um organismo. Passíveis de pesquisa para a melhoria da saúde da população.

Por outro lado a lei inova proibindo a clonagem reprodutiva (art.26), ressaltando a prática da clonagem terapêutica que tem por finalidade à produção de células-tronco embrionárias não se encontram proibida na Lei de Biossegurança brasileira. Apresenta ainda, limites dispostos no artigo 5º da Lei 11.105/2005: da utilização de embriões humanos produzidos por fertilização *in vitro*; não utilizados no procedimento de fertilização; desde que sejam embriões inviáveis ou congelados há 3 (três) anos ou mais, na data da publicação da Lei, ou que, já congelados na data da publicação Da Lei 11.105/2005, depois de completarem 3 (três) anos, contados a partir da data do congelamento.

Caso o pesquisador atue nos limites de permitidos pela lei, tem sua conduta justificada, excluindo qualquer tipicidade e ilicitude. Na hipótese, de violação responderá pelo delito disposto no artigo 24 da Lei 11.105/2005 (utilizar embriões humanos em desacordo com o que dispõe o artigo 5º da Lei 11.105/2005), mas não responderá pelo delito disposto no artigo 26 da Lei 11.105/2005 (realizar clonagem humana); e isso se justifica porque na clonagem terapêutica utilizam-se e destroem-se embriões humanos.

4.- Clonagem terapêutica. Causas e consequências

A clonagem terapêutica traz como **causa** boa a possibilidade da utilização da técnica de clonagem para obtenção de células tronco a fim de restaurar a função de órgãos ou tecidos.

A clonagem "terapêutica" teria a vantagem de não oferecer riscos de rejeição se o doador fosse a própria pessoa. (ex.: reconstituir a medula em alguém que se tornou

³²⁷ HERNÁNDEZ, Miquel. *Ingeniería genética y derechos humanos*, Barcelona: Içaria, 2000, p.111.

paraplégico após um acidente, ou substituir o tecido cardíaco em uma pessoa que sofreu um infarto). Diminuição ou fim do tráfico clandestino de órgãos . Ajudar casais inférteis que não podem ter filhos, mesmo após anos de tratamento de infertilidade. Melhoramento animal, resgate de material genético, maximização do potencial genético de uma raça.

A clonagem terapêutica ³²⁸ oferece a possibilidade de beneficiários de pouco ou nenhum perigo de rejeitar um órgão transplantado, porque esse órgão teria uma correspondência exata ao DNA do paciente. Além disso, não haveria necessidade de um doador de órgão e que não precisou de cirurgia para uma segunda parte. O beneficiário não precisa esperar por um doador morrer antes de receber um órgão para salvar vidas. A clonagem terapêutica tem sido valiosa para os pesquisadores. Isso permite aos pesquisadores testar possíveis curas ou tratamentos de doenças já existentes e transtornos como mal de Parkinson e diabetes. A clonagem terapêutica também permite aos cientistas estudar a regeneração de órgãos, embora existam divergências sobre os benefícios da clonagem terapêutica.

Consequências:

A clonagem terapêutica não é a clonagem reprodutiva. O objetivo não é criar uma pessoa, mas uma linha de células específicas do paciente. Na clonagem terapêutica ³³⁰, o material nuclear é retirado da célula somática do paciente e colocado em um óvulo sem núcleo. O objetivo é produzir linhagens de células específicas do paciente-tronco para alguns tipos de doenças neurodegenerativas, tais como:

Doença de Parkinson ³³¹ é uma doença neurodegenerativa. Os cientistas têm trabalhado em tratamentos para a sua cura. Nos animais os estudos parecem produzir excelentes resultados terapêuticos com células clonadas e o processo com o tempo poderá se transferir estudos em seres humanos.

Diabetes Mellitus ³³² Em 2006, um protocolo projetado foi criado o que permitiu células-tronco humanas para se transformar em células das glândulas endócrinas, hormônios produzidos no pâncreas. Uma vez que estes hormônios insulina e glucagon incluem, terapia de reposição de células pode tratar a diabetes.

Distrofia muscular de Duchenne ³³³ DMD é uma desordem herdada de um único gene. A clonagem terapêutica poderia criar uma linha de células de pacientes específicos em que o gene defeituoso pode ser corrigido. Juntamente com a terapia genética pode restaurar as funções normais e promover a regeneração.

A clonagem terapêutica ou transferência nuclear pode ajudar a curar uma doença, o reparo de um defeito genético, a cura de um distúrbio imunológico ou talvez permitir transplante de órgãos geneticamente compatíveis. Tem aplicações na doença de Alzheimer, osteoporose, câncer, doenças genéticas, a regeneração medula, transplante de órgãos, e até mesmo a substituição do membro.

Considerações finais

Neste trabalho procurou-se discutir a possibilidade de cura de doenças graves através da clonagem terapêutica, pesquisa essa ainda desenvolvida pela comunidade científica no sentido de melhoria na qualidade de vida da humanidade. Mas para isso as

³²⁸ LEITE, Eduardo de Oliveira. **Procriações artificiais e o direito**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995. p. 27-28.

³³⁰ ZATZ, Mayana. O que é células-tronco? ANBio – Associação Nacional de Biossegurança, 2004. Disponível em: www.anbio.org.br/noticias/celulatronco.html. Acessado em out 2010.

³³¹ BARROSO, Luís Alberto, Células-troco embrionárias, Revista Jurídica Consulex, jul., p. 22-29, 2007.

³³² Idem

³³³ ZATZ, Mayana, op. cit.

legislações devem autorizar e o Estado dar condições para essas novas pesquisas e neste sentido Pessini argumenta dizendo que “terapia genética continua ainda como promessa para o futuro, não um remédio para hoje. No pacote de novidades está a farmacogenômica, que indicará, com precisão, o remédio adequado para cada organismo doente. Um determinado remédio utilizado para todos que têm a mesma doença, está com seus dias contados”. A medicina levará em conta o conhecimento das variações genômicas de cada pessoa. A notícia boa é que o ser humano poderá viver mais. A expectativa de vida deverá ser superior a 100 anos e a qualidade de vida na velhice poderá ser mais aperfeiçoada. Enfim, vivemos num clima marcado pela inquietação do novo e pela esperança. Ainda não conseguimos definir bem os limites, entre o que seria meramente ficção, projeção de nossos sonhos e o que pode ser, ou então já é, realidade. O que seria uma ameaça a ser evitada e o que seria uma conquista, de fato, em termos de saúde para a humanidade. Neste contexto, temos a matéria-prima, que impulsiona o crescimento fantástico da bioética em todos os quadrantes do planeta, levantando questões cruciais, tais como: quem é dono do patrimônio genético? Seria eticamente correto patentear os genes (economia e comercialização)? Em relação aos dados genéticos: a informação, acesso e controle, pertencem a quem? Como evitar novas formas de discriminação (no trabalho, em seguros de saúde, etc) a partir da herança genética? As pessoas que vivem no mundo da exclusão, seriam também beneficiadas com estas descobertas?³³⁴.

Portanto, cabe a sociedade estipular para dar segurança à proteção dos direitos humanos. O direito deve sempre reprimir e intervir quando houve abusos com experiências em seres humanos e estabelecer regras de conduta e garantir ao cidadão a perenidade da espécie humana. Mas tudo em que venha em benefício do ser humano, ou seja, na cura de doenças através da clonagem terapêutica deve ser estimulado e deve os governantes abrir em suas legislações a pesquisa genética para o bem estar da humanidade e preservando a dignidade humana do cidadão, com direito de decidir se quer ou não o tratamento.

Referências bibliográficas

- ALMEIDA, Aline Mignon de. *Bioética e Biodireito*. São Paulo: Lúmen Júris, 2000.
- BARROSO, Luís Alberto, Células-troco embrionárias, *Revista Jurídica Consulex*, jul. 2007.
- BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1992.
- COMPARATO, Fábio Konder. *A afirmação histórica dos direitos humanos*, 4^a. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.
- CRESPO, Maria Claudia. Clonagem humana: algumas premissas para o debate jurídico. *Revista da UFRGS*, 2008.
- DWORKIN, Ronald. *Uma questão de princípio*. São Paulo: Martins Fontes. 2000.
- FERRAZ, Sergio. *Manipulações biológicas e princípios constitucionais: uma introdução*. Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris.
- HERNÁNDEZ, Miquel. *Ingeniería genética y derechos humanos*, Barcelona: Içaria, 2000.
- KANT, Immanuel. *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Trad. Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70, 2000.
- LEITE, Eduardo de Oliveira. *Procriações artificiais e o direito*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995.

³³⁴ PESSINI, Léo. **Genética, clonagem e dignidade humana**. *Revista Mundo e Missão*. [pag. n.º 16 a 18 - n.º 90 - mês de Março - ano 2005](#)”

ODA, Leda Macedo e outros. Clonagem: limites da legislação brasileira. [HTTP://www.ciencia.org.br](http://www.ciencia.org.br). acesso maio de 2011.

OTERO, Paulo. Legalidade e administração pública. O Sentido da vinculação administrativa à juridicidade. Lisboa: Almedina, 2003.

PESSINI, Léo. Genética, clonagem e dignidade humana. Revista Mundo e Missão. [pag. n.º 16 a 18 - n.º 90 - mês de Março - ano 2005](#).

_____ Problemas atuais da bioética. 2ªed. São Paulo: Loyola, 1994.

SÁ, Elida. Biodireito - Interrelação do direito e das ciências biomédicas. Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro. CEJUR-DP, Rio de Janeiro, 1998.

ZATZ, Mayana. O que é células-tronco? ANBio – Associação Nacional de Biossegurança, 2004. Disponível em: www.anbio.org.br/noticias/celulatronco.html. Acessado em out 2011.

<http://www.geocities.com/Heartland/Acres/1880/Clonagem.htm> - acesso em Maio 2011.

<http://www.ghente.org>. Clonagem terapêutica. Acesso em maio 2011.

EL EMBRIÓN, EL FETO Y LA VIDA HUMANA. REFLEXIONES

Nelly Minyersky³³⁵ y Lily R. Flah³³⁶

I.- Introducción

Reflexionar sobre el “embrión” y su naturaleza se torna imprescindible desde muchos aspectos, todos ellos de fundamental importancia. En efecto, es trascendente cuando se trata del derecho de las mujeres y hombres a decidir sobre cuándo y cómo desean gestar, y lo es también por el derecho a la procreación asistida y fundamentalmente cuando la posición que se adopte se proyecta y conlleva implicancias graves vinculadas al progreso de las ciencias biológicas. Consecuentemente obliga a ser sumamente riguroso cuando se trata del progreso biotecnológico y sus aplicaciones.

En primer término cabe pensar si es posible hablar del embrión como algo estático o si se puede considerar que al unirse dos gametos comienza un proceso que da comienzo a una vida humana dependiente. Pero sería simplista y contrario al pensamiento científico, considerar al embrión en forma genérica sin analizar las distintas etapas de su proceso de desarrollo, se ha dicho que la embriogénesis es un proceso continuo. Es difícil establecer fronteras claras entre los estadios de ese desarrollo, pero se pueden distinguir fases sustancialmente diferentes, derivando en distintos tratamientos legislativos.

Guarda estrecha relación con lo expuesto determinar los bienes jurídicos que merecen protección cuando se legisla sobre técnicas de reproducción asistida, aborto y en particular si existe un interés particular del Estado, especialmente por tratarse de un Estado laico, plural, social y democrático como la República Argentina.

A lo largo de la Historia se observa que no se han puesto de acuerdo los científicos en medicina, ni los expertos en teología y filosofía para aunar un criterio respecto al comienzo de la vida humana.

Cabe destacar que tanto desde el punto de vista civil como penal, el derecho argentino no ha otorgado el mismo status al embrión que a la persona nacida. Si bien el Código Civil dice que se es persona desde el momento de la concepción inmediatamente sujeta esta cualidad a su viabilidad, o sea, que si no hay nacimiento con vida no hay persona. Los ejemplos en el derecho penal son varios, entre otros, la distinta pena que merece el homicidio en comparación con el aborto, y que este no es punible en grado de tentativa. El trabajo involucra el análisis del embrión en sus distintos estadios, *in vitro* y *in vivo*, los aspectos éticos y jurídicos de los distintos momentos de su desarrollo y en especial la incidencia negativa que una actitud restrictiva puede ocasionar en el ejercicio de los derechos humanos consagrados constitucionalmente.

II.- El embrión humano, aspecto biológico.

Si bien la cuestión del inicio de la vida, es una problemática que involucra tanto el campo de la biología, como el de la ética y del derecho, el presente apartado tiene como fin describir algunas cuestiones netamente biológicas.

La biología, y en particular la biología molecular ha avanzado a pasos tan agigantados que obliga a los demás estamentos a pensar y repensar continuamente el estatus del

³³⁵ Abogada. Profesora Consulta de la Facultad de Derecho, UBA.- Directora de la Maestría y Carrera de Especialización Interdisciplinaria en Problemáticas Sociales Infante Juveniles, UBA.- Investigadora UBACyT.-

³³⁶ Jueza Nacional de Primera Instancia en lo Civil. Profesora Consulta de la Facultad de Derecho, UBA. Directora de la Carrera de Posgrado de Derecho a la Salud, UBA. Investigadora UBACyT.-

embrión. Los increíbles avances que cada día nos brinda la ciencia y pone a disposición de toda la comunidad, nos enfrenta como sociedad a distintos desafíos por resolver en relación al tema en análisis.

En primer término podemos decir que la expresión general “embrión humano” es la estructura que se desarrolla a partir del “cigoto humano” que por divisiones sucesivas, llegará a diferenciarse en tejidos y órganos. El cigoto humano es la célula fundadora de un organismo, resultado de la fecundación de un gameto femenino, el ovocito, por un gameto masculino, el espermatozoide.

Debe aclararse, que en la doctrina se sostiene que al generalizar el término embrión humano, se incluyen en él realidades que por sus características no lo serán, es decir, existen etapas anteriores a la conformación del embrión desde la unión de los gametos, como el cigoto humano.

El cigoto se divide y da lugar a la mórula o agrupación de células totipotentes (cada una de ellas podría dar lugar a otro cigoto).

Luego la mórula origina la blástula o blastocito, esfera de célula que envuelven una cavidad interna en la que hay un complejo material líquido.

Hacia el día 7° posterior a la fecundación, la blástula está diferenciada en la masa de células internas, que dará lugar al embrión; y el resto que dará lugar a la placenta. A partir de esta estructuración comienza el esbozo de los órganos internos. Debe destacarse que de la estructura embrionaria sólo la masa interna dará lugar al embrión.

La implantación se produce al final de la segunda semana, y el día 18° comienza la formación de la estructura inicial del sistema nervioso o neurulación.

Antes de la implantación no podría hablarse de aborto, porque aún no se inició la gestación, es en la implantación cuando puede decirse que se dan las condiciones mínimas indispensables para asegurar la posibilidad de crecimiento y desarrollo del embrión. Antes de la implantación, además, se pueden producir fusiones totales de dos embriones independientes (dando lugar a quimeras³³⁷), o bien divisiones totales de un solo embrión (originando dos individuos independientes), lo que dificulta la consideración de individuo bien definido en esta etapa.

Al final de la 8va. Semana, el tubo neural está claramente diferenciado y, a partir de este momento, el embrión se denomina feto.

En todo este proceso, hay que considerar la unidad fisiológica materno-fetal que es constitutiva para el nuevo individuo, como se evidencia en el hecho de que la hormona T4 materna, necesaria para el desarrollo neural del feto y para la cual el feto tiene receptores, es facilitada inicialmente por la madre.

La activación de elementos constitutivos del desarrollo por parte de influencias maternas (no se trata sólo de alimentación) sería una prueba de que la constitución individual del feto no se completa antes del establecimiento de las relaciones con la madre (implantación) que posibilitan aquella activación. Un proceso similar se produce con algunos genes y sus expresiones biológicas correspondientes.³³⁸

III.- Embrión in vitro y embrión in vivo.

A) El embrión in vitro

³³⁷ Individuo que es el resultado de la unión de dos o más cigotos diferentes y que, por tanto, exhibe constituciones genéticas diferenciadas. Difiere del “mosaico”, que es el resultado de mutaciones somáticas producidas en el interior de un mismo individuo. En humanos, pueden producirse quimeras antes de la implantación del embrión. Ver en “bioética & debat – Consideraciones sobre el embrión” Volumen 15, núm. 57, monográfico 2009, Tribuna Abierta del Institut Borja de Bioética.-

³³⁸ Ver “bioética & debat – Consideraciones sobre el embrión” Volumen 15, núm. 57, monográfico 2009, Tribuna Abierta del Institut Borja de Bioética.-

En primer término consideramos necesario distinguir entre el embrión in vitro y el embrión en vivo. No corresponde someter ambos a un mismo status jurídico ya que no son entes iguales tanto desde el punto de vista biológico, como desde el punto de vista moral y ético.

Desde el punto de vista genético, ambos tienen igual dotación, pero lo cierto que darle entidad prioritaria a la dotación genética nos hace reducir la noción de persona a una condición biologicista y más aún, a una interpretación reduccionista de ello. Por otro lado la equiparación conduce a la eliminación de la interacción materno-fetal como estructura básica en la que se realiza la potencialidad del blastocito. El aporte materno no es solamente un simple recipiente nutritivo para la constitución.

“Los embriones in vitro no pueden tener una protección equiparable a los embriones intra útero... la ley debe garantizar que ni los gametos ni los embriones pueden ser considerados jurídicamente como bienes comercializables”. Esta afirmación permite concluir que el embrión antes de su implantación tiene una consideración diferente a la del embrión implantado, que permitiría legitimar jurídicamente distintas conductas sobre el mismo (regulables por ley).³³⁹

El embrión humano desde el inicio de formación del cigoto hasta su implantación en el útero materno puede desarrollarse de manera natural o bien en el laboratorio, fases a las cuales la ley podría asignar distintos grados de protección.

Gonzalo Figueroa Yañez iguala la naturaleza jurídica de los embriones no implantados a la de los gametos, definiéndolas como cosas, y dentro de ellas como cosas corporales muebles; agrega que “los componentes de dichos embriones –óvulos y espermios- se convirtieron en cosas al desprenderse del cuerpo al que originariamente pertenecían. La unión entre ambos no cambia en nada esta naturaleza jurídica, mientras permanezcan alejados del útero que en definitiva los va a cobijar. Estimamos que –por el hecho de haberse formado por unión de un óvulo con un espermio de distinto dueño-, han ingresado al patrimonio de ambos padres en partes iguales y pertenecen en comunidad a los dos. Ellos son los únicos que pueden resolver de consuno acerca de su destino y comercialización, si la ley los autoriza para ello, y en la forma en que la ley lo permita.”³⁴⁰

Es decir, los gametos fecundados que se encuentran fuera del útero, que no han sido implantados revisten la misma naturaleza jurídica que revestían al estar separados (óvulos y espermio) y también fuera de los cuerpos a los que pertenecían. No puede igualarse su status al de un embrión ya implantado cuyo destino invariable será adhesión al útero femenino y consecuente carrera a la conformación del feto humano en los plazos biológicos antes detallados, si se encuentran dadas las condiciones para el éxito de su conformación.

La distinción que se expone encuentra su explicación desde el punto de vista biológico, en tanto un embrión que no se implantó, es un embrión que puede o no devenir en feto, que necesitará siempre la intervención de terceros para ello. El embrión implantado tiene posibilidades ciertas de desarrollarse en el seno materno, de alcanzar la etapa de feto y luego nacer, más allá de los avatares que devengan durante ese proceso.

Si sostenemos que el status moral del embrión no es el de una persona, podríamos decir que es una cosa? Sabemos que los embriones in Vitro pueden ser transferidos, pueden ser donados, objeto de investigación. Ello amerita que le otorguemos la entidad de cosa

³³⁹ Ver “bioética & debat – Consideraciones sobre el embrión” Volumen 15, núm. 57, monográfico 2009, Tribuna Abierta del Institut Borja de Bioética.-

³⁴⁰ Gonzalo Figueroa Yañez, en el Seminario El Comienzo de la vida humana, en Buenos Aires, 7 de julio de 2009.-

mueble, o se debe crear una categoría especial atento sus características biológicas específicas?

Se impone de un tratamiento que asegure un mínimo de dignidad atento su virtualidad de vida humana. Ahora bien, si el embrión fuera una persona, entonces toda la técnica de reproducción asistida (FIV, ICSI, congelamiento, PGD) sería moralmente impermissible. Si creemos que no lo es, entonces se puede sostener que el embrión no es una persona.

Todas estas consideraciones no se realizan con ánimo de negar la vida al embrión humano antes de su implantación, sino para distinguirlo de su par implantado. Firmenich sostiene que “el cigoto humano es un programa genético humano con sólo el potencial teórico y estadístico para llegar a ser un miembro de la comunidad humana, puesto que sólo uno de cada tres cigotos llegan a implantarse. Ninguno de ellos tiene como finalidad intrínseca su implantación uterina. Ningún programa desarrollará lo que no tiene, es decir la estructura materna sin la cual no existirá la corporalidad.”³⁴¹

De ello se desprende entonces que la diferenciación aquí realizada entre uno y otro embrión encuentra un punto de inflexión en la implantación en el útero. Antes de ese momento el embrión está ciertamente separado, existe en sí, no ha comenzado para él ese hecho medular de su literal incorporación al “otro” que es el útero materno: ahí empezaría su constitutiva condición de ser-en-relación, rasgo humanizante de la vida.³⁴²

Es por ello que no puede igualarse el status tanto jurídico como moral de uno y otro. Lo que sí puede sostenerse es que por ser “producto humano” debe gozar de un trato respetuoso, tal como el que se le puede otorgar a un órgano extraído de una persona o a un tejido humano; lo que implica que se encuentre fuera del comercio y que deban observarse ciertos principios éticos en toda investigación al que se lo destine.³⁴³

La temática en estudio pone en juego derechos humanos fundamentales consagrados en la Constitución Nacional de la República Argentina. Considerar al embrión in vitro con igual status que el embrión in vivo, y más aún dotarlo del status de persona con todos sus atributos puede llegar a lesionar un plexo de derechos fundamentales tales como, entre otros:

- 1) El derecho a constituir una familia (art. 14 bis de la Constitución Nacional Argentina y concordantes), en tanto supondría un impedimento a la adopción y puesta en práctica de tratamientos y técnicas de reproducción asistida y acciones tendientes a lograr la procreación de hombres y mujeres a los que le resulta imposible arribar a ello por medios naturales;
- 2) El derecho a la libertad de investigación: se Obstruiría y al avance de las investigaciones, en especial con células madre, con lo que ello implica. Debemos tener en cuenta que “la libertad de investigación, derivada natural de la libertad de pensamiento –tal como lo destaca la UNESCO- constituye una conquista muy preciosa para la humanidad, lograda a través de las luchas que jalonan la historia del hombre en la búsqueda de caminos que conduzcan a la tolerancia y a formas más racionales de convivencia llamadas a desterrar por siempre los fundamentalismos de cualquier tipo o color. Paralelamente, constituye uno de los derechos humanos incorporados en la

³⁴¹ Beatriz M. Firmenich, Estatuto ontológico del embrión. La clonación terapéutica, ver en: http://www.bioingenieria.edu.ar/academica/catedras/legislacion/Fer_Asist_Firmenich.doc

³⁴² González Valenzuela, J.: Genoma humano y dignidad humana. Edit. Anthropos, Barcelona, 2005, p. 153.-

³⁴³ Salvador Darío Bergel, Células Madre y Libertad de Investigación, ver en: revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/.../80

Declaración Universal de 1948 que es receptado en numerosos textos constitucionales”³⁴⁴ y,

3) El derecho a la salud (art. 33 Constitución Nacional Argentina) se vería vulnerado si se prohibieran las técnicas de selección de embriones preimplantatorias, que se encuentran incorporadas a nuestras prácticas cuando se tiene en mira evitar la transmisión de enfermedades congénitas severas, técnicas puestas en práctica en varios países y que en la Argentina ha sido receptada jurisprudencialmente.³⁴⁵

B) El embrión in vivo

Para trabajar la naturaleza jurídica del embrión in vivo es necesario abordar las distintas teorías elaboradas sobre el inicio de la vida.

Precisar el momento exacto en el que se inicia la vida humana ha sido una consideración que ha desvelado tanto a biólogos, como a teólogos, filósofos y juristas. Es un momento trascendental y la avidez de conocimiento del hombre lo ha empujado a profundizar los estudios a su respecto. Hasta hace pocas décadas, se desconocía lo que sucedía en el seno materno desde el acto de la relación sexual hasta el nacimiento de un nuevo ser humano. Cuando los avances científicos así lo permitieron se fue develando el intrincado proceso que se debe cumplir para que desde la unión de óvulo y espermatozoide se llegue a un nacimiento con vida.

Desde entonces se han sumado algunas teorías a la clásica que sostiene que la vida se inicia con la unión de los gametos. Las principales 5 que se conocen³⁴⁶:

- a) La fecundación. Se trata de la teoría tradicional que sostienen que el momento en el que se inicia la vida tiene lugar con la unión del óvulo con el espermatozoide. Esta teoría no establece distinción alguna en cuanto al lugar en el que se produce la unión, dentro del seno materno, o fuera de él.
- b) La implantación. Para quienes sostienen esta teoría, recién podría hablarse de vida en el momento en que el óvulo fecundado se adhiere a las paredes del útero. Esta implantación o anidación sucede dentro del 7° al 14° día desde la fecundación, y es en ese momento en que el blastocito pasa a ser denominado embrión. Es que antes de la implantación, se produce una pérdida o aborto espontáneo de un alto porcentaje de blastocitos, cercano al 50%, de la cual la mujer no toma nunca conciencia. En este término el embrión adquiere las características de unicidad (llega a ser único e irrepetible) y de unidad (llega a ser uno solo), iniciándose aquí el binomio madre-hijo que posibilitará el desarrollo del embrión hasta el nacimiento.
- c) Actividad cerebral del embrión. Esta teoría, aplica la misma medida para individualizar el momento del inicio de la vida, que la utilizada para determinar el momento de la muerte. Quienes sostienen posición entienden que debería existir una analogía entre los momentos que marcan la extensión de la vida humana, y lo hacen en relación a la capacidad de sentir dolor³⁴⁷. El inicio de la

³⁴⁴ Salvador Darío Bergel, *Células Madre y Libertad de Investigación*, op cit.-

³⁴⁵ Cámara Federal de Apelaciones de Mar del Plata, “L., H. A. y otra c. I.O.M.A. y otra”, 29/12/2008

³⁴⁶ Véase, para conocer las distintas posturas y sus defensores, Gonzalo Figueroa Yañez, *Derecho Civil de la Persona – Del genoma al nacimiento*, Editorial Jurídica de Chile, Santiago, 2001, págs. 123 a 131.

³⁴⁷ Peter Singer ha dicho: “Desde esta perspectiva, el embrión recién concebido posee características que alcanzan niveles muy bajos, y a diferencia de los perros, los cerdos, los pollos y otros animales, no posee cerebro ni sistema nervioso, y es posible pensar que está muy incapacitado para sentir dolor o experimentar cualquier cosa. Por lo tanto, no puede tener intereses propios”. Ver en Gonzalo Figueroa Yañez, *Derecho Civil de la Persona – Del genoma al nacimiento*, Editorial Jurídica de Chile, Santiago, 2001, págs. 123 a 131

actividad cerebral en el embrión humano tiene lugar alrededor de los 48 días siguientes a la fecundación.

- d) Viabilidad del feto. Se entiende ella a la posibilidad de supervivencia del feto de manera autónoma a la madre. Esta posición es demasiado subjetiva en tanto las diferentes tecnologías y acceso a distintos instrumentales harán que el mismo feto en distintas circunstancias sea viable o no.
- e) Relacionalidad o culturización del feto. Esta posición sustenta que como seres humanos, el embrión se convierte en humano al ser aceptado por el otro. Esta teoría analiza la cuestión no desde el punto de vista biológico, sino desde la sociología o filosofía, puesto que la vida humana requiere la aceptación del otro. Entonces, el embrión se convierte en un ser humano independiente cuando la madre lo desea y lo entiende y quiere como un individuo ajeno a ella misma, entablándose una relación interpersonal entre dos sujetos distintos.

El análisis de estas teorías es sumamente importante, pues ayuda a diferenciar las distintas etapas o fases y los derechos atribuibles a cada una de ellas.

El encuadre jurídico necesario deberá ser articulado con las ciencias biológicas, sociales, éticas y morales.

La temática en cuestión ha sido objeto de incontables estudios y reflexiones. A título simplemente ejemplificativo citaremos dos concepciones de tiempos pasados para luego remitirnos a las posiciones actuales.

Cabe así mencionar a Jacques Maritain quien interpretando a Santo Tomás de Aquino sostiene “que el feto humano, desde el momento de su concepción, recibe el alma intelectual, mientras la materia no está todavía en nada dispuesta a este respecto, es a mis ojos un absurdo filosófico. Tan absurdo como llamar *bebé* a un óvulo fecundado. Es *desconocer* completamente el *movimiento evolutivo*, que se considera entonces como simple movimiento de aumento o de crecimiento, como si a fuerza de aumentar un círculo llegara éste a ser cuadrado, o el *Petit Larousse* llegase a ser la *Divina Comedia*.³⁴⁸

Así podría decirse que solamente es dable admitir que desde el instante de la concepción hay una naturaleza humana virtual que sólo lo será de manera formal cuando la materia se encuentre apta para recibir el alma racional. Es por ello que no se debe hablar de persona desde el instante de la fecundación de “animación inmediata” sino en un estadio posterior “animación mediata.

A fines del siglo XVIII Pothier en su Tratado sobre las personas y las cosas distinguía la persona en seis categorías asignando a cada una distintas prerrogativas en base a la definición de su status.³⁴⁹

En la actualidad la temática sigue en análisis y encontramos diferentes teorías que se extienden desde posiciones extremas para las que se debe considerar que existe persona desde el momento de la concepción y consecuentemente prohíben totalmente el aborto, hasta consideraciones más permisivas que autorizan la interrupción del embarazo frente a cualquier circunstancia y en cualquier término.

Entre las posiciones más interesantes, en su clásico artículo “Sobre el estatus moral y legal del aborto”, Warren sostiene que la humanidad genética no es suficiente para la pertenencia en la comunidad moral, la cual consiste “en todas las personas, y sólo en

³⁴⁸ Ver en Rodolfo Vázquez, Algo más sobre el aborto en “Aborto: el derecho a decidir”, directora: Marta Lamas, Debate Feminista, México, 2006, Año 17, Volumen 34, pag. 19 y ss.-

³⁴⁹ Ver en Roberto Espósito, Vida Humana y Persona - Lección Magistral, 25 de marzo de 2009, Traducción de la Cátedra de Filosofía Política, Facultad de Filosofía y Letras USal.-

ellas, más que en todos y solamente los seres humanos”³⁵⁰. La autora identifica un grupo de características esenciales que definen a la persona, entre los que se cuentan el razonamiento, la actividad automotivada y la autoconciencia.³⁵¹

Se ha sostenido que “lo humano supone una serie diferencial de atributos respecto de lo no humano, cuando un grupo o individuo reclaman derechos de los cuales depende que su vida sea viable y digna de ser vivida, para obtenerlos debe encajar dentro de tales atributos, es decir de las normas o requisitos que regulan el ejercicio de la humanidad, en muchos casos el no reconocimiento de humanidad a quien no cumple con los atributos que la definen torna inviable la vida de muchos sujetos; es una cuestión de justicia que aquellas vidas a las cuales no se le reconocen derechos, en nombre de una regulación que establece lo humanamente posible es decir lo natural, luchan por un mundo con normas que permitan a la gente respirar, desear, armar y vivir”.³⁵²

En términos más generales y ya analizando no sólo los derechos del embrión o del feto aisladamente, sino de manera conjunta con los derechos de la otra parte involucrada: la gestante, Thompson sostiene que “tener derecho a la vida no garantiza que uno tenga derecho a usar el cuerpo de otra persona, o a que se le permita continuar usándolo, aunque uno lo necesite para la vida misma”. Fundamentalmente, el derecho a la vida “consiste, no en el derecho a que no nos maten, sino en el derecho a que no nos maten injustamente”. Según este autor, algunos abortos pueden constituir la destrucción injusta del feto, pero muchos otros no, puesto que aún si el feto tiene derecho a la vida y necesita de la mujer para sobrevivir, su derecho no incluye el de utilizar el cuerpo de la mujer sin su consentimiento”.³⁵³

Luigi Ferrajoli expresa que “las tesis que afirman y las que niegan que el embrión es una persona no son ni verdaderas ni falsas. El hecho de que la vida comience antes del nacimiento, aún siendo indudablemente cierto, no es un argumento suficiente para establecer que el embrión, y ni siquiera el feto son personas”. Para él “siempre que se comparta el principio laico y liberal de la separación entre derecho y moral, la cuestión de si el feto (como el embrión) es o no persona no es una cuestión científica o de hecho, al ser *indecidible* en el plano empírico, sino una cuestión moral que admite soluciones diversas y opinables, y no puede ser resuelta por el derecho privilegiando una determinada tesis moral, la que considera al feto una persona, imponiéndola a todos y por tanto obligando también a las mujeres que no la compartan a sufrir sus dramáticas consecuencias.”³⁵⁴

Este autor define que no es el embrión o feto en sí quien tiene calidad de persona, sino que es la consideración que su madre tiene de él quien lo hace, me permito citarlo textualmente: “el embrión es merecedor de tutela *si y sólo si* es pensado y querido por la madre como persona. El fundamento moral de la tesis metajurídica y metamoral de la no punibilidad del aborto después de un cierto periodo de tiempo de concepción, o bien de la licitud de una utilización para fines terapéuticos de las células de los embriones, no

³⁵⁰ Mary Anne Warren, “Sobre el status moral y legal del aborto” en Florencia Luna y Arleen L.F. Salles (eds.), *Decisiones de vida y muerte*, Buenos Aires, Sudamericana, 1995, p. 195.

³⁵¹ Salles, Arleen, L.F. “El aborto”, en “Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos”, Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A., Buenos Aires, 2008, pág 247 y ss.-

³⁵² Carlos Figari, redactor del Informe, *Per scientiam ad justitiam!*, Consideraciones de científicos/as del CONICET e investigadores/as de Argentina acerca de la ley de matrimonio universal y los derechos de las familias de lesbianas gays bisexuales y trans.

³⁵³ Judith Jarvis Thomson “Una defensa del aborto” en Margarita Valdés, “Controversias sobre el aborto”, México, Instituto de Investigaciones Filosóficas-UNAM, Fondo de Cultura Económica, 2001, pp. 113-120

³⁵⁴ Luigi Ferrajoli, *La cuestión del embrión: entre el derecho y la moral*, en “Aborto: el derecho a decidir”, directora: Marta Lamas, Debate Feminista, México, 2006, Año 17, Volumen 34, pag. 37

consiste, ciertamente, en la idea de que el embrión no sea una potencialidad de persona sino una simple cosa (*una portio mulieris vel viscerum*, como decían los romanos). Se cifra, según creo, en la tesis moral de que la decisión sobre la naturaleza de “persona” del embrión debe ser confiada a la autonomía moral de la mujer, en virtud de la naturaleza *moral* y no simplemente biológica de las condiciones merced a las cuales aquel es “persona”.³⁵⁵

La mencionada autodeterminación de la maternidad tendrá como corolario que será entonces la mujer quien determinará si el embrión o feto se convertirá en su hijo, y esa decisión es la que le otorgará entidad de persona. Una decisión tan relevante podrá ser tomada siempre y cuando tenga la libertad de hacerlo, la libertad de autodeterminarse como madre y como la persona que quiere ser; el hecho de que exista un castigo, una pena consecuencia de la interrupción voluntaria del embarazo, deja a la libertad acorralada, como a la autodeterminación.

No podemos dejar de mencionar la opinión del constitucionalista Bidart Campos que sostiene que “Los avances científicos y tecnológicos, la bioética, las prácticas de fecundación extracorpórea, etc., que tantas innovaciones y sorpresas nos vienen deparando, inducen a algunos a diferir el instante en que –ya producida la concepción– se tiene por cierto que hay un “individuo” de la especie humana y, por ende, una “persona humana” que coincide íntegramente con ese “individuo”.

“Cuando se sabe que (en la filosofía tradicional) para que haya una “persona” humana debe haber, simultáneamente, un “individuo humano, es posible consentir que *la persona comienza con la “individuación”* del ser humano, lo cual plantea un problema que desde nuestro punto de vista resolvemos así: si la individuación es posterior –acaso a la llamada “concepción” (o fecundación) y, por ende, el comienzo de la persona humana también lo es (porque coincide con la individuación), no obstante la vida humana en gestación y desarrollo es siempre y objetivamente, un *bien jurídico* aun antes de que exista la persona: entonces, tendríamos dos etapas igualmente importantes en perspectiva constitucional: a) el período de vida humana desde la concepción hasta la individuación del nuevo ser humano como persona; b) el siguiente período de vida humana de ese ser que ya es la “persona” concebida.”³⁵⁶

Siguiendo el rumbo ya iniciado que tiende a diferenciar las distintas fases por las que transcurre la vida humana desde su carácter de embrión o pre-embrión hasta constituirse en persona pasando por la etapa de feto, resulta necesario determinar si en esos distintos momentos deben conceptualizarse de manera diferente sus derechos. Es inevitable en esta dirección referenciar el análisis con la interrupción del embarazo, cuestión abordada por Farrel al plantear siguiendo a Rawls que en la cuestión del aborto “hay tres derechos en juego, los que están potencialmente en conflicto: a) el respeto a la vida humana, b) la reproducción ordenada de la sociedad política a través del tiempo, y c) la igualdad de las mujeres en tanto ciudadanos.

Respecto del punto b) el aborto no afecta la reproducción ordenada a través del tiempo, lo que se prueba con el comportamiento real de la sociedad. Sí merece análisis especial el respeto a la vida humana, derecho que está fuera de discusión y nadie cuestiona, en efecto nadie cuestiona que la vida humana merece respeto y hay vida humana desde la concepción, inclusive si el feto no es una persona dotada de sus propios derechos igualmente es una forma de vida humana que merece respeto.

El derecho mencionado en el punto c) es el de la autonomía. Las mujeres son iguales en tanto ciudadanos, las mujeres tienen tanto derecho como los hombres a reforzar su

³⁵⁵ Luigi Ferrajoli, La cuestión del embrión: entre el derecho y la moral, op cit.-

³⁵⁶ Bidart Campos, Germán J., Manual de la Constitución Reformada, Tomo I, Ediar, Buenos Aires, 2006, pág. 105.-

individualidad, tener sus propios planes de vida y que el aborto conlleva una elección íntima y personal decisiva para la autonomía en el sentido que le asignara John Stuart Mill.

La autonomía se encuentra constitucionalmente protegida en Estados Unidos en la enmienda XIV y en nuestro país en el art. 33 de la Constitución Nacional referida a los derechos implícitos. Actualmente tal principio es el fundamento del derecho al aborto en la jurisprudencia de la Corte Suprema de los Estados Unidos de Norteamérica. Estos dos puntos generan tensión (respeto a la vida humana y autonomía de la mujer) y pueden ser considerados como valores iguales, pero debe determinarse qué peso tiene cada uno de ellos cuando se enfrentan.

El autor citado otorga distinta entidad al valor vida humana según el estadio del embarazo. Sostiene que la fuerza de estos derechos puede variar con el transcurso del tiempo, ejemplificando con la pérdida de embarazos en los primeros días de la gestación, en los seis meses de embarazo, o cuando el niño ya ha nacido. A medida que aumenta el valor de la vida humana disminuye la autonomía.

Este razonamiento que pone el centro del debate sobre el valor de la vida humana y no sobre el concepto de persona, lo lleva a decir que el feto no es persona en ninguno de los tres trimestres del embarazo, añadiendo que el concepto de persona no es útil para resolver el problema del aborto porque es un concepto normativo; quien lo emplea decide primero qué casos de aborto va a tolerar, y después hace coincidir la intolerancia con la aparición de la persona. En suma, lo que cuenta es el respeto por la vida humana, sea o no persona el feto.³⁵⁷

Si bien la discusión acerca de la naturaleza del embrión es sumamente interesante, y las posiciones podrán ser compartidas o no por todos, en suma la solución a la que se arribe deber tal que respete los principios de laicidad y democracia social que rigen en la Argentina, de tal manera que otorgue derechos a quienes quieran ejercerlos, sin obligar a quien no lo desea a que viole sus íntimas convicciones.

IV.- Sistema jurídico nacional

La tutela prestada a la vida admite gradaciones y en modo alguno puede decirse que reviste carácter absoluto. Esta afirmación se sustenta en una lectura integral del ordenamiento jurídico argentino que, si bien protege la vida desde la concepción hasta la muerte, no lo hace siempre con la misma intensidad.

El Código Civil Argentino, en el título “De la existencia de las personas antes del nacimiento” el artículo 70 establece: “Desde la concepción en el seno materno comienza la existencia de las personas; y antes de su nacimiento pueden adquirir **algunos** derechos, como si ya hubiesen nacido. Esos derechos quedan irrevocablemente adquiridos si los concebidos en el seno materno nacieren con vida, aunque fuera por instantes después de estar separados de su madre”. El legislador de 1869 no pudo prever los avances médicos que harían posible la concepción fuera del seno materno, sin embargo, la importancia de este artículo no radica tanto en la palabra concepción, sino en la diferenciación de derechos que realiza en atención al nacimiento con vida o no. El legislador claramente establece una condición suspensiva para el ejercicio del derecho, la condición del nacimiento con vida que al cumplirse transformará en derechos irrevocablemente adquiridos, los que se reconocieran de manera suspensiva antes del nacimiento. Es decir, merecen diferentes derechos y protección el ser humano nacido con vida que el ser humano no nacido, el que sólo será acreedor de esos derechos si

³⁵⁷ Farrel, Martín D., ¿Existe un derecho constitucional al aborto?, ver en: www.palermo.edu/derecho/.../EXISTE_UN_DERECHO_CONSTITUCIONAL_AL_ABORTO.pdf

naciera con vida. Debe tenerse en cuenta entonces, que en la ley civil el *nasciturus* no es titular de derechos ni en la forma ni en la medida que el ser nacido, y que los derechos que a aquel le son reconocidos están condicionados al nacimiento con vida³⁵⁸ de acuerdo con lo establecido en los arts. 70 y 74 del Código Civil³⁵⁹. Esta disposición se ve reforzada por la nota al art. 3290 del mismo cuerpo normativo cuando indica que el hijo en el seno materno tiene sólo una vida en común con la madre y que solo el nacimiento puede darle una vida individual.³⁶⁰

Por su parte, el Código Penal Argentino en el art. 86 enuncia los abortos no punibles como los consentidos por la mujer, o su representante legal en su caso, en los siguientes supuestos: a) con el fin de evitar un peligro para la vida de la mujer, b) con el fin de evitar un peligro para la salud de la mujer, c) si el embarazo es producto de una violación. Es decir, no se impone a la mujer en estos casos el deber de dar a luz a un niño, y por sobre la vida de la persona en formación, la madre puede optar por proteger su propia vida, su propia salud, y su propia autodeterminación en el último caso.

Se observa así también no sólo el distinto tratamiento que el derecho penal da a los delitos de homicidio y aborto -y a la consecuente diferenciación en las penas que caben al autor en uno y otro caso- sino que es una idea que recorre todo el edificio jurídico. También debemos tener presente lo establecido en el art. 89 del Código Penal en orden a la no punición de la tentativa de aborto de la mujer y, de otro lado, que la destrucción culposa del feto no encuentra previsión en el cuerpo criminal argentino³⁶¹, de modo que no puede hablarse de homicidio cuando aquel muere por mala praxis médica o durante el parto ya que sólo podrá hablarse de homicidio a partir que el ser humano naciente pueda ser visto separado del seno materno, ya que es cuando adquiere su existencia individual.

Así lo ha entendido también la jurisprudencia emanada de nuestros tribunales. En este sentido se ha dicho: *“Aun repasando el detallado inventario de la capacidad jurídica de la persona por nacer, es evidente que la protección normativa de la persona por nacer se encuentra diferenciada con relación a la que el ordenamiento brinda a la persona nacida —en el caso, se confirmó la resolución que autorizó a una menor de catorce años, violada por su padrastro, a efectuar un aborto debido al daño psíquico que el embarazo le ocasionaba— y que, consecuentemente, la igualdad y protección absolutas que se pregonan no son tales.”*³⁶²

Otro ejemplo de ello se expone en fallo Fraguas: *“Resulta atípica la conducta de los profesionales médicos que habrían producido la muerte de un feto debido a que omitieron inducir el parto a tiempo, pues, no encuadra en el art. 87 del Cód. Penal, dado que aquéllos no han obrado con ánimo de causar alguna muerte, ni con violencia, ni tampoco se subsume en el art. 84 de la misma norma, en tanto sólo puede existir homicidio desde que el ser humano naciente pueda ser visto separado del seno materno (del voto del doctor Filozof)”* *“Para definir el elemento normativo “otro” requerido por la figura del homicidio, debe recurrirse a los arts. 70 y 74 del Cód. Civil, de lo que se sigue que ya no será feto, la criatura que al ser separada del seno materno tenga vida*

³⁵⁸ Gil Domínguez Andrés; *“Aborto Voluntario: La constitucionalización de la pobreza”*, LL 1998 F 552.

³⁵⁹ Artículo 70. Desde la concepción en el seno materno comienza la existencia de las personas; y antes de su nacimiento pueden adquirir algunos derechos, como si ya hubiesen nacido. Esos derechos quedan irrevocablemente adquiridos si los concebidos en el seno materno nacieren con vida, aunque fuera por instantes después de estar separados de su madre. Artículo 74. Si muriesen antes de estar completamente separados del seno materno, serán considerados como si no hubieran existido.

³⁶⁰ Llambías J.J., Tratado de Derecho Civil, Parte General, Abeledo Perrot, T I, pág. 250 y ss.

³⁶¹ CNACyC, Sala 5°, F., E.L. y otros.

³⁶² Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial de Mar del Plata, sala II, 21/02/2007, O., M.V., La Ley Online.-

(del voto de la doctora Garrigós de Rébora).”³⁶³ En este mismo fallo, el doctor Filozof dijo que “tanto en materia penal como civil se verifica una mayor protección a la persona nacida que a la que puede nacer. Esta diferencia ontológica no permite afirmar que existe desprotección de la vida sino que el nacimiento es un punto de inflexión desde distintas ópticas, para el caso, la normativa” y reflexiona que “es convincente la posición mayoritaria de la doctrina española que en su momento sostuvo que a falta de precisión legal expresa que resuelva el tema, como lo hace el derecho alemán, italiano o portugués, corresponde la distinción entre vida humana dependiente o independiente”. Por su parte, la Sala II en lo Criminal y Correccional del Superior Tribunal de Justicia de la Provincia del Chaco revocó la sentencia que condenó como autor del delito de homicidio culposo por la muerte de un feto, al médico que no dispuso la internación de una paciente embarazada que concurrió al hospital para realizarse su control prenatal, por considerar que faltaban varios días para el alumbramiento, el que se produjo horas después y cuyas complicaciones ocasionaron la muerte del feto.

Resulta sumamente interesante en este punto, citar un de fallo emitido por la justicia marplatense, que en circunstancias de decidir sobre un amparo interpuesto para lograr la cobertura por parte de la obra social de un tratamiento de reproducción asistida, con el fin de que la pareja peticionante pudiera tener un nuevo hijo, que resultara histocompatible con su hermano enfermo, para intentar salvar su vida. La Cámara Federal de Apelaciones marplatense resolvió que “*Es procedente confirmar la sentencia que condenó a la obra social demandada a cubrir el costo de un tratamiento de fertilización asistida a fin de que los padres de un menor de edad discapacitado que padece una enfermedad granulomatosa puedan tener un nuevo hijo que resulte histocompatible con aquel para intentar su cura por vía de un trasplante de células progenitoras, pues ante la existencia de controversia científica sobre la conveniencia del tratamiento debe privilegiarse el interés superior del niño de acuerdo a la Convención sobre los Derechos del Niño.*” Además de decidir favorablemente y hacer lugar a esta petición en la que se seleccionarían los embriones a implantar en base a la necesidad de compatibilidad, también se resolvió sobre el destino que debía darse a los embriones sobrantes de dichas prácticas: “*los embriones resultantes o no transferidos de la práctica deben estar alcanzados por la protección legal y constitucional que el ordenamiento argentino brinda a la vida humana, por lo cual deberán someterse a la técnica de crioconservación y disponerse a su respecto una medida de no innovar y el nombramiento de un tutor a su respecto.*”³⁶⁴

V.- Los tratados internacionales de derechos humanos

A) Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y la Convención Americana sobre Derechos Humanos

Del análisis de los pactos internacionales de derechos humanos incorporados a la Constitución Nacional todos ellos reconocen explícita o implícitamente al derecho a la vida, pero ninguno de ellos se refiere expresamente al feto ni le otorga derechos.

Determinados sectores de la doctrina invocan erradamente el art. 4° del Pacto de San José de Costa Rica³⁶⁵ como la norma que consagraría la protección del *nasciturus*, cuyo

³⁶³ Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional, Sala V, 12/05/2006, Fraguas, Erika Liliana y otros, La Ley 2006-D, 422.-

³⁶⁴ Cámara Federal de Apelaciones de Mar del Plata, “L., H. A. y otra c. I.O.M.A. y otra”, 29/12/2008

³⁶⁵ Convención Americana sobre Derechos Humanos, también denominada “Pacto de San José de Costa Rica”, su texto fue aprobado en 1969 en San José de Costa Rica por los estados miembros de la OEA, entró en vigor el 18 de julio de 1978 al alcanzar el número de ratificaciones previsto.

texto dice en parte pertinente: “**Derecho a la vida. 1.** *Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente. 2.* *En los países que no han abolido la pena de muerte, ésta sólo podrá imponerse por los delitos más graves, en cumplimiento de sentencia ejecutoriada de tribunal competente y de conformidad con una ley que establezca tal pena, dictada con anterioridad a la comisión del delito. Tampoco se extenderá su aplicación a delitos a los cuales no se la aplique actualmente. 3.”*

Para la interpretación de todo tratado internacional, se deben tener en cuenta los principios de interpretación que establece la “Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados entre Estados y Organizaciones internacionales en sus artículos 31 y 32, que disponen al momento de la interpretación debe tenerse presente el texto; el contexto; los acuerdos alcanzados para la celebración del tratado; el sentido especial de ciertos términos si consta que fue la intención de las partes; los trabajos preparatorios; las circunstancias de la celebración; y los acuerdos o prácticas ulteriores, todo ello de buena fe. A su vez, la Convención Americana sobre Derechos Humanos dedica su art. 29 a establecer sus propias normas de interpretación disponiendo que los Estados se comprometen a respetar el goce y ejercicio de los derechos reconocidos y a no limitarlos en mayor medida que lo previsto en la misma convención; tampoco es posible limitar el goce o ejercicio de derechos o libertades reconocidos en leyes nacionales o vigentes de acuerdo a otras convenciones³⁶⁶; las únicas restricciones permitidas por la Convención, sólo pueden ser aplicadas conforme a leyes que se dictaren por razones de interés general y con el propósito para el cual han sido establecidas (art. 30)³⁶⁷. Un último eje de consideración para la interpretación lo constituyen los precedentes de la propia Corte Interamericana de Justicia y de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos tanto en sus fallos como en sus opiniones consultivas.

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre³⁶⁸ ha dado origen al texto vinculante de la Convención Americana de Derechos Humanos y que constituye la base jurídica de todo el sistema interamericano de protección de los derechos humanos. Para realizar una correcta interpretación del art. 4 de Pacto de San José de Costa Rica deben considerarse todos los aspectos *supra* mencionados. Es interesante hacer un breve repaso de la historia legislativa de la Declaración Americana cuyo texto es base del Pacto: en la IX Conferencia Internacional de Estados Americanos se sometió al Comité Jurídico un Proyecto que expresaba: “*toda persona tiene derecho a la vida. Este derecho se extiende desde el momento de la concepción; al derecho a la vida de*

³⁶⁶ Convención Americana sobre Derechos Humanos, **Artículo 29. Normas de Interpretación:** Ninguna disposición de la presente Convención puede ser interpretada en el sentido de: *a.* permitir a alguno de los Estados partes, grupo o persona, suprimir el goce y ejercicio de los derechos y libertades reconocidos en la Convención o limitarlos en mayor medida que la prevista en ella; *b.* limitar el goce y ejercicio de cualquier derecho o libertad que pueda estar reconocido de acuerdo con las leyes de cualquiera de los Estados Partes o de acuerdo con otra convención en que sea parte uno de dichos Estados; *c.* excluir otros derechos y garantías que son inherentes al ser humano o que se derivan de la forma democrática representativa de gobierno, y *d.* excluir o limitar el efecto que puedan producir la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre y otros actos internacionales de la misma naturaleza.

³⁶⁷ Convención Americana sobre Derechos Humanos, **Artículo 30. Alcance de las Restricciones:** Las restricciones permitidas, de acuerdo con esta Convención, al goce y ejercicio de los derechos y libertades reconocidas en la misma, no pueden ser aplicadas sino conforme a leyes que se dictaren por razones de interés general y con el propósito para el cual han sido establecidas.

³⁶⁸ Adoptada en la IX Conferencia Internacional de los Estados Americanos, en el año 1948 en Bogotá. Si bien se trata de una declaración y no es legalmente vinculante, tanto la Comisión como la Corte Interamericana de Derechos Humanos han recurrido a ella como fuente de obligaciones internacionales vinculantes para los estados miembros de la Organización de Estados Americanos.

los incurables, imbéciles y dementes. La pena capital puede aplicarse únicamente en casos en que se haya prescrito por leyes pre-existentes por delitos d extrema gravedad”³⁶⁹. Este texto sirvió de base para las discusiones, juntamente con el texto preliminar de una declaración similar preparada por las Naciones Unidas en diciembre de 1947.

Se formó un equipo de trabajo que incorporando observaciones y enmiendas introducidas por los delegados de cada país preparó un nuevo texto preliminar, cuyo art. 1 decía: “*Todo ser humano tiene derecho a la vida, la libertad, seguridad, o integridad de su persona*”. El equipo de trabajo justificó este completamente nuevo artículo 1° como un arreglo al que se llegó para resolver los problemas suscitados por las delegaciones de Argentina, Brasil, Cuba, Estados Unidos, México, Perú, Uruguay y Venezuela, principalmente como consecuencia del conflicto entre las leyes de esos Estados y el texto preliminar del Comité Jurídico.³⁷⁰ Por ello se llegó al texto que actualmente reza: “*Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.*”

Es que la aceptación del concepto absoluto –el derecho a la vida desde el momento de la concepción,– hubiera implicado la derogación de la legislación que regía en 1948 respecto del aborto, en nuestro caso, la derogación de nuestro actual art. 86 del Código Penal. Siguiendo este camino, el Pacto de San José de Costa Rica incluyó la frase “en general” atendiendo al principio de amplitud que le otorga esa frase, acordado en aquellas discusiones.

En conclusión, la redacción original proponía el principio que el derecho a la vida existe desde el momento de la concepción, sin excepción alguna, la IX Conferencia enfrentó esta cuestión y decidió no adoptar una redacción que hubiera claramente establecido ese principio. El voto de la mayoría adoptó la redacción que continúa hasta el presente como art. 1° de la Declaración y art. 4°, párrafo 1 de la Convención Americana.³⁷¹

Un caso paradigmático sobre este análisis es el caso conocido como “Baby Boy”, en el que tiene ocasión de pronunciarse la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). En octubre de 1973 el Dr. Edelin, Jefe de médicos residentes del Boston City Hospital, realizó un aborto por histerectomía en una soltera de 17 años de edad, habiendo ella y su madre solicitado el aborto y consentido la operación. El médico fue acusado de homicidio no premeditado y condenado a raíz de ese juicio, apelada la sentencia, la Corte Suprema del Estado de Massachusetts lo absolvió. En enero de 1977 el presidente de Catholics for Christian Political Action presentaron una petición ante la CIDH contra los Estados Unidos y el Estado de Massachusetts para que se pronunciara en relación al caso, alegaban la violación por parte del gobierno norteamericano y del Estado de Massachusetts de los artículos 1 (derecho a la vida), 2 (“Todas las personas son iguales ante la ley ... sin distinción de raza, sexo, idioma, credo, edad.”), 7 (“Todo niño tiene derecho a la protección, cuidado y ayuda”) y 11 (“Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada..”) de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del hombre. Fundamentaron principalmente su reclamo en el artículo 1 de la Declaración. Para resolver este caso la CIDH realiza un pormenorizado estudio de los trabajos preparatorios tanto del art. 1 de la Declaración Americana y del Pacto de San José de Costa Rica en relación con el derecho a la vida y en particular de la inserción de las palabras “en general” en el art. 4.1 de este último, y señaló que dicha expresión tuvo por objeto permitir la subsistencia – por no compatibilidad- de la preexistencia de

³⁶⁹ Novena Conferencia Internacional Americana, Actas y Documentos, Vol. 5, p. 449.

³⁷⁰ Novena Conferencia Internacional Americana, Actas y Documentos, Vol. 5, p. 474-484, 513-514.-

³⁷¹ Novena Conferencia Internacional Americana, Actas y Documentos, p. 160 y 481.-

aquellas legislaciones nacionales que no son restrictivas de abortos en especiales situaciones.

Sería incorrecto interpretar que la Declaración incorpora la noción de que exista el “derecho a la vida desde el momento de la concepción” cuando los signatarios enfrentaron la cuestión y decidieron no adoptar un lenguaje que hubiera establecido tal principio, como se mencionó en el análisis de la historia legislativa de la Declaración; y la interpretación tanto de la Declaración como del Pacto debe guardar congruencia con la intención de quienes los adoptaron.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos es uno de los dos órganos competentes para supervisar el cumplimiento de los compromisos asumidos por los Estados partes del Pacto de San José³⁷², sus informes deben servir de guía para la interpretación de la Convención por parte de los jueces nacionales en los casos en los que deben intervenir.

B) La Convención Europea para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales.

Es funcional a los efectos de determinar los alcances de la Convención Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales³⁷³, analizar la jurisprudencia de la Corte Europea de Derechos Humanos. El texto de el artículo 2 establece que “El derecho a la vida de cada persona está protegido por la ley, nadie puede ser intencionalmente privado de la vida salvo en ejercicio de una sentencia capital pronunciada por un tribunal, en el caso de el delito sea penado por la ley con tal pena.”

En el tema que nos ocupa se ha debatido sobre la interpretación de este artículo, en especial si el mismo depara o no protección al feto, vinculado al contenido que le otorgue al término vida.

Una de las causas que inciden en la interpretación de la noción vida que consagra el artículo se debe en gran medida a las diferentes traducciones que ha merecido en los distintos idiomas propios de cada nación.

La Corte de Estrasburgo³⁷⁴, en distintos fallos se ha pronunciado –si bien en forma alusiva- en el sentido de no considerar persona al feto o no pronunciarse invocando que la interrupción del embarazo pertenece al ámbito privado de la mujer.

En el caso *Bruggeman y Scheuten c. la República Federal Alemana*³⁷⁵, la Comisión Europea sostuvo que la legislación en materia de interrupción del embarazo se encuentra dentro de la esfera de la vida privada, la que en todo caso debe ser considerada como estrictamente ligada al desarrollo de la vida del feto.

En la decisión *X c. Reino Unido*³⁷⁶ se aclara con mayor certeza el significado que se le debe dar a la noción de persona, no sólo en el ámbito del artículo 2 sino en relación con la totalidad del texto de la Convención.

³⁷² Convención Americana sobre Derechos Humanos, **Artículo 33**. Son competentes para conocer de los asuntos relacionados con el cumplimiento de los compromisos contraídos por los Estados partes en esta Convención: **a.** la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, llamada en adelante la Comisión y, **b.** la Corte Interamericana de Derechos Humanos, llamada en adelante la Corte.

³⁷³ También conocida como la Convención Europea de Derechos Humanos, fue adoptada por el Consejo de Europa en 1950 y entró en vigor en 1953.

³⁷⁴ Tribunal Europeo de Derechos Humanos, también denominada Corte Europea.

³⁷⁵ Ver: caso 6959/1975, decisión del día 19.05.1976, en <http://cmisKp.echr.coe.int/tpk197/portal.asp?sessionId=7466901&skin=hudoc-en&action=request>.

³⁷⁶ Ver: caso 8416/79, decisión del día 13.05.1980, en: <http://cmisKp.echr.coe.int/tpk197/portal.asp?sessionId=7466901&skin=hudoc-en&action=request>.

En *Paton c. Reino Unido*³⁷⁷ la Comisión excluye la posibilidad de que el *naciturus* pueda ser comprendido dentro de la categoría que el artículo 2 identifica con la expresión “everyone”. Se consideraba que darle entidad al feto y un derecho absoluto aparejaría conflictos con el derecho a la vida y a la salud de la madre.

La Comisión Europea de Derechos Humanos se ha pronunciado nuevamente en el caso *H.C. c. Noruegia*³⁷⁸ refiriéndose a un caso de oposición del recurrente marido, a la interrupción de un embarazo decidida por la mujer en el cual se decidía que el aborto era ilegal respecto al tratamiento al feto.

Es interesante la construcción interpretativa elaborada en la Comisión que asume una posición como la ya señalada de la Corte de Estrasburgo.

En lo sustantivo sin excluir que en ciertas hipótesis el feto pudiera gozar de cierta protección en el sentido del artículo 2 considera que la aún notable divergencia de posiciones sostenidas a nivel de los sistemas nacionales de los estados miembros representa un obstáculo insalvable para cualquier intento.

Es difícil lograr una respuesta unánime o común, pues la ética depende demasiado de la ideología de cada uno. En Francia el Comité Consultivo Nacional, después de veinte años de notables trabajos y numerosas opiniones consultivas sobre el embrión humano, no ha transado definitivamente estas cuestiones; es normal que así haya sucedido, especialmente en razón de su composición, deliberadamente pluralista. Decir que el embrión debe ser reconocido como una persona humana potencial (primera opinión del Comité, en 1984) no resuelve el problema porque un ser reconocido como potencial no es necesariamente un ser, y, consecuentemente, es posible que en definitiva no lo sea. En cuanto a la vida y su comienzo, cada uno tiene sus propias convicciones (ver opinión n.5 del comité, de 1985). De esta posición sólo podría concluirse que probablemente hay un derecho de una persona potencial a una vida potencial; pero para un jurista, de la potencialidad a la efectividad hay un paso significativo.³⁷⁹

VI.- Colofón

De acuerdo a lo expuesto se perfilan dos concepciones que atañen al embrión in vitro al cual mayoritariamente se lo conceptualiza como una cosa con características especiales, destacándose que no puede ser objeto de transacciones de orden patrimonial, pero coincidiendo en la necesidad de una legislación adecuada que debería regular su utilización con fines científicos relacionados en especial con el derecho a la salud, con el derecho a constituir una familia, la utilización de células madres con fines terapéuticos, la selección con fines preimplantatorios, prohibiendo la clonación reproductiva así como la manipulación sobre células germinales.

A su vez el embrión in vivo merece distintos enfoques, básicamente se requiere el corrimiento del eje persona-cosa para determinar su status, porque de lo que se trata es de hacer jugar distintos factores que consideramos trascendentes, tales como relación embrión-feto-mujer gestante y estado temporal de la gestación, voluntad procreacional, derecho a la autodeterminación, todos ellos necesarios para discernir el dilema derechos de la mujer frente al eventual derecho a la vida del *naciturus*.

³⁷⁷ Ver: caso 8416/80, en: <http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/portal.asp?sessionId=7466901&skin=hudoc-en&action=request>

³⁷⁸ Ver: caso 170004/90, decisión del día 19.05.1992, en: <http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?item=1&portal=hbkm&action=html&highlight=H.%20%7C%20v.%20%7C%20Norway%20%7C%2017004/90&sessionId=7526243&skin=hudoc-en>

³⁷⁹ Alejandro P. F. Tuzio (director), *Bioética*, Número Especial JA-2006-IV, fascículo N° 6, Lexisnéxis, Buenos Aires, 2006, pág. 43 y ss.-

Estos derechos tienen distinto peso y se articulan de diferente manera según sea el estadio del proceso de gestación. En los primeros meses debe considerarse prevalente el derecho a la autodeterminación de la mujer gestante, que irá mermando en relación inversamente proporcional al progreso del embarazo, salvo la existencia de razones que afecten la salud tanto del *nasciturus* como de la futura madre.

Esta prevalencia de la autonomía de la voluntad de la mujer sobre el derecho a la vida del *nasciturus* no significa, como así ha sido reconocido en diversas legislaciones, que no se tutele la integridad del feto frente al ataque que pudiera sufrir en su desarrollo por el accionar de terceros

El estado del arte de la legislación argentina tanto a nivel nacional como supranacional permite arribar a estas conclusiones a través de una interpretación global y sistemática, en especial la debida lectura del art. 1° de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y el artículo 4.1 de la Convención Americana de Derechos Humanos.

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DE ALGUNAS CIUDADES DEL PARAGUAY, SOBRE EL ABORTO PROVOCADO

Dra. Julia Maria del Pilar Rivarola E.

Monografía para el curso de especialización de medicina legal y ciencias forenses.

1.-Introducción

La práctica del aborto es muy frecuente en nuestro país, aun cuando presente dilemas éticos y problemas en el orden de la salud; este se halla instalado como principal debate a nivel legislativo (redacción de la Constitución Nacional, Código Penal, Código de la Niñez y de la Adolescencia) acerca del aborto provocado y sobre el momento de inicio de la vida.

A pesar de ello, a la fecha unas escasas evidencias se han desarrollado acerca de los conocimientos y actitudes que sobre el aborto provocado poseen los profesionales del área de la salud, para la generación del sustento en la elaboración de leyes justas, de políticas sanitarias y de prevención sobre el aborto, en los cuales se sientan integrantes.

En muchos países del mundo se han aprobado leyes que han dado gran libertad para la practica del aborto, sin embargo, las legislaciones que se han aprobado no siempre han respondido a los sentimientos ni de ciudadanos ni de profesionales de salud de estos estados. Tampoco han respondido a las exigencias culturales y éticas de sus pueblos, por lo que no han favorecido la educación ciudadana, la sexual, ni han ayudado al desarrollo socio – económico, una de las principales premisas promovidas por sus impulsores.

En los casos de aborto provocado existen variadas controversias, especialmente entre los referentes de salud, debido a los argumentos de que en sus inicios se considera solo un retraso menstrual de la mujer, no la muerte del embrión o feto que es destruido.

El aborto provocado es la eliminación intencional, deliberada y directa, como fuera que se realice, de una vida humana, en la fase inicial de su existencia, que va desde la concepción hasta el nacimiento, es por ello que a través de este estudio se pretende determinar si los profesionales de la salud en Paraguay manejan los mismos conceptos tanto cognitivamente como en su practica cotidiana.

Principalmente las consecuencias físicas que el aborto provocado genera en todas las que lo practican, que temprano o tarde llegaran a los servicios de salud, necesitando un servicio de consejería ético, oportuno y adecuado; que si el profesional no lo posee no se encontrara en condiciones de brindarlo, para lo cual su determinación es importante, para proponer su incorporación en las practicas de salud.

Objetivo general

Analizar los conocimientos y actitudes sobre aborto provocado en los profesionales de salud del Paraguay.

Objetivos específicos

- Reconocer aspectos cognitivos relacionados con el inicio de la vida humana
- Determinar los aspectos Jurídicos del aborto provocado desde la percepción de los profesionales de salud.
- Determinar los juicios del profesional sobre las consecuencias físicas y síquicas del aborto provocado.
- Identificar el grado de aceptación o rechazo del aborto terapéutico, aborto eugenésico, aborto de la violada y por motivos socio-económicos.
- Proponer en base a los hallazgos la elaboración de leyes que respeten el valor de

la vida que posee la ciudadanía paraguaya

Marco referencial

La vida humana se inicia con la unión del ovulo y el espermatozoide, en este núcleo están los 46 cromosomas, conformados con 23 del padre y 23 de la madre; estos 23 pares de cromosomas tienen en sí, el programa individual y es una información genética que es cualitativamente diversa respecto a las células de los organismos maternos y paternos. El programa no es ejecutado por la madre, sino por el hijo que se autoconstituye a sí mismo y es el autor principal. Al quinto o sexto día se implanta en el endometrio de la madre, posteriormente en el día número 21, o sea, siete días después del mal llamado “Retraso menstrual”, el embrión ya tiene esbozos del corazón (1).

Entre la cuarta y octava semana, se forman tres hojas: ectodermo, mesodermo y endodermo, que dan origen a sus propios tejidos y sistemas orgánicos. Así al final de la octava semana, la organización termina y el embrión posee en miniatura todas las estructuras características del ser humano, con los órganos genitales bien definidos. A las nueve semanas, se perfecciona el funcionamiento del sistema nervioso, reacciona a los estímulos y detecta sabores. A las once semanas ya se chupa el dedo, lo que puede verse perfectamente en una ecografía. A las dieciséis semanas, con solo 12 mm. y 1/2 de largo, el niño puede usar las manos para agarrar, puede nadar y hasta dar volteretas. El niño de dieciocho semanas es activo y energético, flexiona los músculos, da puñetazos, patear, ahora la madre siente sus movimientos (1-5).

El embrión humano dispone de un genoma completamente humano y específicamente individual desde su fecundación. Se desarrolla continuamente desde ese momento, no hay saltos en ese desarrollo.

La cualidad, impulso y la dirección del desarrollo no dependen de la madre sino de la composición genotípica del embrión, por lo tanto decir que el embrión es parte de la madre es anticientífico, y antitético.

El recién concebido tiene una propia y bien determinada realidad biológica, es un individuo totalmente en desarrollo, que autónomamente, momento por momento, sin ninguna discontinuidad construye su propia forma, siguiendo por intrínseca actividad un diseño proyectado y programado en su mismo genoma. Por lo tanto el embrión tiene el valor propio de la persona humana, pues no hay una diferencia sustancial entre la concepción y el nacimiento.

El cigoto humano recién fecundado sería en consecuencia, un ser humano en acto, en posesión de todas sus potencialidades y en ningún caso es un ser humano potencial (6-9).

El aborto provocado es la muerte del embrión o feto mediante su destrucción, mientras depende del claustro materno o por su expulsión prematuramente provocada para que muera, tanto si no es viable como si lo es.

El aborto provocado es la eliminación intencional, deliberada y directa, como fuera que se realice, de una vida humana, en la fase inicial de su existencia, que va desde la concepción hasta el nacimiento (10).

Las consecuencias físicas del aborto provocado son: perforaciones del útero, de los intestinos o de las vías urinarias, en este caso, cuando son muy graves, se debe extraer el útero (histerectomía) que lleva a la posterior esterilidad, o se debe abocar los intestinos y las vías urinarias del abdomen. Se pueden producir graves hemorragias que conducen también a la histerectomía. Pueden producirse en abortos clandestinos como en abortos legales, graves infecciones a nivel del aparato genital femenino o a nivel general (sepsis). Se puede producir la muerte por anafilaxia a la anestesia, por infección generalizada o por hemorragias gravísimas.

Tardíamente se ha visto que en muchas oportunidades que las mujeres quedan estériles o tienen en sus futuros embarazos, abortos espontáneos o partos prematuros y cáncer de mama (11-16).

Las consecuencias síquicas: después de una tentativa o de un aborto provocado son:

La primera etapa es de Negación, las mujeres dicen: “Fue lo mejor que he hecho” “No había otra salida”; luego aparece la depresión; el vacío existencial, melancolía, falta de energía, desinterés por ella misma, por el trabajo, por la vida, intento de suicidio; aislamiento; angustia; ansiedad; gran sentimiento de culpa: esterilidad síquica: sobreprotección del hijo, bloqueo con los siguientes hijos.

Se producen somatizaciones: gastritis; taquicardia, cáncer, etc.; insomnio, pesadillas; rabia y agresividad en relación con el equipo de Salud; inestabilidad y explosiones de ira, dificultad para concentrarse; pérdida del interés por la relación sexual, frigidez, dispareunia, vaginismo, o no pueden tener relaciones estables afectivas; depresión del aniversario; pérdida de la confianza en si mismas y en su capacidad de tomar decisiones; autoestima baja; dependencia de tranquilizantes, drogas o alcohol; disturbios alimenticios: anorexia, bulimia, obesidad (17-20).

En nuestro país la ley 1160/97. Código Penal, penaliza todo tipo de aborto.

Si la mujer se realiza, tiene pena preventiva de libertad de 15 a 30 meses. Si resultase la muerte, la pena es de 4 a 6 años. Las penas serán aumentadas en un 50% para los profesionales de la salud.

Luego dice: “Estará sin embargo exento de responsabilidad cualquiera de estos que justificare haber causado el aborto indirectamente, con el propósito de salvar la vida de la mujer puesta en peligro por el embarazo a parto”.

Esto es: cuando se hace un tratamiento medico o quirúrgico a la madre embarazada, el embrión o feto, sin proponérselo, nace muerto. Es una acción de doble efecto, sin dolo.

La declaración de la Academia de Medicina del Paraguay ha colaborado a fin de sacar el aborto terapéutico como una causal de despenalización y poner el indirecto que siempre se ha practicado en la Medicina. A continuación, se transcribe la declaración.

Declaración de la Academia de Medicina del Paraguay

La Academia de Medicina del Paraguay, cumpliendo con uno de los objetivos estatutarios de “Expresar su opinión que considere de interés trascendente” (Art. 3.1), analizó en sesiones de plenario académico extraordinario el tema del aborto y decidió declarar:

- 1.-La misión primaria del medico es la de proteger la vida y no destruirla.
- 2.- El aborto no es aceptable como método de planificación familiar ni de limitación de la población. No resuelve tampoco los problemas del desarrollo económico y social.
- 3.- Ante patologías de la madre o del feto que surjan durante el embarazo, la medicina moderna, utilizando la tecnología disponible en reproducción humana, cuenta con los medios para conservar la vida materna, el fruto de la concepción y combatir consecuentemente la mortalidad perinatal. En casos extremos, el aborto es un agravante y no una solución al problema.
- 4.- No comete acto ilícito el medico que realice un procedimiento tendiente a salvar la vida de la madre durante el parto o en el curso de un tratamiento medico o quirúrgico cuyo efecto causare indirectamente la muerte del hijo cuando no se puede evitar ese peligro por otros medios.

Esta declaración fue aprobada por el Plenario Académico Extraordinario de la Academia de Medicina del Paraguay en su sesión del 4 de julio de 1996.

El **aborto “terapéutico”** se llamaba a si al que se practicaba cuando entraban en colisión la vida de la madre y la del hijo. Hoy se extiende este calificativo a cualquier dolencia o riesgo de dolencia de la madre.

El **aborto eugenésico** es un término que se aplica, al tipo de aborto en el cual se pretende evitar nacimientos de niños con mal formaciones o anomalías.

En un estudio en Sudáfrica en el año 2002: 246 estudiantes de medicina respondieron en un 61,2 % que el aborto es un asesinato desde la concepción o mas tarde; el 87,2 % considera lícito el aborto en ciertas circunstancias, de ellos 74,1% cuando corre peligro la vida de la madre, 62,3 % en caso de violación de la mujer, en un 59,5 % en caso de malformaciones severas del embrión, en un 53,8% cuando la madre tiene trastornos mentales; en un 12,5 % a simple demanda, y en 12, 8 % bajo ninguna circunstancia (22).

En un estudio realizado con 1144 médicos de todas las zonas de Estados Unidos al interrogársele si es ético realizar el aborto cuando ha fallado la contracepción en 48 % no lo objetaron y en un 52 % lo objetaron (23).

En cambio, muy diversas fueron las conclusiones en un trabajo realizado en Asunción en el año 1997, donde 203 estudiantes de enfermería consideraban antitética el aborto eugenésico en un 92 %; además el 87 % afirmaba que no se debe practicar el aborto en la mujer violada (24).

En otro estudio realizado con 605 jóvenes paraguayos durante el año 1996 consideraban un 91,1 % que el aborto no es la mejor solución para un embarazo no deseado, el 87,9 piensa que el aborto es un crimen, el 58,2 % cree que es un problema social, el 59,8 % afirma que no es un derecho de la mujer. El 44 % conoce alguien que se ha practicado un aborto y que tuvieron remordimiento en un 32,7 %, pena en un 31,6 % y desesperación en un 19,2% (25).

En otro estudio paraguayo realizado en 1993, con 250 puérperas de menos de 20 años, 6 se habían provocado un aborto. El 86 % no trataron de interrumpir su aborto, en tanto, que el 13,2 % intentaron hacerlo (26).

En la tesis, Mónica Ruoti y Haydee B. Fernández Barriocanal ha encuestado en 1980 y 1982 a 136 pacientes que se han practicado aborto y encontró entre otros datos que el 48% recurrió a parteras empíricas de las cuales el 38% desconocía el riesgo y solo el 24% lo conocía; el 15% recurrió al farmacéutico y el 13% al medico. El 60% desconoce el riesgo que acarrea el aborto (27).

Las pacientes recurrieron al aborto por factores económicos en un 26% debido al nacimiento sucesivo de hijos en un 29%, por necesidades de trabajar en un 13% y por su condición de soltera en un 11% (27).

En el Paraguay hay muchos estudios sobre variables estadísticas y las complicaciones del aborto provocado (28-36); pero existen muy pocos sobre los conocimientos y las actitudes.

El Doctor Andrés Gines en un estudio realizado durante el año 1999 en el Hospital Materno infantil de la Cruz Roja sobre 431 mujeres que tuvieron aborto espontáneo y provocado encontró el 23,7% con edades de 21 a 25 años, el 33,6% con primaria concluida y el 30,8% con secundaria inconclusa, el 64% es ama de casa, el 44,5% esta unida en unión libre, el 27,3% se practico el aborto con partera y el 18,2% con medico; el 48,2% estaba entre la 6° y 10° semana de gestación; el 53,2% no tenia antecedentes de aborto previo y las complicaciones fueron infección en un 20% y hemorragia en un 9%.

Con respecto a los aspectos psicológicos en un estudio sobre 121 pacientes se encontró: pesadillas, rabieta y fobia en un 15,7%, tristeza en un 49%, sentimiento de culpa en un 10% y preocupación por la salud y la muerte en un 47%. La relación parto/ aborto

durante el año 1999 en la maternidad Nacional fue de 16,91%, en la Cruz Roja fue de 15%, en el Hospital Nacional de Itaguá 12,5% y en el Hospital San Pablo 25,20% (36).

II Material y Método

El diseño es observacional descriptivo con muestreo de corte transversal.

Sujetos: La población enfocada son: profesionales de la Salud de los servicios hospitalarios de tercer y cuarto nivel.

La población accesible son: médicos/as, Licenciados/as en Enfermería, Auxiliares de enfermería y técnicos de los departamentos Central, Caaguazú, Itapúa y Alto Paraná.

Criterios de inclusión: Profesionales de la Salud registrados en cada institución que estén presentes en el momento de la invitación del estudio.

Criterios de exclusión: los que no aceptan participar o los que entregan en blanco la encuesta.

El muestreo: Se realizara en forma no probabilística, consecutiva, a todos los Profesionales de la Salud que aceptan participar en el estudio de cada institución. Se invita a participar a médicos, licenciadas de enfermería, auxiliares de enfermería, técnicos y otros, a través de visitas en los distintos servicios que hay en cada hospital

Aspectos Éticos La participación de las personas encuestadas será voluntaria; se les ha informado de los fines de la investigación. La encuesta será anónima, guardando la confidencialidad en todo momento.

El beneficio pudiese ser para la sociedad pues es importante conocer la cultura que impera en nuestro país y esto servirá para la redacción de leyes, para la prevención y educación con respecto al aborto provocado.

Sujetos del estudio Se han encuestado a 461 Profesionales de la Salud que trabajan en hospitales y clínicas de Asunción y el Departamento Central; y en otras ciudades del interior (Ciudad del Este, Encarnación, Coronel Oviedo y Pedro Juan Caballero) desde el 17 de enero al 15 de marzo de 2006.

Ubicación geográfica Geográficamente, la muestra se distribuyo en dos bloques: Asunción y Dpto. Central y ciudades del interior: Ciudad del Este, Encarnación, Coronel Oviedo y Pedro Juan Caballero.

III RESULTADOS

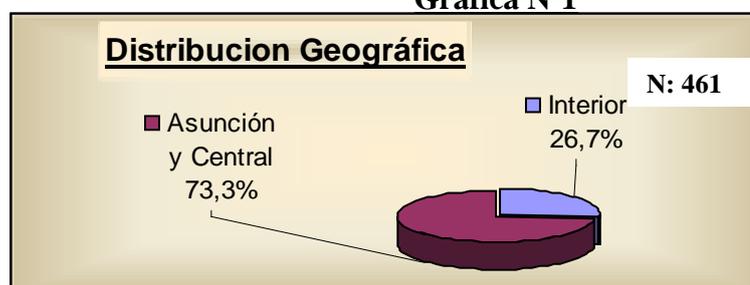
Tabla N° 1: Ubicación geográfica.

Distribución de encuestados en Asunción y el Departamento Central	
Centro hospitalario	Cantidad
Hospital de Clínicas	135
Hospital Nacional	65
IPS (Hospital Central)	37
Centro de Salud N° 5	26
Clinicas Privadas	22

Distribución de encuestados en el interior	
Centro hospitalario	Cantidad
Ciudad del Este	44
Encarnación	40
Coronel Oviedo	37
Pedro Juan Caballero	2
Total	123

Cruz Roja	22
Neuropsiquiatrico	22
Otros: ▪ MSP y BS (Educ.)	4
▪ Cáncer y Quemados	2
▪ Hospital del Niño	2
▪ CEPEP	1
Total	338

Grafica N°1



El 73,3% de los encuestados se ubican en Asunción y el Departamento Central.

Tabla N° 2: Distribución por sexo.

Según el sexo la muestra estaba distribuida de la siguiente forma:

Ubicación geográfica	Mujeres	Hombres
Asunción y Departamento Central	238	101
Interior	92	31
Total	330 (71,4%)	132 (28,6%)

Grafica N° 2

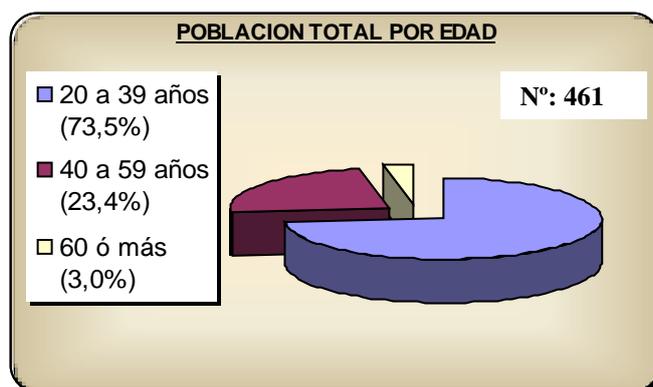


El 71,6% de los encuestados son del sexo femenino.

Tabla N° 3: Edad

Población	N°	%
20 – 39 años	339	73,5
40 - 59 años	108	23,4
60 ó más	14	3
Total	461	100

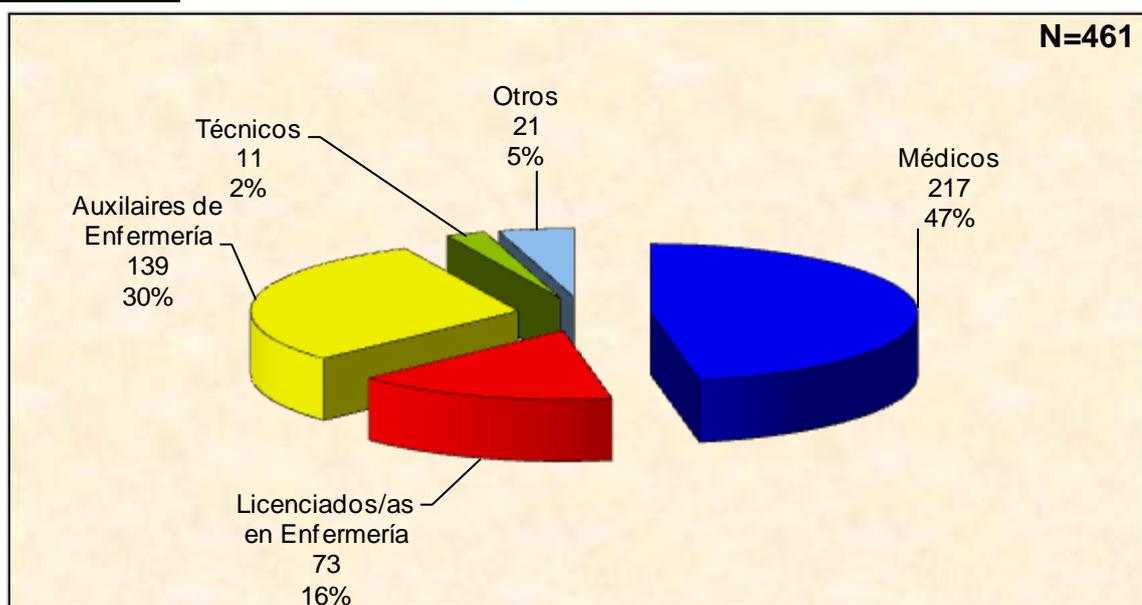
Grafico N° 3



El 73,5% de los encuestados se ubican en la franja etaria de 20 a 39 años.

Tabla N° 4: Profesiones de los encuestados.

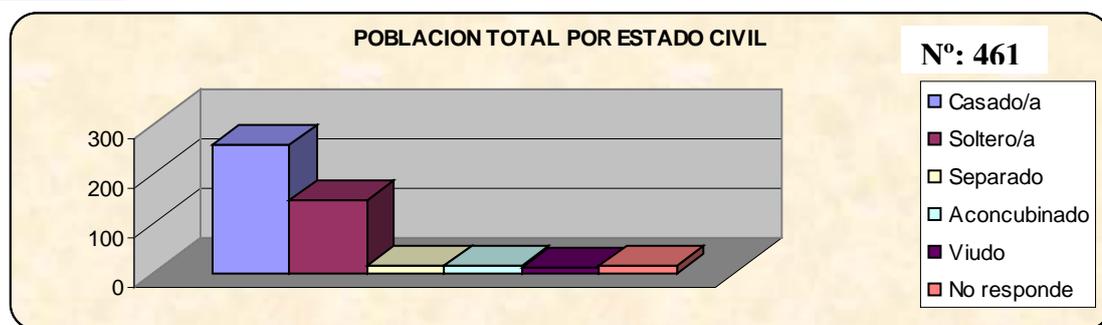
Profesiones	N°	%
Médico	217	47
Lic. Enfermería	73	16
Aux. Enfermería	139	30
Técnico	11	2
Otros	21	4
Total	461	100

Gráfico N° 4:

El 47% de los encuestados son profesionales médicos, el 30% son Auxiliares de Enfermería y el 16% son Licenciados en Enfermería.

Tabla N° 5: Población total por estado civil.

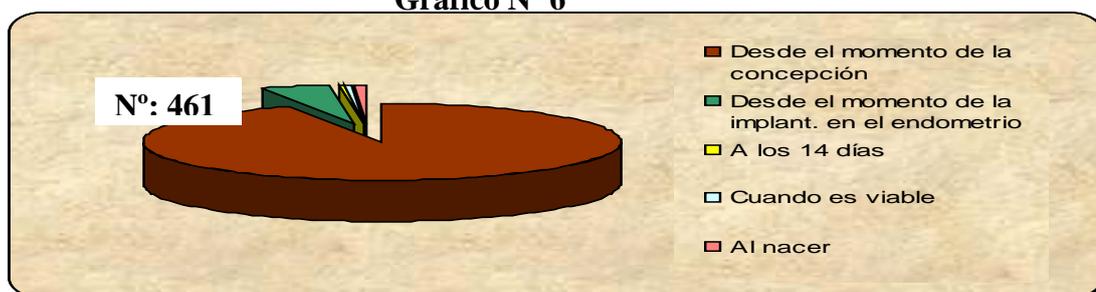
Estado civil	Nº	%
Soltero/a	146	32
Aconcubinado	16	4
Casado/a	259	56
Separado	15	3
Viudo	11	2
No responde	14	3
Total	461	100

Gráfico N°5

El 56% de los encuestados está casado, el 32% es soltero/a y el 3% están: aconcubinado/a, separado/a o No respondió a la pregunta.

Tabla N°6**La vida humana comienza:**

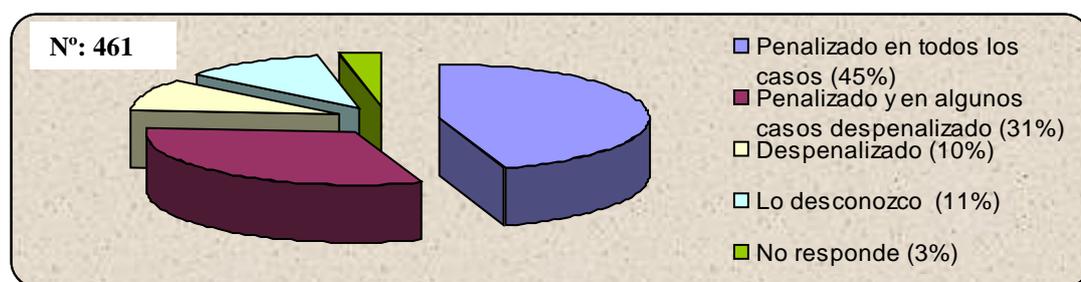
Desde el momento de la concepción	428	92%
Desde el momento de la implantación en el endometrio	21	5%
A los 14 días	2	0.5 %
A los tres meses	2	0.5 %
Cuando es viable	4	1%
Al nacer	4	1 %

Grafico N° 6

El 92% de los encuestados sostiene que la vida humana se inicia desde el momento de la concepción

Tabla N° 7: Penalización del aborto.

Conceptos	N°	%
Penalizado en todos los casos	207	45
Penalizado y en algunos casos despenalizado	144	31
Despenalizado	45	10
Lo desconozco	50	11
No responde	15	3
Total	461	100

Grafico N° 7

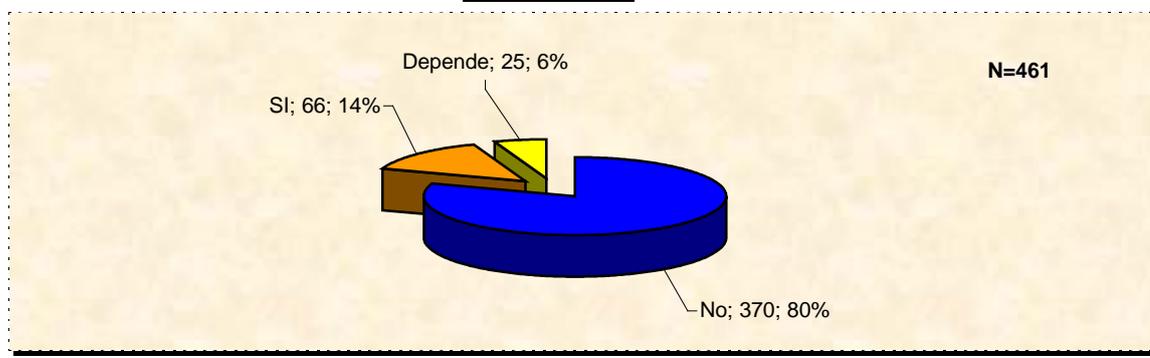
El 45% de los encuestados, menciona que el aborto está penalizado en todos los casos. El 31% dice que está penalizado y en algunos casos despenalizado.

Tabla N° 8: Afección en la mujer cuando corre peligro la salud del niño.

Si la mujer padece una enfermedad: diabetes, tuberculosis, lupus, psicosis, etc. Tendría que practicarse el aborto, pues corre peligro su salud.

Respuestas	N°	%
No	370	80
Si	66	14
Depende	25	6
Total	461	100

Grafico N° 8

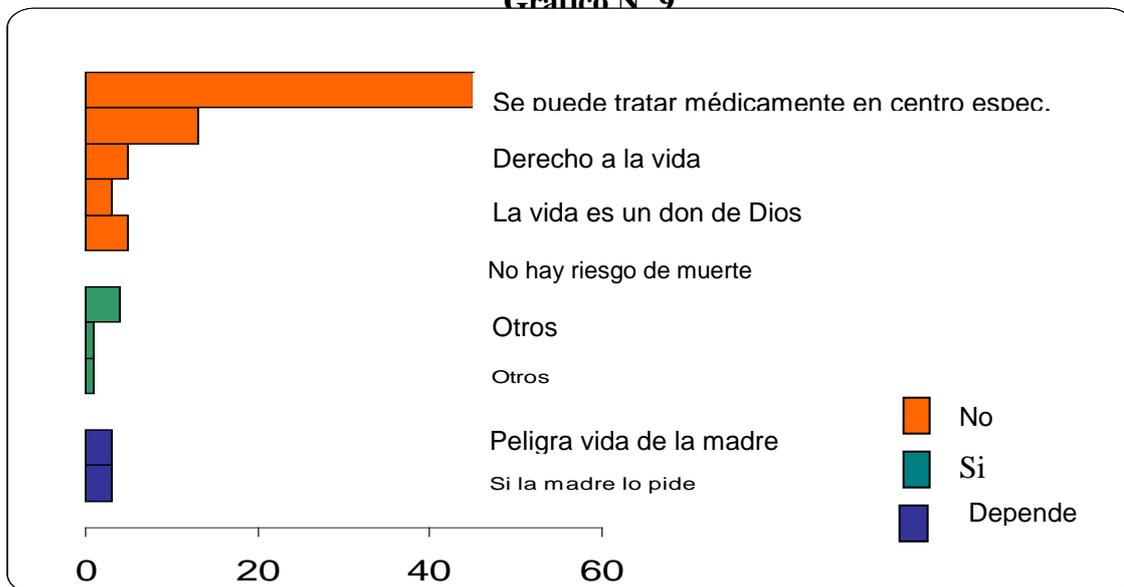


El 80% de los encuestados, manifiesta que no debería practicarse el aborto si la madre padece una enfermedad que pueda afectar al niño. Solo el 14% manifiesta que debe procederse al aborto.

Tabla N° 9

No		
Se puede tratar médicamente en centros especializados	106	45%
Derecho a la vida	60	13%
La vida es un don de Dios	22	05%
No hay riesgo de muerte	12	03%
Otros	22	
05%		
Si		
Peligra vida de la madre	18	04%
Perjuicio de la enfermedad	5	
01%		
Otros	5	
01%		
Depende		
Evaluar cada caso	14	03%
Si la madre lo pide	12	03%

No argumenta 18%	85
Total general	461

Grafico N° 9

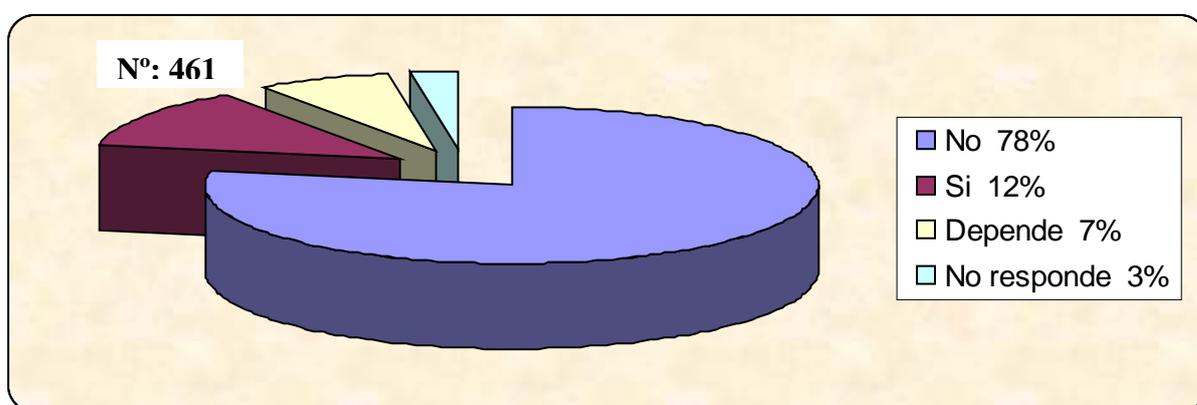
Perjuicio de la enfermedad

Acerca de las opiniones a favor o en contra, el 45% de los encuestados que están en contra del aborto, manifiestan que “se puede tratar médicamente en centros especializados” y el 13% manifiesta el “derecho a la vida”. Entre los que mencionan que se debe realizar el aborto, el 4% manifiesta “cuando peligra la vida de la madre”.

Tabla N°10

Acerca de la pregunta: A una mujer embarazada se le informa, a partir de resultados médicos, que su hijo nacerá con una discapacidad física o mental. ¿Ud. Piensa que el aborto provocado está justificado?

Respuestas	N°	%
No	360	78
Si	58	12
Depende	31	7
No responde	12	3
Total	461	100

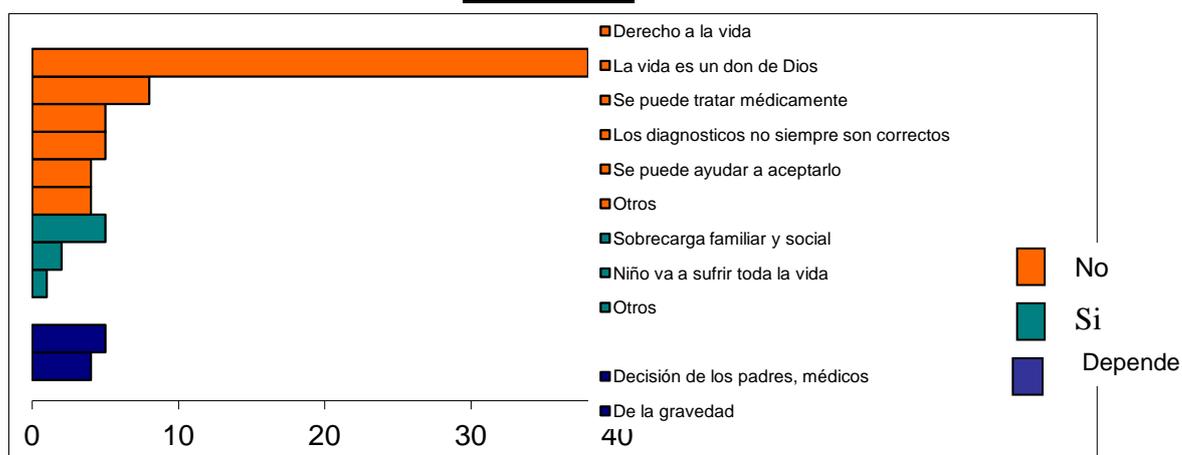
Grafico N° 10

El 79% de los encuestados, menciona que no se justifica el aborto provocado. Solo el 12% menciona que se justifica el procedimiento

Tabla N°11

No	
Derecho a la vida 38%	177
La vida es un don de Dios 8%	36
Se puede tratar médicamente 5%	22
Los diagnósticos no siempre son correctos 5%	21
Se puede ayudar a aceptarlo 4%	17
Otros 4%	17
Si	
Sobrecarga familiar y social 5%	22
Niño va a sufrir toda la vida 2%	10
Otros 1%	6
Depende	
Decisión de los padres, médicos 5%	24
De la gravedad 4%	18
No argumenta 20%	91

GraficoN°11

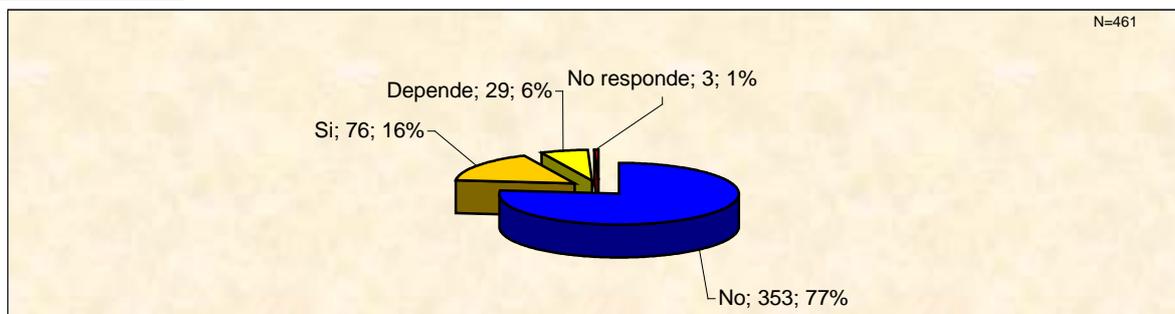


Han respondido en un 38% que a los *nasciturus*³⁸⁰ le asiste el “Derecho a la Vida” y que la vida es un Don de Dios refiere un 8%.

Tabla N° 12: Aborto en caso de violación.

A una mujer le han violado y, como consecuencia, queda embarazada. ¿Se justifica el aborto provocado?

Gráfico N° 12



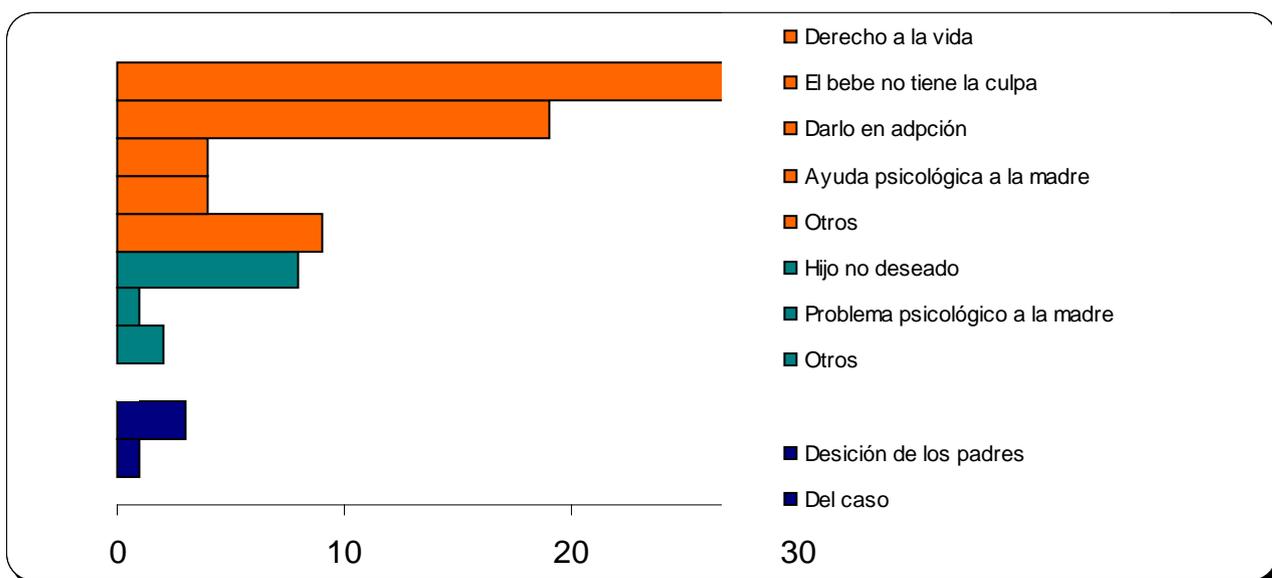
El 77% manifiesta que no debe realizarse el aborto en caso que una mujer violada quede embarazada. El 16% opina lo contrario.

Tabla N° 13

No		
Derecho a la vida	122	27%
El bebe no tiene la culpa	85	19%
Darlo en adopción	18	4%
Ayuda psicológica a la madre	17	4%
Otros	44	9%
Si		
Hijo no deseado	37	8%
Problema psicológico de la madre	7	1%
Otros	10	2%
Depende		
Decisión de los padres	16	3%
Del caso	4	1%
No argumenta	101	22%

³⁸⁰ Nasciturus: el que va a nacer, del Latin.

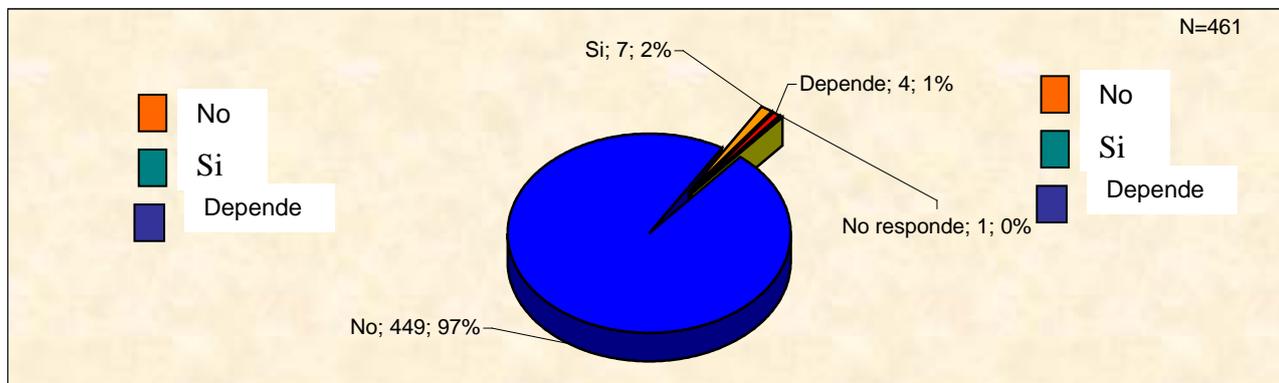
Grafico N° 13



El 27% de los que dicen que no debe realizarse el aborto en estas circunstancias, sostienen el “derecho a la vida” y el 19% manifiestan que “el bebé no tiene la culpa”. En cambio de los que están a favor, el 8% menciona que es un “hijo no deseado” y el 3% manifiesta que la “decisión de los padres”.

Gráfico N° 14: Familia numerosa.

Si una familia numerosa no tiene medios económicos para mantener el hijo que vendrá, ¿se justifica el aborto provocado?

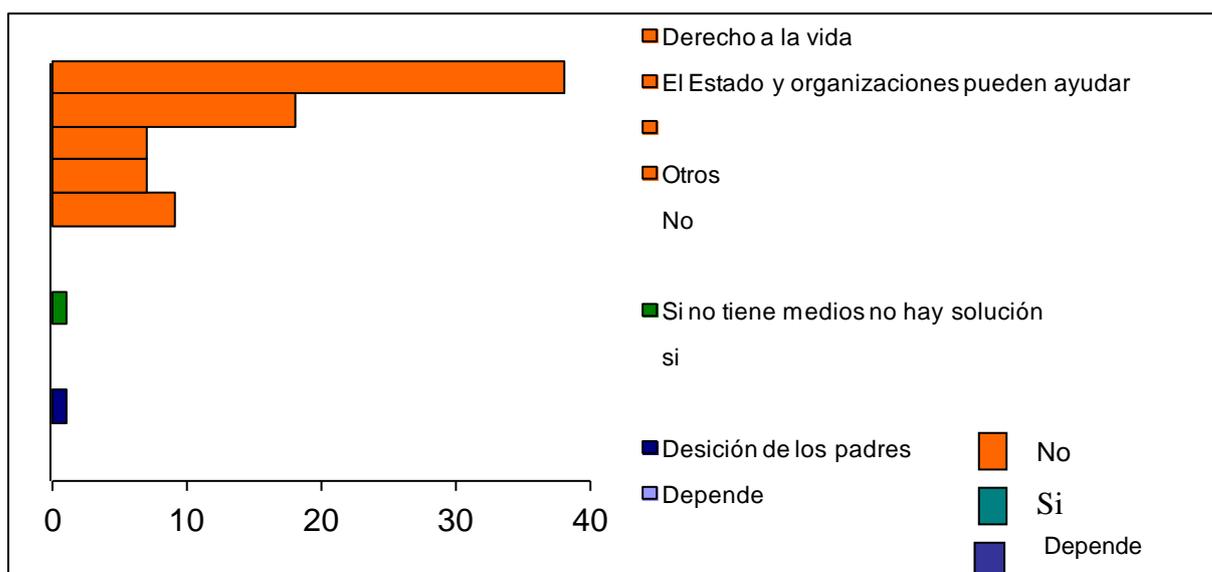


El 97% opina que no se justifica el aborto provocado en familias con condiciones económicas desfavorables. Solo 2% menciona que sí debe realizarse este procedimiento.

Tabla N°15

Respuesta	Cantidad	Porcentaje
No		
Se debe recurrir a la planificación familiar	180	38%
Derecho a la vida	81	18%
El estado y organizaciones pueden ayudar	32	7%
Dar en adopción	32	7%

Otros	41
9%	
Si	
Si no tiene medios no hay solución	4
1%	
Depende	
Decisión de los padres	4
1%	
No argumento	87
19%	

Grafico N°15

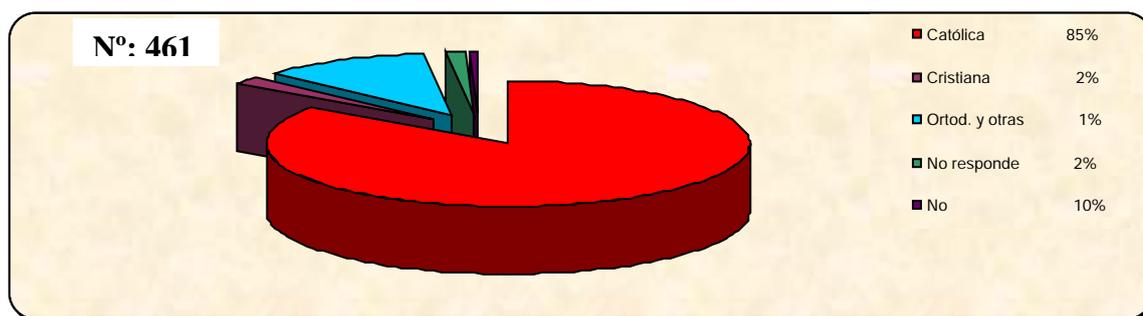
Entre las opiniones acerca de cómo evitar el aborto:

El 38% manifiesta que “se debe recurrir a la planificación familiar”, el 18% sostiene el “derecho a la vida”. Un 7% opina que “el estado y organizaciones pueden ayudar” y otro 7% menciona como solución “dar en adopción”.

Tabla N° 16: Religión

¿Ud. adhiere a alguna religión?	N°	%
Si	404	88
No	51	10
No responde	6	2
Total	461	100

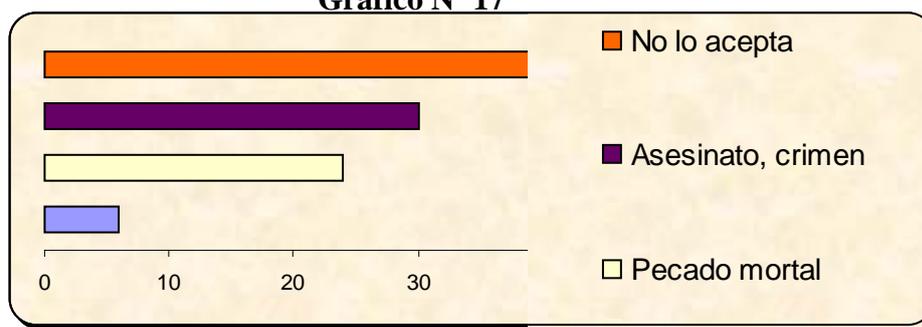
Religión	N°	%
Católica	390	85
Otras denominaciones cristianas	11	2
Ortodoxa y otros	3	1
Total	404	88

Grafico N°16

Solo el 10% manifiesta no adherirse a alguna religión. El 88% de los encuestados profesa alguna religión; de estos, el 85% profesa la religión católica y el 3% otras denominaciones cristianas u ortodoxas.

Tabla N° 17

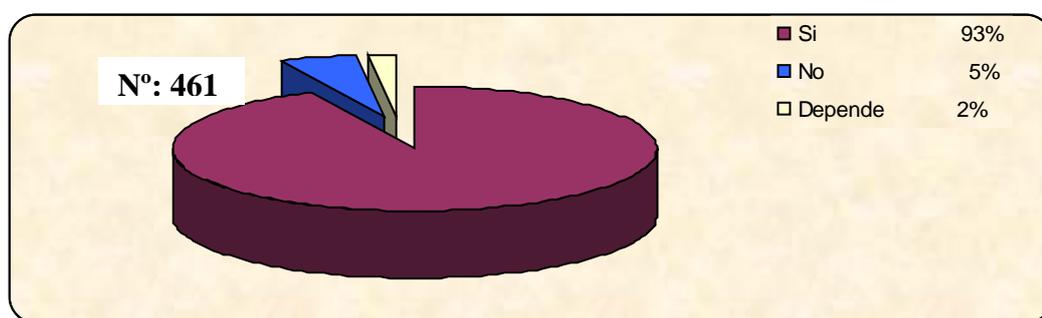
¿Cómo considera su religión el aborto provocado?	N°	%
No lo acepta	136	40
Asesinato, crimen	106	30
Pecado mortal	84	24
Otros	18	6
Total	344	100

Grafico N° 17

De 344 encuestados, el 40% manifiesta que su religión no acepta el aborto provocado. El 30% dice que se considera al aborto provocado como asesinato o crimen y un 24% manifiesta que es considerado como pecado mortal.

Tabla N° 18

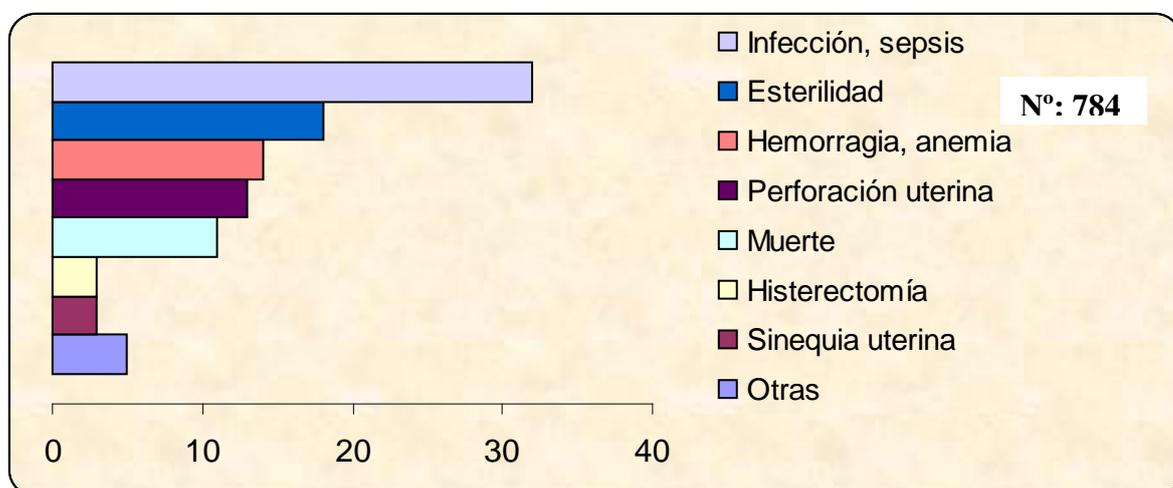
¿El aborto provocado produce consecuencias en la mujer?	N°	%
Si	420	93
No	22	5
Depende	8	2
No responde	1	0
Total	461	100

Grafico N° 18

¿El aborto provocado produce consecuencias en la mujer? ¿Cuales?

Físicas

Infección, sepsis	254	32%
Esterilidad	145	18%
Hemorragia, anemia	110	14%
Perforación uterina	104	13%
Muerte	85	11%
Histerectomía	27	3%
Sinequia uterina	23	3%
Otras	36	5%

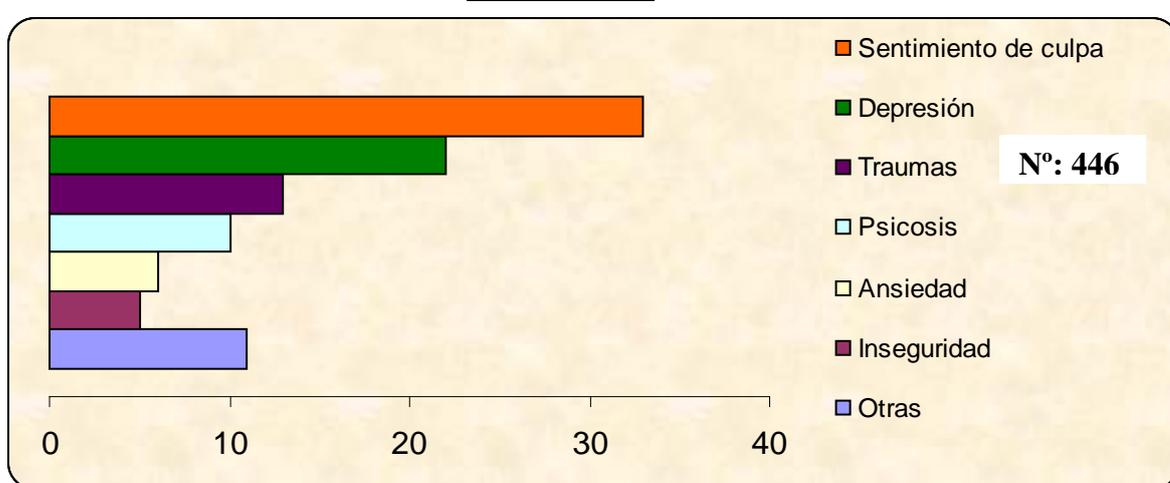
Grafico N° 19

El 93% manifiesta que el aborto provocado produce consecuencias en la mujer. Respecto a las consecuencias físicas, un 32% menciona que se produce “infección, sepsis”, un 18% “esterilidad” y un 11% manifiesta “la muerte”, entre otros.

Tabla N° 20

Psíquicas		
Sentimiento de culpa	149	33%
Depresión	100	22%
Traumas	57	13%
Psicosis	47	10%
Ansiedad	27	6%
Inseguridad	24	5%
Otras	42	11%

Grafico N° 20



Manifiestan acerca de las consecuencias psíquicas, los siguiente un 33% dice que existe “sentimiento de culpa”, 22% que se produce “depresión”, 13% manifiesta que acarrea “traumas” y un 10% que lleva a la “psicosis”.

Conclusiones y comentarios

La mayoría de los profesionales que accedieron a responder el cuestionario, fueron de Asunción y el Departamento Central, jóvenes del sexo femenino, médicos y de estado civil casados.

La gran mayoría de los encuestados (92%), manifiesta conocer que la vida humana se inicia desde la concepción.

En el código penal de 1997 el aborto provocado esta penalizado en todas las causales, estando sin embargo exento de responsabilidad el aborto indirecto.

En esta investigación vemos que existe un gran desconocimiento de la ley al respecto, pues solo el 45% afirma que esta penalizado en todos los casos.

Se ha cuestionado sobre varias causales en que se propugna el aborto provocado, estos fueron:

El 80% manifiesta que no se debe practicar el aborto terapéutico y la mayor argumentación menciona que los casos se deben tratar en Centros especializados o de complejidad y en segundo lugar manifiestan el derecho a la vida.

En el caso del aborto eugenésico, el 79% de los encuestados afirman que no se debe realizar, siendo el mayor argumento el derecho a la vida y en segundo lugar manifiestan una explicación religiosa: la vida es un don de Dios.

El 77% de los encuestados opina que no debe realizarse el aborto en los casos de embarazo a consecuencia de una violación. El mayor argumento recae en torno al derecho a la vida.

Acerca del cuestionamiento si el aborto se debe realizar a consecuencia de problemas socioeconómicos de la familia, el rechazo escala al 97%, siendo la argumentación mayoritaria que se debe recurrir a la planificación familiar.

La mayoría de los encuestados profesa una religión, siendo la católica la predominante y se considera que esta condición ha influenciado en muchas de las respuestas.

Se percibe que la gran mayoría tiene conocimientos sobre las consecuencias físicas que conlleva en la mujer la realización del aborto; y en menor proporción sobre las consecuencias síquicas.

Aunque no es una encuesta nacional y se realizó solo entre profesionales de la salud; se puede inferir que en el Paraguay prima una cultura de valorización de la vida humana desde el momento de la concepción.

Recomendaciones

Se debe dar énfasis en los siguientes puntos:

Difusión de las leyes que regulan el aborto provocado sobre todo a los estudiantes y profesionales del área de la salud.

Crear espacios para debatir, informar y educar con más periodicidad en los distintos ámbitos de la sociedad paraguaya: jóvenes, padres de familias, educadores, profesionales del ámbito del derecho, de la teología, de la medicina, enfermería, obstetricia, etc.

Fomentar la cultura del derecho de la vida a través de:

- a. Charlas cursos, talleres, congresos
- b. Afiches
- c. Utilizando los medios modernos de comunicación: radio, televisión, prensa escrita e Internet.
- d. Elaboración de libros, revistas, etc.

Bibliografía

1. Isrnajovich B. La instauración del embarazo, gametogénesis, fertilización y nidación. Desarrollo del embrión en sus primeros estadios En Ruoti, A Obstetricia y Perinatología. a Ed. Efacim. Paraguay 1992: 137-147.
2. Croxatto H, Ortiz E, Morales P. Transporte ovular. Migración espermática. Fecundación. Desarrollo preimplantacional. En Perez Sánchez, Donoso en Obstetricia 2da. Edición Publicaciones Técnicas Mediterráneo- Santiago Chile 1992: 55-70.
3. Montenegro M, Barros C. Desarrollo embrionario y elementos de fetación. En Pérez Sánchez, Donoso en Obstetricia 2da. Edición Publicaciones Técnicas Mediterráneo- Santiago Chile 1992: 71-82.
4. Honnefelder L. Naturaleza y estatus de embrión. Aspectos filosóficos. Cuaderno de Bioética. Galicia, Vol. VIII, No. 31, 3a 1997:1034-1047.
5. Pager G. Embrión- Hombre- Persona. Acerca de la cuestión del comienzo de la vida Personal. Cuadernos de Bioética. Galicia, Vol. VI11, No. 31, 3a 1997: 1048-1062.

6. Sgreccia E. Identidad y estatuto del embrión humano. *Medicina e Morale* suplemento al nro. 41989. Univ. Cattolica S.Cuore: 39-49.
7. Sgreccia E. *Bioética: Manuale per Medici e biologi*. Ed. Vita e Pensiero- Italia 1987: 181-215.
8. Serani A. El Estatuto Antropológico y ético del embrión humano. *Cuadernos de Bioética*. Galicia, Vol. VIII, No. 31, 3~. 1997: 10631073.
9. Colombo R. La Naturaleza y el estatuto del embrión humano. *Medicina y Etica Univ. Anahuac*. México. 1998/4:437443.
10. El Aborto- 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos. Edic. Palabra- Madrid- 1991: 7-93.
11. Ruoti M. Aborto y Anticoncepción en le adolescencia. V Congreso Paraguayo de Ginecología y Obstetricia 1984: 129-144.
12. Rojas de Puerto, E. Aborto Séptico VI Congreso Paraguayo de Ginecología y Obstetricia 1988: 277-286.
13. Ibarra H, González L. Aborto Séptico. VI Congreso Paraguayo de Ginecología y Obstetricia 1988: 588-564.
14. Zayas E, Arbo C. Aborto Séptico en Ruoti y col. *Obstetricia y Perinatología*. Ed. Efacim- Paraguay 1992: 381-389.
15. Ruoti A. Interrupción del embarazo en Obstetricia y perinatología. Ed. Efacim. Paraguay 1992: 833-835.
16. Molina R. Aborto En: Pérez Sánchez, Donoso. *Obstetricia* 2da. Edición Publicaciones Técnicas Mediterráneo – Santiago Chile 1992: 455-474.
17. Casey P. Psychological Effects of abortion- *Desicions-* June 12-Vaticano. 1996: 7-8.
18. Verdier P. El aborto y el síndrome Post Aborto en el Uruguay. *Cuad. De Bioética* Nº.11. 3ra., 1992 Santiago de Compostela: 53-54.
19. Gilchrist A, Hanaford Y, Frank P, Kay C. Termination of pregnancy and psychiatric morbidity. *British Journal of psychiatry*. 1995; 167:243-248.
20. Borges T. Aspectos psicologicos do aborto En *Questoes de bioetica: O valor, a beleza e a dignidade da vida humana*. Bioetica CNBB Brasilia 1999:53-62.
21. Código penal del Paraguay. Ley 1160/97. *Bibliografía Jurídica del Paraguay*. S.R.L. Asunción, 1997: 150-152.
22. Buga GA. Attitudes of medical students to induced abortion. *East Afr Med J*. 2002 May; 79(5): 259-62.
23. Farr A, Ryan E, Marshall H. Teligon, Conscience, and controversial Clinical Practices *N Engl J Med* 2007; 356:593-600.
24. Rivarola J. Actitudes y conocimientos de los alumnos de enfermería I.A.B. – U.N.A. *Pediatría* Vol. XXIV suplemento 1. Primer Congreso Paraguayo de Adolescencia. Agosto 1997: 108.
25. Ruoti M, Hermosilla D. Perspectiva de las/los jóvenes sobre los aspectos de su salud. *EDUNA* Asunción, 1996: 72-74.
26. Ruoti M, Simancas L. Sexualidad y embarazo en adolescentes. *Efacim UNA* Nº 39, 1993:52-85.
27. Ruoti M, Fernández H. Factores determinantes del Aborto inducido Tesis Universidad Nacional de Asunción. Instituto Doctor Andrés Barbero. Escuela de Servicio Social 1982:83-84.
28. Da Silva M, Tejera V, Peris A. Complicaciones del aborto. Cuarto Congreso Paraguayo de Ginecología y Obstetricia. Mayo 1980: 19-40.
29. Ruoti A. Aspectos Epidemiológicos del Aborto en Paraguay Cuarto Congreso Paraguayo de Ginecología y Obstetricia. Mayo 1980: 41-79.

30. Bataglia V, Strubing E. Complicación grave del aborto provocado en el Instituto de Prevision Social. Cuarto Congreso Paraguayo de Ginecología y Obstetricia. Mayo 1980: 292-294.
31. Ruoti A. Aborto y anticoncepción en la adolescencia. Quinto Congreso Paraguayo de Ginecología y Obstetricia. Mayo 1984: 129-144.
32. Bentiez D, Cazal H. Aborto séptico. Quinto Congreso Paraguayo de Ginecología y Obstetricia. Mayo 1984: 466-467.
33. Fleitas A. Aborto séptico En Ginecología y Obstetricia. Asunción Junio 1988: 35-38.
34. Rojas del Puerto E. Aborto séptico. Sexto Congreso Paraguayo de Ginecología y Obstetricia 1988: 277-286.
35. Ibarra H, González L. Aborto séptico. Sexto Congreso Paraguayo de Ginecología y Obstetricia 1988: 558-264.
36. Gines A. Factores Condicionantes del aborto y su impacto en la mortalidad materna. ED. Litocolor. Asunción 2002.

DIAGNOSIS GENÉTICA PREIMPLANTATORIA, INDIVIDUO Y SOCIEDAD
Rodrigo Serrano Spoerer

LC. Profesor de bioderecho. Facultad de bioética – Pontificio Ateneo Regina Apostolorum, Roma. Mail: rserrano@upra.org

En abril de 1990 nace el primer ser humano sometido previamente a una diagnosis genética preimplantatoria (DGP). De acuerdo con el equipo que la llevo a cabo, una de las finalidades de esta nueva técnica era ofrecer a las parejas portadoras de una enfermedad genética ligada al cromosoma X la posibilidad de evitar la transmisión de dicha enfermedad a sus hijos, sin tener que recurrir para ello a la difícil decisión del aborto³⁸¹. Desde entonces, esta técnica se ha extendido cada vez más en el mundo occidental y hoy en día se puede considerar como una práctica normalmente aceptada en el ámbito de la FIV, como un método precoz de diagnóstico prenatal.

Según los datos ofrecidos por el *ESHRE PGD consortium*, durante el año 2007, en los 57 centros de todo el mundo que agrupa, se realizaron 5887 ciclos para la obtención de óvulos, de los cuales se alcanzaron un total de 1526 embarazos y 1206 nacimientos³⁸². Esto indica una tasa cercana al 20% de nacimientos por ciclo realizado. Ahora bien, conviene aclarar que de esos ciclos se obtuvieron 68568 óvulos, de los cuales 40713 lograron ser fertilizados, 28998 sometidos a la diagnosis genética preimplantatoria y sólo 7183 trasferidos en el útero materno³⁸³. Teniendo presente estas cifras vemos que menos del 5% de los embriones producidos para ser sometidos a este método de diagnóstico llegaron algún día a ver la luz.

Estos datos que son elocuentes nos meten de cara al problema ético central que está detrás de esta práctica: cuál es el estatuto del embrión humano en la fase previa al implanto en el útero femenino. De una lectura de los documentos emitidos por diversos comités de bioética, se aprecia que, a pesar de considerarse el tema como un aspecto ético fundamental, éste se deja en suspenso o, en el mejor de los casos se ilustran las diversas posiciones y muy pocos toman una postura clara al respecto. A modo de ejemplo, el informe de la Comisión de Bioética ante la Cancillería Federal del gobierno austríaco dice literalmente:

Los problemas éticos y legales se concentran en preguntas tales como: ¿El embrión tiene algún título que le otorgue la dignidad humana o el derecho a la vida? ¿El estatuto ontológico, moral y legal de un embrión in vitro es distinto del estatuto de un embrión in vivo? ¿El embrión puede ser objeto de comercio junto con otros objetos que reciben una alta protección legal o bien –sin tomar en cuenta las consecuencias para las parejas involucradas– está fuera de los límites de dichas consideraciones?³⁸⁴.

³⁸¹ cf. A. H. HANDYSIDE - E. H. KONTOGIANNI - K. HARDY, «Pregnancies from biopsied human preimplantation embryos sexed by Y-specific DNA amplification», *NATURE* 344 (1990), 768.

³⁸² cf. J. C. HARPER ET AL., «ESHRE PGD consortium data collection X: cycles from January to December 2007 with pregnancy follow up to October 2008», *HUMAN REPRODUCTION* 25, 11 (2010), 2685-2707.

³⁸³ cf. *Idem*, tabla en la p. 2687

³⁸⁴ BIOETHICS COMMISSION AT THE FEDERAL CHANCELLERY, *Preimplantation genetic diagnosis (PGD): Report of the Bioethics Commission at the Federal Chancellery*, Viena 2004, 2. «The ethical and legal problems concentrate on questions such as: Is the embryo entitled to human dignity and protection of his life? Is the ontologic, moral and legal status of an embryo

Algo semejante expresa el Comité Nacional de Bioética francés cuando indica que «los distintos puntos de vista en relación con la DGP dependen del estatus garantizado al embrión»³⁸⁵. Así mismo, en una relación hecha al Consejo Nacional de Ética para las Ciencias de la Vida de Portugal, Fernando J. Regateiro indicaba que: «las cuestiones éticas más relevantes asociadas al DGP, se relación con el hecho de poder dar lugar a la destrucción de embriones producidos “in vitro”, en los que sean detectadas anomalías genéticas asociadas a la expresión de enfermedades o deficiencias graves durante su sucesivo desarrollo fetal o post-natal precoz o tardío, en el caso de que fuesen transferidos en el seno materno»³⁸⁶.

No se puede negar la influencia que, en el tema del estatuto del embrión, generó el informe Warnock al introducir del concepto de *pre-embrión* para referirse al *producto de la fertilización* en los primeros 14 días de su desarrollo³⁸⁷. Más aún, el simple hecho

in vitro different to the status of an embryo in vivo? Can the embryo be an object of a tradeoff with other objects of high legal protection or is it – irrespective of the consequences for couples involved – off limits to such considerations?» (La traducción al español es mía, el texto en inglés es el ofrecido por la misma institución).

³⁸⁵ COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE POUR LE SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ, *Opinion n° 107, Opinion on ethical issues in connection with antenatal diagnosis: Prenatal diagnosis (PND) and Preimplantation Genetic Diagnosis*, Paris, 2009, 8 (La traducción del texto en inglés ofrecido por ese organismo es mía).

³⁸⁶ F. J. REGATEIRO, *Relatório dobre “diagnostico genético pré-implantação”*, Conselho Nacional de ética para as Ciências da Vida, 2007, 13 (La traducción del portugués es mía).

³⁸⁷ La Comisión Warnock estaba compuesta por 16 expertos en materias que abarcaban desde la embriología hasta la teología. Según lo expresado por la Baronesa Mary Warnock, todos compartían el deseo de que ni la ignorancia ni el prejuicio pudiesen determinar el resultado del informe. La Comisión determinó que las reglas deberían ser diseñadas para proteger a los pacientes de la explotación, de las falsas promesas falsas, de los honorarios excesivos y de los tratamientos peligrosos, así como controlar la investigación con embriones humanos. Asuntos como el consentimiento libre e informado fueron, por lo tanto, algo primordial en sus deliberaciones. La comisión tuvo que pronunciarse acerca del estatuto moral y jurídico de los embriones humanos vivos, creados *in vitro*. Éste no era un tema científico, ni podría existir una opinión religiosa o moral pre-existente, debido a lo novedoso del mismo. Concluyeron que tales embriones se merecían un estatuto moral especial en cuanto podrían tener el potencial de transformarse en un ser humano, pero que no se merecían los mismos derechos que una persona individual completamente desarrollada (esto estaba en el conflicto con la visión de la Iglesia Católica, según la cual, el ovocito fertilizado recibe el mismo estatuto moral). También se requería un límite sobre cuánto tiempo podían ser guardados intactos los embriones humanos producidos *in vitro*. La comisión tomó la decisión, aprobada por la mayoría de sus miembros, sobre la base de la opinión de especialistas en embriología (en particular de Anne McLaren), según la cual este límite eran los 14 días o la formación de la línea primitiva (la indicación morfológica que indica la gastrulación). En este fase de desarrollo, las capas germinales definitivas y los primeros signos de desarrollo del sistema nervioso comienzan a aparecer, y las células del epiblasto (la capa de células del embrión una vez implantado que dará lugar a la formación de feto) empiezan a perder su pluripotencialidad (la habilidad para generar cualquier tipo de célula en el recién nacido). Ésta es también la última etapa en la que puede ocurrir la gemelación. Estos criterios morfológicos eran los únicos disponibles en el año 1984. En efecto, el primer gene señalador para la gastrulación, *brachyury*, no fue identificado sino hasta 1990. El límite de los 14 días ha sido asumido extensamente en otras legislaciones alrededor del mundo. En la práctica, un embrión humano en cultivo no será capaz de un desarrollo normal después de aproximadamente 7 días, la etapa en el cual normalmente se implantaría en el útero. (cf. R.

de que esta práctica se presente como un medio para evitar un aborto ya dice mucho de la consideración que se tiene por el embrión aún no implantado. Por otra parte, según un estudio encargado por la Comisión Europea, el embrión humano se puede considerar dentro de la categoría de tejido humano, puesto que, al tocar el tema del marco legal europeo dentro de cual se puede colocar la diagnosis preimplantatoria, hace alusión a la directiva 2004/23/EC sobre tejidos humanos y líneas de células estaminales³⁸⁸.

De esta situación se desprende una paradoja: por una parte los comités de bioética hacen ver que la cuestión del estatuto del embrión no está resuelta y que es el tema ético fundamental que está detrás de la diagnosis preimplantatoria y, por otra, vemos que los organismos de gobierno a los cuales pertenecen dichos comités, en su gran mayoría, han dado luz verde a esta práctica³⁸⁹. A la luz de los datos indicados anteriormente, vemos que no es una cuestión banal, que se pueda decidir por simple mayoría de votos, el determinar la suerte más de 40000 individuos de la especie humana. Con G. Herranz, podemos decir lo siguiente:

Después de Warnock, se ha llegado a un pacto entre la gente “educada” de no hablar ya más del tema. Lo que se lleva, lo que constituye la “ortodoxia” científica vigente, es ignorar la consistencia ontológica del embrión y tenerlo por una noción funcional. El embrión humano inicial, en la versión “oficial” se ha convertido en una entidad éticamente neutra, de modo que nuestras relaciones con él carecen de significación moral. La manipulación y destrucción de embriones humanos jóvenes no ha de preocupar a la ley, con tal de que tales operaciones se realicen con la autorización de un Organismo administrativo de control³⁹⁰.

A fin de cuentas, se impone la ley del más fuerte que pasa por sobre los derechos de quien es absolutamente indefenso y que no tiene medio alguno para poder manifestar su voz en la sociedad. Surge entonces la pregunta acerca del concepto de persona y de sociedad que existe detrás de algunas posturas que defienden esta práctica.

Si afirmamos el carácter personal, o al menos humano, del embrión debemos buscar cuáles son los mejores instrumentos para su defensa. En este sentido, puede ser de mucha utilidad el principio de la *vulnerabilidad humana e integridad personal*, consagrado en el artículo 8 de la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* de la UNESCO³⁹¹. Sin embargo, pareciera ser que el embrión humano no tiene lugar dentro de la categoría de los individuos o grupos especialmente vulnerables: Dentro de las pautas éticas para la investigación dadas por el Consejo Internacional de Organizaciones Médicas (CIOMS), en el número 13 indica quiénes se deben considerar

LOVELL-BADGE, «The regulation of human embryo and stem-cell research in the United Kingdom», *NATURE* 9 (2008) 999).

³⁸⁸ cf. EUROPEAN COMMISSION (EUROPEAN SCIENCE TECHNOLOGY OBSERVATORY), *Preimplantation Genetic Diagnosis in Europe* Joint Research Centre (Institute for Prospective Technological Studies) EUR 22764 EN, Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburgo 2007, 10.

La *Directiva 2004/23/C* fue publicada en el *Diario Oficial de la Unión Europea* con fecha del 7 de abril de 2004 (cf. L 102/48 – L 102/58) y en el art. 31 daba un plazo de dos años a los estados miembros para adecuar su normativa interna a las disposiciones de esta directiva.

³⁸⁹ En Europa las excepciones que prohíben legalmente esta práctica son la excepción: Italia, Irlanda, por ejemplo

³⁹⁰ G. HERRANZ, «Ética de las intervenciones sobre el embrión preimplantado», *Anuario Filosófico* 27 (1994), 130.

³⁹¹ El texto de la declaración dice expresamente: «Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se debería tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos y grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos».

vulnerables y, por lo visto, el ser humano en su estado embrionario no alcanza a gozar de dicho privilegio³⁹².

El camino de la defensa de la vida humana en todas sus fases no es fácil, actualmente son demasiados los intereses económicos, políticos e ideológicos involucrados. Defender la vida desde la concepción no significa caer en un fideísmo o vitalismo a ultranza o sin razón. Siguiendo a F. Chomalí, se trata simplemente de hacer justicia a los datos que la ciencia nos revelan acerca del embrión: «A la luz de los datos que aporta la ciencia, se percibe que no estamos en presencia de un potencial ser humano que se halla en un proceso de humanización, sino de un ser humano que, si no lo ha sido desde el momento de la fecundación, no llegará a serlo nunca»³⁹³. Ante esto, el mismo autor sostiene que

Frente a la discusión de si el embrión es o no un ser humano y si debe o no ser respetado en cuanto persona, no cabe duda alguna de que, ante esa pregunta, se debe otorgar el privilegio de la duda, lo que implica que frente a la sola posibilidad de que lo sea hay que abstenerse de realizar cualquier acto que pudiese atentar en su contra. Resulta razonable y de alto valor ético cuidar la vida desde su inicio, más aún si reconocemos que lo que se pone en duda son seres humanos como cada uno de nosotros³⁹⁴.

Alguno podrá pensar que la situación descrita anteriormente es propia de Europa y los Estados Unidos; no obstante, habría que estar un poco ciegos para desconocer el fuerte influjo que dichas sociedades tienen en Latinoamérica. Se trata de una corriente fuertemente secularizante que se manifiesta principalmente en tres aspectos:

1. Visión consumista que valora la vida humana no según el ser, sino que de acuerdo a las capacidades de la persona, sobreponiendo el concepto de “calidad de vida” por sobre aquel de la “sacralidad de la vida”.
2. Visión individualista que tiende a absolutizar la autonomía de la persona, haciendo un derecho el poder disponer de la vida propia o ajena cuando esta “no vale la pena” que sea vivida.
3. Visión cientista que niega un pensar metafísico y todo aquello que no puede ser probado empíricamente. Genera un reduccionismo que equipara la antropología con las ciencias biológicas. Acepta sin mayores cuestionamientos que todo lo que la técnica hace posible, la ética lo puede aceptar³⁹⁵.

Si bien, gran parte de los países latinoamericanos no cuentan con una legislación detallada en esta materia, nos encontramos en un momento en que comienzan a florecer diversas propuestas legislativas en este campo. Creo que estamos ante la posibilidad de rechazar esa corriente secularizante y deshumanizadora que tantas vidas ha dejado en el

³⁹² Entre las categorías allí señaladas se encuentran los niños, los mentalmente discapacitados, los estudiantes de medicina y enfermería, los empleados de los hospitales y laboratorios, los funcionarios de las empresas farmacéuticas, los miembros de las fuerzas armadas o de la policía, los ancianos, los pobres, los desempleados, los pacientes de emergencia, algunos grupos étnicos o raciales minoritarios, los refugiados o inmigrantes, los prisioneros, los pacientes con enfermedades incurables y las mujeres embarazadas. (cf. F. J. LEÓN CORREA, «Bioética e pesquisa biomédica com pessoas vulneráveis na América Latina», in D. L. DE PAULA RAMOS - F. B. RIBEIRO NETO - F. J. LEÓN CORREA - J. C. PETRINI (eds.), *Um diálogo latino-americano: Bioética & Documento de Aparecida*, Núcleo Fé e Cultura - PUC-SP & Difusão Editora, São Caetano do Sul, SP 2009, 188).

³⁹³ F. CHOMALÍ, *Bioética: El valor de la vida humana a la luz de la razón y la fe*, El Mercurio - Aguilar, Santiago de Chile 2009, 125.

³⁹⁴ F. CHOMALÍ, *Bioética*, 132.

³⁹⁵ cf. *Idem*, 110-113.

vacío. Es el ejemplo que ya comienza a dar algunos estados al incluir expresamente en sus constituciones la defensa de la vida en todas sus fases desde la concepción hasta la muerte natural. Con ello, no hacen más que explicitar lo que dice la Convención Americana sobre Derechos Humanos, llamada “Pacto de San José de Costa Rica”: «Toda persona tiene derecho a que se respete su vida» y que «este derecho estará protegido por la ley, y en general, a partir del momento de la concepción»³⁹⁶.

Quisiera terminar con una cita del jurista Hernán Corral T. que, a mi modo de ver, puede resumir de modo correcto el problema ético y jurídico que se presenta ante la cuestión del estatuto del embrión humano. Si no somos capaces de reconocer en cada ser humano una persona semejante a cada uno de nosotros, y por tanto digna de respeto en cualquier circunstancia, con prescindencia de si nos guste o no su apariencia o su estilo de vida, de si es más o menos útil para la sociedad, de si su presencia incomoda o no, etc.; si no somos capaces de esto, el Derecho abdicará de su sentido más profundo, y también cualquiera de nosotros estará expuesto a los abusos más inhumanos si el día de mañana, por las circunstancias que sean, los demás comienzan a valorarlo como bien “valioso” pero ya no como persona. Como sostenía ROMANO GUARDINI “el Derecho o existe absolutamente para todos sin excepción o no existe”.

Si los que están por nacer no tienen derecho a la vida, tampoco ninguno de nosotros puede reclamar que se le reconozca tal derecho. Si el embrión no es persona –nos atrevemos a decir– en realidad ningún ser humano lo es³⁹⁷.

Bibliografía

- BIOETHICS COMMISSION AT THE FEDERAL CHANCELLERY (CNB AUSTRIA),
Preimplantation genetic diagnosis (PGD): Report of the Bioethics Commission at the Federal Chancellery, Viena 2004.
- CHOMALÍ, F., *Bioética: El valor de la vida humana a la luz de la razón y la fe*, El Mercurio - Aguilar, Santiago 2009.
- COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE POUR LE SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ, *Opinion n° 107, Opinion on ethical issues in connection with antenatal diagnosis: Prenatal diagnosis (PND) and Preimplantation Genetic Diagnosis*, París 2009.
- CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA (PORTUGAL), *Relatório sobre "Diagnóstico genético pré-implantação"*, Relatório n. 51, Fernando J. Regateiro, 2007.
- CORRAL TALCIANI, H., *Derecho civil y persona humana: Cuestiones debatidas*, LexisNexis, Santiago 2007.
- DE PAULA RAMOS, D. L. - RIBEIRO NETO, F. B. - LEÓN CORREA, F. J. - PETRINI, J. C. (eds.), *Um Diálogo latino-americano: Bioética & Documento de Aparecida*, Núcleo Fé e Cultura - PUC-SP & Difusão Editora, São Caetano do Sul, SP 2009.
- EUROPEAN COMMISSION (EUROPEAN SCIENCE TECHNOLOGY OBSERVATORY),
Preimplantation Genetic Diagnosis in Europe, Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburgo 2007.
- HANDYSIDE, A. H. - KONTOGIANNI, E. H. - HARDY, K., «Pregnancies from biopsied human preimplantation embryos sexed by Y-specific DNA amplification», *NATURE* 344 (1990), 768-770.

³⁹⁶ Artículo 4.1. En el artículo 3, en relación con el artículo 1.2, además dispone que todo ser humano tiene derecho al reconocimiento de su personalidad.

³⁹⁷ H. CORRAL TALCIANI, *Derecho civil y persona humana: Cuestiones debatidas*, LexisNexis, Santiago 2007, 95.

- HARPER, J. C., ET AL., «ESHRE PGD consortium data collection X: cycles from January to December 2007 with pregnancy follow up to October 2008», *HUMAN REPRODUCTION* 25, 11 (2010), 2685-2707
- HERRANZ, G., «Ética de las intervenciones sobre el embrión preimplantado», *Anuario Filosófico* 27 (1994), 117-135.
- LEÓN CORREA, F. J., «Bioética e pesquisa biomédica com pessoas vulneráveis na América Latina», in D. L. DE PAULA RAMOS - F. B. RIBEIRO NETO - F. J. LEÓN CORREA (eds.), *Um diálogo latino-americano: Bioética & Documento de Aparecida*, Núcleo Fé e Cultura - PUC-SP & Difusão Editora, São Caetano do Sul, SP 2009, 179-190.
- LOVELL-BADGE, R., «The regulation of human embryo and stem-cell research in the United Kingdom», *NATURE* 9 (2008), 998-1003.
- REGATEIRO, F. J., *Relatório sobre “diagnostico genético pré-implantação”*, Conselho Nacional de ética para as Ciências da Vida, Lisboa 2007

PRECISIONES CONCEPTUALES EN TORNO A LA INTERRUPCIÓN DE EMBARAZOS CON NIÑOS MALFORMADOS INCOMPATIBLES CON LA VIDA EXTRAUTERINA

Propuesta de una revisión sobre la práctica médica y los juicios morales consecutivos.

Dr. Sergio Valenzuela Puchulu

En respuesta a comentarios del Profesor Alfonso Gomez-Lobo

El motivo de esta presentación es contribuir con algunas precisiones que son necesarias ya que su aporte intenta corregir problemas de conceptos y definiciones para avanzar en una mejor comprensión del problema que se ha discutido en la sociedad civil. Caracterizado por el apasionamiento temático y sin la claridad terminológica que la ocasión requiere.

ABORTO es un acto caracterizado por la intención de privar de su vida a un ser humano en gestación.

ABORTO ESPONTANEO no es en rigor un aborto pues no hay un agente humano que tenga la intención de producirlo. Por eso es más adecuado llamarlo PÉRDIDA como se hace en el lenguaje cotidiano.

En la DEFINICION DE ABORTO, creo que hay un problema porque lo que se define es el acto, no la intención. LA CIE-10³⁹⁸ (Clasificación Internacional de Enfermedades versión n° 10 de la OMS) agrupa en su Capítulo XV: Embarazo, parto y puerperio, los diferentes tipos de aborto, a la vez que en la *lex artis*, este se concibe como “el acto de interrumpir un embarazo antes de que se logre la viabilidad fetal, es decir, que el niño (aceptando la invitación de John Finnis de hablar de niño y no de feto³⁹⁹) llegue a una edad cronológica o a un peso y una talla que le permita vivir fuera del útero materno.

Un embarazo se puede interrumpir, por varias causas, desde el primer día de la concepción hasta el último día antes del parto. En Chile cuando un embarazo se interrumpe ya sea natural, espontánea o artificialmente, antes de las 22 semanas se llama **aborto**, si se interrumpe entre las 23 y las 27 se llama **parto inmaduro**, si ocurre entre las 28 y las 36 semanas se llama **parto prematuro**, si ocurre entre las 37 y las 41 se llama **parto de termino**, si ocurre después de las 42 semanas se llama **parto de post termino**.

Todas estas diferentes fechas se caracterizan por representar hitos cualitativamente significativos en la vida del niño que está por nacer y también por requerir de diferentes técnicas para completar la interrupción del embarazo (es decir, materializar la expulsión desde el útero, de la placenta y/o los restos fetales cuando esto no ha ocurrido en forma completa). Se habla de inducción de parto cuando se van a usar las contracciones del útero para vaciarlo, o de cesárea cuando se va a vaciar el útero anualmente a través de

³⁹⁸ (O00-O08) Embarazo que termina en aborto

(O00) Embarazo ectópico

((O01) Mola hidatiforme

(O02) Otros productos anormales de la concepción

(O03) Aborto espontáneo

(O04) Aborto médico

(O05) Otro aborto

(O06) Aborto no especificado

(O07) Intento fallido de aborto

(O08) Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar

³⁹⁹ “Open Hearts, Open Minds, and Fair-Minded Words,” held on the campus of Princeton University on October 15th and 16th, 2010.

una apertura de su pared anterior, a nivel del segmento cuando esta formado o en la zona equivalente anatómicamente cuando la cesárea es practicada antes de las 34 semanas.

Cuando un embarazo se interrumpe a las 23 semanas, no se puede hablar de aborto. No se requiere de una ley especial para autorizar a los médicos a interrumpir un embarazo a esa edad gestacional. Se ha dicho que un medico puede ser demandado ante la justicia criminal si lo hace, ya que estaría realizando un aborto. Esto es falso ya que por definición (convencional pero universalmente aceptada en el léxico medico, es un parto inmaduro y no un aborto).

Obviamente que el medico puede ser demandado por interrumpir un embarazo en esta edad gestacional, por lo que tiene que tener muy buenas razones para hacerlo y la carga de la prueba corre por su cuenta.

Aquí es donde se concentran la mayor parte de las interrupciones para salvar la vida de la madre cuando la patología médica se presenta. La diferencia con un aborto terapéutico está no solo en la edad gestacional, sino en la intención, ya que el médico desea salvar la vida de la madre, la *que actualmente está en riesgo* (inminente y real, no solo potencialmente) de perderse. El caso mas frecuente y paradigmático es el de la pre-eclampsia severa. El medico intenta salvar la vida de la madre, pero no con la intención y con el fin de matar al niño. Si la muerte ocurre por la inmadurez, es una muerte que no se puede atribuir a la intención del agente.

Otra circunstancia que se invoca en estos casos es un "huevo roto", termino que mas propiamente se llamaría embarazo con rotura prematura de membranas y/o rotura ovular antes de la viabilidad fetal. En este caso, el embarazo ya se interrumpió en su marcha o curso normal y la conducta médica es hacerlo durar prolongando la estadía del feto dentro del útero materno, lo que sea *posible y razonable* sin comprometer seriamente la salud o la vida de la madre. Aquí se mantiene en reposo, se controla con exámenes para vigilar si hay infección y mientras esta no se presente, se mantienen una conducta expectante. Para no confundir con una conducta pasiva o indiferente, la espera se llama *expectación armada*. Quiere decir que aun cuando todo se deja evolucionar a la espera de que el niño gane días, peso y madurez, se espera con la disposición de cambiar el curso de las cosas si hay infección del útero que indique que el aborto se va a comenzar a concretar actual e irremediamente. Incluso si el medico intenta, en ese escenario evitar el aborto natural frenando las contracciones, solo lo puede retrasar algunas horas pero el aborto se producirá aun contra su voluntad y atrasara la única terapia efectiva, que el propio organismo ha reconocido como necesaria. En estos casos el equipo medico realiza un procedimiento llamado *conducción del trabajo de aborto*, que consiste en mejorar la intensidad o la frecuencia de las contracciones que espontáneamente se están produciendo por la infección y los mediadores bioquímicos derivados de la inflamación a nivel de las membranas.

Por lo tanto la palabra **aborto** describe tanto un hecho biológico como un acto humano. Solo posterior al análisis del hecho médico (patología del embarazo) se podrá avanzar en la "tipificación y clarificación del acto moral".

Al referirnos al acto, tenemos que analizar la intención y el fin del agente moral. Se puede interrumpir con el fin de matar al niño. Si este aborto es realizado con conciencia clara de lo que se hace y por que se hace, es un acto Voluntario y directo (moralmente malo).

También se puede interrumpir con el fin de vaciar el útero, cuando se tiene por ejemplo un "producto de la concepción" o fecundación anormal y de él se deriva un embarazo que se llama embarazo molar, para lo cual, el medico debe practicar un aborto o vaciamiento, que es Voluntario y directo, el fin del acto es vaciar el útero de un

producto de la concepción que no es un ser humano y la intención del agente es mejorar la salud de la madre.

Puede ocurrir un aborto al ligar las arterias de las trompas de Falopio, sangrantes en una operación de salpingectomía por un embarazo ectópico. Este es el conocido caso invocado en la teoría del doble efecto. Es el tratamiento medico-quirúrgico de un aborto tubario, (en este caso el aborto ya se produjo o se esta produciendo y se llama aborto tubario)

Se puede producir al sacar el útero, ligar las arterias uterinas o al embolizarlas, cuando hay un embarazo cervical o cornual. Voluntario indirecto, ya que el tratamiento no basa su éxito en la muerte fetal sino en la eliminación o contención de la irrigación que sabemos que va a causar secundariamente la muerte del embrión o feto, pero es lo que el medico intenta controlar porque es lo que esta haciendo que la madre actualmente o en un futuro inminente e impredecible tenga una hemorragia que le produzca la muerte. Pero me refiero a que el tratamiento igualmente esta indicado con independencia de si el feto esta vivo o muerto, por lo tanto el objeto del acto mediante de recuperar la salud de la madre no es matar al feto, sino destruir el territorio arterial y el tejido trofoblástico.

Igual situación ocurriría según el pensar de algunos bioeticistas, con el uso de productos químicos (metotrexate) el que sería voluntario indirecto. Yo no estoy tan seguro, aunque sí se aplica la misma lógica que para analizar el acto anterior ya que el tratamiento no depende su éxito de que el embrión muera.

Puede estar muerto antes y se hace igual. Pero mi duda se plantea por el hecho de que tiene que existir proporcionalidad entre el acto escogido y el valor amenazado. Para analizar el principio del doble efecto, se quiere que el acto a realizar sea bueno (salvar la vida) permitiendo o tolerando, pero no deseando la muerte del niño. En el voluntario indirecto siempre se ha considerado salvar la vida de la madre tolerando la perdida de la vida fetal. En este caso se salva la trompa de la madre a costa de la vida del hijo.

Se puede interrumpir como consecuencia de una operación o un procedimiento para salvar al niño, como es la extracción de un dispositivo intrauterino (DIU). Aquí, el médico extrae el DIU porque hay evidencia de que el embarazo tiene menores posibilidades de complicarse o de abortar aún cuando el procedimiento acepte un riesgo de producirlo o anticiparlo. También se produce la misma situación en embarazos con una Incompetencia cervical, en que se realiza un procedimiento para evitar un aborto tardío o un parto inmaduro, pero el riesgo conocido es que se produzca un aborto.

ABORTO TERAPEUTICO. La palabra griega “therapeia” sugiere la idea de “cuidado para mejorar la condición o la salud de alguien”. Un aborto terapéutico sería entonces un procedimiento en virtud del cual se mata intencionalmente a la hija o hijo para mejorar la salud de la madre. Se suele llamar erróneamente “aborto terapéutico” a algo diferente: a la eliminación de niños o niñas que presentan durante la gestación patologías que permiten predecir que no vivirán mucho tiempo después de su nacimiento.

Más bien habría que acuñar el término **ABORTO PREVENTIVO**, es decir, un acto cuya intención es anticiparse a la muerte que muy probablemente vendrá muy pronto después del parto.

Se suele también aplicar erróneamente la expresión “aborto terapéutico” a otro procedimiento muy distinto, a saber,

INTERRUPCION DEL EMBARAZO PARA SALVAR LA VIDA de la madre. Si la patología que padece la madre es, por ejemplo, una hipertensión por pre-eclampsia que pone en peligro su vida, entonces una intervención que consiste en una cesárea con la intención de salvar a la madre, sabiendo que la hija o el hijo va a morir, pero sin que esta muerte sea la intención del acto, no es un aborto. Esto se ve también con claridad al

considerar el tratamiento que se da al feto. En un aborto el feto es objeto directo de la agresión, en el segundo caso no lo es porque una vez practicada la cesárea se lo deja morir en la forma más humana posible. E incluso se intentará que sobreviva.

ABORTO EUGENESICO. La palabra “eugenesia” sugiere la idea de mejorar la raza y corresponde a ideas ampliamente difundidas en EEUU y Europa, sobretudo en Alemania, a comienzos del siglo XX (con horrendas consecuencias). El aborto eugenésico se suele practicar hoy, por ejemplo, para eliminar niños con síndrome de Down, es decir, niños que pueden vivir muchos años.

Una de las practicas eugenésicas mas frecuentes hoy día es el diagnostico genético preimplantacional. Sin embargo como la eliminación de los embriones portadores de enfermedades o que no comparten su sistema HLA con su hermano enfermo, en el caso de los hijos formados como donantes, ocurre en el laboratorio, no se pueden catalogar de aborto.

DESPENALIZACION es un término eufemístico que suele usarse para evitar hablar de legalización del aborto. Si se elimina toda pena para quien ejecuta un acto éste queda de facto legalizado. En EEUU la decisión de la Corte Suprema *Roe vs. Wade* (1973), al prohibir a los estados imponer penas por el aborto, de hecho legalizó el aborto en todo el país aunque el Congreso Norteamericano no promulgó ninguna ley al respecto.

Juicios éticos

Los juicios éticos deben ser justificados apelando a un principio normativo. En este caso el principio que todo chileno o chilena con uso de razón debería estar en condiciones de aceptar que es éticamente incorrecto privar de su vida a otro ser humano. ¿Por qué? Porque la vida es el bien humano fundamental que nos permite gozar de todos los demás bienes. Privar a alguien de su vida es hacerle el daño máximo.

Entre los derechos humanos, el derecho a la vida es reconocido como el más fundamental y si un recién nacido tiene derecho a su vida, también la tiene ese mismo ser humano antes de nacer, pues se trata de su misma vida. El parto no la ha cambiado, salvo en el modo de dependencia de su madre. Se trata, además, de un derecho universal e igualitario. Nadie tiene más derecho a su vida que otro.

Si aceptamos que El **ABORTO** es en general éticamente inaceptable pues su intención es hacer un daño enorme. **YO DIRIA QUE EL objeto DEL ACTO ES MALO! AUN CUANDO SU INTENCION SEA BUENA** (salvar a la madre de una angustia por un embarazo producto de una violación, o de un embarazo gemelar en que uno de los niños sea sacrificado para darle mas oportunidades a otro). En el lenguaje de la ética principialista de Beauchamp y Childress y luego ordenada por principios de primer y segundo nivel por D. Gracia, diríamos que la beneficencia (acto de compasión para con la madre) no puede anteponerse a la no maleficencia (matar un ser humano en etapa de desarrollo intrauterino)

Un **ABORTO TERAPEUTICO** no es éticamente justificable porque la salud, si bien es un bien humano muy importante, no tiene el peso del bien de la vida. La salud a menudo puede recuperarse. Nadie se recupera de la muerte. Esto en general se aplica salvo en el caso en que efectivamente es terapéutico **EL CASO DEL ABORTO EN UN EMBARAZO MOLAR ES TERAPEUTICO Y MORALMENTE JUSTIFICADO E INCLUSO MANDATORIO.**)

El **ABORTO PREVENTIVO** (algunos lo llaman erróneamente terapéutico a este tipo de aborto) tampoco es éticamente correcto pues la probabilidad de una muerte próxima no justifica el provocarla otra intencionalmente Un argumento que se suele ofrecer es que el aborto preventivo mitigaría el dolor de una madre que debe esperar a que nazca una hija o hijo defectuoso. Personalmente dudo que sea menos doloroso el saber que ese

hijo ha sido intencional y violentamente eliminado en vez de haber muerto en paz en sus brazos.

Aquí me parece que radica un problema mayúsculo, porque la muerte en paz, no tiene el mismo correlato empírico de lo vivido y observado por los padres, quienes tiene en sus brazos a un hijo que suele morir con aflicción respiratoria, sufren de cianosis, se ahogan, etc. Esto no todos los padres son capaces de tolerarlo. Por lo que se debe anticipar estas situaciones con un adecuado manejo multiprofesional, en unidades que permitan a los padres prepararse para ello y ayudarlos en los momentos que ocurra, en algunos casos relevándolos del cuidado pre-mortem del niño. Nuestro trabajo en la Unidad de Acompañamiento a estos padres fue publicada en la revista Chilena de Obstetricia y Ginecología⁴⁰⁰)

El ABORTO EUGENESICO no es éticamente aceptable pues un ser humano con un defecto genético u otra enfermedad tiene igual derecho a su vida que el que tiene un individuo sano y bien dotado (en Chile se puede hacer referencia a este tratado)⁴⁰¹. Abandonar el igual derecho a la vida de los débiles tiene consecuencias nefastas para todos.

⁴⁰⁰ ASISTENCIA A PADRES DE EMBARAZOS CON RECIEN NACIDOS CON PROBLEMAS VITALES*
Drs. *Pablo Valenzuela F., Sandra Ahumada G., Ana María González A., Carmen Quezada V., Sergio Valenzuela P., Ana María Sougarret S., Luis Martínez M.* Departamento de Obstetricia, Ginecología y Neonatología, Hospital Clínico J. J. Aguirre, Universidad de Chile .

⁴⁰¹ Organismo :MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES. Título :Promulga Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad, adoptado en Ciudad de Guatemala, Guatemala, el 7 de junio de 1999 durante el Vigésimo Noveno Período Ordinario de Sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos Minusválidos. Lisiados. Discapacitados. Inicio Vigencia :20-06-2002.

POLÍTICA DE SALUD EN MATERIA DE ABORTO EN ESPAÑA: UN EJEMPLO A NO SEGUIR⁴⁰²

Luis Vivanco**, *Blanca Bartolomé**, *Montserrat San Martín**

*Centro de Investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR). Plataforma de Investigación Bioética. Logroño, España. Email: lvivanco@riojasalud.es

**Departamento de Matemáticas y computación. Universidad de La Rioja. Logroño, España.

Introducción

El aborto voluntario es uno de los temas más escabrosos en el campo bioético español debido principalmente a que en su tratamiento influyen factores que van más allá de la mera valoración biomédica. Entre ellos han adquirido especial relevancia los de orden político e ideológico en desmedro de otros que resultan, de cara al problema, mucho más importantes. De ahí la necesidad de partir desde un razonamiento riguroso y libre de todo tipo de prejuicio, error o engaño. No obstante, este tipo de enfoque no deja de ser una tarea ardua y compleja aunque no por ello menos necesaria. Una revisión profunda de la literatura que aborda el aborto voluntario, también llamado inducido, pone en evidencia que se está ante un hecho que ha sido muy tratado pero poco comprendido⁴⁰³. Así, mientras que han sido abundantes las referencias a factores de orden socio-económico, laboral, familiar, religioso, ideológico e incluso legal respecto a la mujer; las referencias a estudios en los que se valore la salud mental de las mujeres son muy exiguas por no decir inexistentes. Este hecho llama la atención cuanto más si se considera que prácticamente la totalidad de las mujeres que pasan por un aborto provocado en España lo hacen aduciendo trastornos de este tipo⁴⁰⁴.

En el presente estudio se hace un análisis del tratamiento jurídico y sanitario que se ha hecho sobre la problemática del aborto voluntario a lo largo de los últimos veinticinco años dentro del territorio español. Para ello en la primera parte del trabajo se hace una revisión general del ordenamiento jurídico específico en la materia, así como de sus criterios inspiradores, desde la Ley Orgánica 9/1985⁴⁰⁵ hasta la Ley Orgánica 2/2010⁴⁰⁶ hoy vigente. La pertinencia de dichos criterios es valorada a la luz del análisis de los datos recogidos de los abortos voluntarios realizados en los últimos 12 años. Sobre la base de este análisis se ofrecen algunos criterios orientadores en esta materia a fin de superar errores pasados.

Ordenamiento jurídico español en materia de aborto

En 1985 el Código Penal español sufre un drástico cambio como consecuencia de la entrada en vigor de la Ley Orgánica 9/1985. La nueva normativa estableció la

⁴⁰² **FINANCIACIÓN:** El estudio fue desarrollado en el marco del Proyecto “Resiliencia, vulnerabilidad y aborto inducido en España”, Beca de Investigación en Bioética. Convocatoria 2010/2011 del Institut Borja en Bioètica – Ramón Llull, Barcelona.

⁴⁰³ Cf. Blázquez., op.cit.1978; Mir., op.cit.1983; Interdonato., op.cit.1984; Díez-Ripollés y cols., op.cit.1989.

⁴⁰⁴ Cf. Fernández y cols., op.cit.

⁴⁰⁵ Cf. Ley Orgánica 9/1985, op.cit.

⁴⁰⁶ Cf. Ley Orgánica 2/2010, op.cit.

despenalización de todo aborto voluntario siempre que se ajustase a alguno de los tres motivos siguientes: (i) que el embarazo supusiera un peligro para su vida o salud física o mental de la mujer, (ii) que el embarazo fuera consecuencia de una violación; ó (iii) que fuera presumible la presencia de graves taras físicas o psíquicas en el embrión o feto. Un año después una segunda normativa estableció la necesidad de que todo procedimiento de este tipo fuera notificado y registrado en un sistema nacional de registros a cargo del Ministerio de Sanidad y Consumo⁴⁰⁷. Este sistema entró en vigor a partir de 1987. De este modo España ingresó al grupo de países con políticas favorables al aborto voluntario aunque desde el modelo jurídico de “indicaciones” según el cual sólo se eximía de pena a aquellos abortos que se ajustasen a alguna de las tres condiciones anteriormente descritas. Esta fórmula legal se mantuvo invariable hasta el 2010, año en que la ley fue derogada a favor de una que establecía un sistema de “plazos” según el cual una mujer podía solicitar un aborto durante los tres primeros meses de su embarazo sin necesidad de una exposición previa de motivos. Con el nuevo ordenamiento jurídico quedó desactivado el sistema de notificaciones lo que ha supuesto la pérdida definitiva de cualquier registro en esta materia.

Marco socio-cultural y premisas que llevaron a la implementación de la Norma

Resulta fundamental señalar que en España el giro en la valoración jurídica respecto al aborto ni empieza con la norma de 1985, ni finaliza con la norma del 2010. Cómo se verá a continuación, el giro en la valoración jurídica de esta materia coincide con el ingreso de España en la era democrática en el convulsionado contexto socio-cultural de la segunda mitad de los 70.

En 1978, la naciente democracia española estrena la que será su actual Carta Magna⁴⁰⁸. Bajo el amparo de este nuevo marco jurídico se empiezan a introducir numerosas modificaciones legales que llevan a un drástico cambio en el ordenamiento jurídico español en materia civil y penal. Uno de los primeros textos en sufrir importantes modificaciones es el refundido Código Penal de 1973, inspirado en una versión ya anacrónica del de 1944. Entre las diversas modificaciones se introduce una importante en materia de aborto voluntario, penalizado hasta ese entonces. Los argumentos que justificaron dicho cambio pueden dividirse en dos grupos principales: (i) razones de orden sociológico y de salud, y (ii) razones de orden legal. En el primer grupo se incluye el alto número de abortos clandestinos que por ese entonces fue estimado por Lourdes Taboada⁴⁰⁹ en más de 300.000, sólo para 1975; la misma autora estimaba entre 30.000 y 50.000 el número de mujeres ocurridas como consecuencia de abortos bajo condiciones insalubres y por personal no cualificado; la carencia de métodos de control de la natalidad;⁴¹⁰ la creciente discriminación social que se hace evidente entre aquellas mujeres que viajaban al extranjero a someterse a tales prácticas (14.015 españolas se sometieron a abortos en clínicas inglesas en 1978) y las que no pudiéndolo por razones económicas debían someterse a las mismas en condiciones de total clandestinidad;⁴¹¹ y la especulación de que la gran mayoría de las mujeres que se someten a dichas prácticas clandestinas sean madres de familias numerosas, con escasos recursos económicos y sin una estabilidad laboral o un elevado nivel de instrucción.⁴¹² En el segundo grupo se incluye la ineficacia de una normativa que resultaba incapaz de impedir el aumento

⁴⁰⁷ Cf. Orden de 16 de junio de 1986, op.cit.

⁴⁰⁸ Cf. Constitución Española, op.cit.

⁴⁰⁹ Cf. Taboada., op.cit. 1978.

⁴¹⁰ Cf. Huerta., op.cit.1983,9-30

⁴¹¹ Cf. Landrove., op.cit.1983,133-142

⁴¹² Cf. Gimbernat., op.cit.1983,31-38

social de esta práctica;⁴¹³ la discriminación de la mujer por parte de una ley que privilegiaba la vida del embrión y feto antes que el ejercicio de su libre autonomía;⁴¹⁴ y el cuestionamiento, por parte de algunos autores, sobre la existencia de un estatuto jurídico en el embrión y feto que justifique su protección por parte de la ley.⁴¹⁵ Anecdóticamente no fueron estos argumentos sino la tendencia, en la década del 70, por parte de algunos países vecinos como fue el caso de Francia, Italia, Bélgica y Alemania, lo que determinó el interés entre los juristas a no dejar a España al margen de políticas favorables a la despenalización del aborto voluntario.⁴¹⁶

Valoración general de los argumentos que justificaron la Norma

Se han descrito dos grupos de argumentos esgrimidos. En relación al primer grupo se sabe que la cifra de 300.000 abortos carece de respaldo alguno. Se trata de una simple especulación, muy alejada de la realidad, que fue introducida por un colectivo feminista reconocidamente beligerante en una publicación de 1978. El dato de las muertes anuales es igualmente falso puesto que en 1975 el registro oficial es de 8.652 fallecimientos de mujeres entre 15 y 49 años entre los que se incluyen todas las causas de muertes.⁴¹⁷ Por otra parte, internacionalmente se considera que la mortalidad femenina debida a abortos ilegales se sitúa entre el 0,5% y el 1% de los casos anuales.⁴¹⁸ De lo que se puede concluir que la estimación de 30.000 a 50.000 muertes sería un dato totalmente erróneo. Lo que si se puede afirmar es que el aborto ilegal podría ser posiblemente la principal causa de muerte de las mujeres entre 15 y 49 años de edad, cifra que a su vez representaría el 6,1% de todos los fallecimientos en mujeres. La argumentación que parte de una falta de métodos alternativos de control de la natalidad en esos años es cierta. No obstante, ello podría justificar la necesidad de estructurar un programa adecuadamente orientado de educación sexual, no hay que olvidar que el cuidado por la educación y la salud es una tarea del Estado, pero en ningún caso podría servir de argumento para despenalizar el aborto. El “turismo abortivo”, como fue llamado al significativo número de mujeres que pasaban las fronteras españolas con el fin de procurarse un aborto es un hecho que merece especial atención. Es cierto que en 1978 el principal grupo de mujeres no residentes que se sometían a abortos en clínicas privadas inglesas eran españolas pero esto se debía a que para ese año en otros países, caso de Francia o Alemania, ya existían leyes favorables a estas prácticas razón por la cual estas mujeres no necesitaban “emigrar” por estos motivos. Un estudio⁴¹⁹ de esta situación en los años anteriores a 1975 clarifica lo antes expuesto (Figura 1). Finalmente, el argumento que se refiere al hecho de que la mayoría de mujeres que pasan por un aborto son madres de familia, de escasos recursos, de familias numerosas resultaba tan irrefutable como demostrable, sólo los datos recogidos en los años posteriores a la puesta en vigor de la norma permitieron demostrar su grado de pertinencia.

La valoración del segundo grupo de argumentos escapa del objeto de este estudio. No obstante, bastará decir que se trata de argumentos que haciendo una valoración de datos de carácter bio-antropológico en ningún caso hacen referencia a los aportes fundamentales que hace la biología del desarrollo en la definición del estatuto bio-antropológico del embrión humano. Por el contrario simplemente se quedan en la

⁴¹³ Cf. Mir., op.cit.1983,101-110

⁴¹⁴ Cf. Landrove., op.cit.1983,133-142

⁴¹⁵ Cf. Beristain., op.cit.1983,39-51

⁴¹⁶ Cf. Mestre., op.cit.1983,44-45.

⁴¹⁷ Cf. Díez y col., op.cit.1981

⁴¹⁸ Ibid.

⁴¹⁹ Cf. Potts y cols, op.cit.1977

retórica del derecho positivo. Finalmente, en ningún caso hay una referencia a datos bio-psicológicos de la fisiología femenina y su influencia en el estado de salud mental de la mujer.

Sistema de indicaciones y sistema de plazos

En la Ley Orgánica 9/1985 se introdujo un sistema de indicaciones, el cual años más tarde sería reemplazado en la Ley Orgánica 2/2010 por uno de plazos. Según el primer sistema se reconocía que el aborto siempre era un hecho punible puesto que supone la muerte de un bien jurídico: el embrión o feto. No obstante, dicha acción bien podía considerarse como legítima siempre que se diera alguna de las siguientes circunstancias: (i) se diera como medio para salvaguardar un bien jurídico superior que para el caso del jurista correspondía a la vida o al buen desarrollo de la personalidad de la mujer embarazada (que posteriormente se tradujo en salud física y mental); (ii) se hiciera con el fin de evitar el nacimiento de un niño con graves taras físicas o incluso psíquicas (como por ejemplo nacer fuera de un hogar adecuadamente establecido); (iii) que el embarazo fuera consecuencia de una violación; que la mujer no tuviera recursos que garantizaran el bienestar de ella, del niño o de su familia; o la valoración de una o más de estas circunstancias. Por otra parte, según el segundo sistema la atención estaba puesta principalmente en el papel autónomo de la mujer, se prescindía de cualquier valoración antropológica o legal del embrión o feto de quien se da por sentado que es carente de estatuto alguno. Según este enfoque la mujer era la primera interesada y la mejor conocedora de su condición y necesidad por tanto el Estado sólo debía facilitar las condiciones mínimas necesarias para el libre ejercicio de su decisión.

Como se puede ver, ninguno de los dos sistemas hace una referencia, por lo menos mínima, a la valoración necesaria de la condición de salud psicológica de la mujer previa a un aborto a pesar que esta valoración será incluida posteriormente como un argumento legal al momento de justificar un aborto. Un hecho delicado que se debe tener en consideración es que está científicamente demostrada la gran variabilidad de caracteres psicológicos que pueden presentarse entre las mujeres así como el condicionamiento que estos, en determinadas circunstancias, pueden ejercer sobre el ejercicio de su propia libertad⁴²⁰. Hecho que puede explicar la evolución del aborto voluntario en los años posteriores a la puesta en vigor de la norma.

Material y método

El grupo de estudio incluye todos los abortos voluntarios realizados en territorio español y que han sido notificados al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España entre los años 1997 y el 2008. Estos datos comprenden el número total de abortos voluntarios practicados en España en dicho periodo de tiempo. La información ha sido recogida, tabulada y facilitada por la Sub-Dirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad del Gobierno de España.

Los datos fueron posteriormente reclasificados en tres grupos de indicadores de interés para este estudio. Una descripción detallada de dichos grupos, sus variables y categorías se resume en la Tabla 1. Estos datos fueron posteriormente analizados mediante el uso de series temporales y tasas de crecimiento anual.

Resultados

⁴²⁰ Cf. Charney y cols, op.cit.2004; Gomez y col, op.cit.2005; Coleman, op.cit.2009. Major y cols, op.cit.2009

Indicadores generales

Un primer tipo de indicador lo establece el mismo número de casos registrados. En 1997, el por entonces Ministerio de Sanidad y Consumo recibió 49.558 notificaciones de abortos para una población de 8.984.456 mujeres en edad fértil. Esto supone el 0,55% de toda la población femenina en edad fértil en territorio español para ese año. En el 2008 este número ascendió a 115.792 notificaciones de una población de 9.833.397 mujeres, lo que equivale a un aumento al 1,17%. Si bien es cierto que el grupo de mujeres que notificaron abortos en el último año apenas si superó el 1% del total de mujeres en edad fértil, lo es también que la tasa de crecimiento del número de abortos (234%) duplica la tasa de crecimiento de la población femenina en edad fértil (109%) debido a un marcado aumento en la frecuencia de abortos en los últimos años. (Figura 2)

Un segundo tipo de indicador es el tipo de motivo legal en el que se ampara un aborto. De los tres tipos de motivos que establece la ley se ha observado que “el peligro para la salud física o mental de la mujer” ha sido el principal motivo esgrimido al momento de solicitar un aborto. En 1997, 97,79% de las notificaciones correspondieron a dicha causal. Este porcentaje ha permanecido casi invariable a lo largo de los años (en el 2008 esta cifra ascendía al 96,93% de todos los casos). El aborto eugenésico o debido a la existencia de anomalías irreversibles en el embrión ó feto ha sido el segundo motivo más utilizado. En 1997, el 2,08% de los abortos se ampararon bajo dicho motivo. Esta cifra sufrió un ligero aumento en el 2008, cuando alcanzó el 2,91% del total de casos. Los abortos que obedecieron a violaciones y relaciones sin consentimiento han sido apenas registrados. En 1997 estos abortos correspondieron al 0,03% del total de casos. Mientras que en el 2008 estos abortos alcanzaron el 0,01% del total de abortos notificados.

El centro en el que se realiza el aborto es un tercer tipo de referente. La normativa establece que todo aborto, siempre que cumpla alguna de las tres causales antes referidas, debe realizarse en un centro acreditado, el cual puede ser público o privado. En el primer caso, los costos corren por cuenta del sistema sanitario mientras que en el segundo van por cuenta de la interesada. De este modo, la norma busca garantizar un buen servicio a mujeres de escasos recursos y romper de manera definitiva con el yugo del aborto clandestino. Paradójicamente, el análisis reveló que de los 137 centros que notificaron la realización de abortos hasta el 2008, 134 correspondieron a centros de carácter privado y sólo 3 a centros de carácter público. Sólo en el 2008, los centros privados cubrieron el 97,49% de todos los abortos realizados en ese año en todo el territorio español.

Un cuarto indicador ha sido la edad de la mujer. Se estima que la edad fértil de la mujer está entre los 15 y 45 años. Sin embargo, se considera de riesgo aquel embarazo que se produce en una mujer menor de 15 y mayor de 35 años. Sobre la base de este criterio los datos se agruparon en seis categorías. La distribución de los abortos en función de la edad evidenció un aumento en proporción directa a la edad hasta los 29 años. A partir de los 30 años el número de abortos siguió una distribución inversamente proporcional respecto al aumento de la edad. Así, mientras que en 1997 el 38% de abortos correspondieron a mujeres de 30 o más años, en el 2008 este porcentaje disminuyó al 30% del total. La distribución de las edades en función de la tasa de crecimiento pone en evidencia un aumento notable en el número de abortos inducidos entre mujeres de más temprana edad respecto de otras de edad más avanzada. (Figura 3.A)

Un quinto indicador a tener presente es el momento del desarrollo embrionario o fetal en el que las mujeres toman la decisión de someterse a un aborto. El análisis de esta variable presente en las notificaciones permitió observar comportamientos interesantes:

el grupo principal de abortos se realizó antes de finalizar el segundo mes de embarazo con un porcentaje que ha oscilado entre 64,91%, en 1997, y el 62,9%, en el 2008 para el total de notificaciones. El segundo grupo más importante correspondió al tercer mes del embarazo con un porcentaje de participación que osciló entre el 26,85% en 1997 y el 25,8% en el 2008. En términos porcentuales, menos numerosa fue la participación de abortos realizados al cuarto mes de embarazo. No obstante, al comparar la tasa de crecimiento de todos los grupos fueron los abortos de más de cuatro meses los que mayor crecimiento mostraron a lo largo de los años. (Figura 3.B).

Indicadores socio-económicos de la mujer y de su grupo familiar

La situación laboral de la mujer fue el primer indicador analizado. De los dos grupos definidos, mujeres con ingresos económicos estables y sin ellos, se observó que el grupo mayoritario correspondió al primero (60,88% en 1997, y 76,60% en el 2008). Esta diferencia se hizo más evidente en el crecimiento que ambos grupos mostraron a lo largo de los años como se ve en la Figura 4.A

Un segundo indicador socio-económico presente en las notificaciones fue dado por el estado de independencia económica de la mujer. De los dos grupos descritos, mujeres con independencia económica y sin ella, se observó que el grupo principal correspondió a mujeres económicamente dependientes (80,13% en 1997, y 76,03% en el 2008). No obstante el análisis del crecimiento que ambos grupos mostraron a lo largo de los años evidenció una tendencia a una mayor demanda de abortos inducidos en el grupo de mujeres con independencia económica (Figura 4.B).

El tercer indicador analizado fue el número de hijos. De los tres grupos establecidos, mujeres con 3 ó más hijos, mujeres con 1 ó 2 hijos y mujeres sin hijos, se observó que el grupo principal correspondió al de mujeres sin hijos (54,81% en 1997, y 47,31% en el 2008), seguido por el grupo de mujeres con 1 ó 2 hijos (36,48% en 1997, y 44,09% en el 2008), y en menor número por el de mujeres con 3 ó más hijos (8,71% en 1997, y 8,6% en el 2008). Sin embargo, el análisis de la evolución mostró un mayor incremento en el grupo de mujeres con 1 ó 2 hijos (273%) respecto al de mujeres sin hijos previos (202%).

Un cuarto indicador que se tuvo en consideración fue el nivel de instrucción de estas mujeres. De los cuatro grupos definidos, sin estudios, con estudios elementales, con estudios medios o técnicos, y con estudios superiores, se observó que el grupo principal lo integraron mujeres con estudios medios y técnicos (61,75% en 1997 y 60,56% en el 2008), seguido por el grupo con estudios elementales (17,64% en 1997 y 21,84% en el 2008), el grupo con estudios universitarios (16,5% en 1997 y 13,82% en el 2008), y en último término el grupo sin estudios (3,16% en 1997 y 3,06% en el 2008). No obstante, el análisis de la evolución puso en evidencia una tasa de incremento mucho más acentuada en el grupo con estudios elementales (289%) respecto de los demás (226% sin estudios, 229% para estudios medios o técnicos, y 196% para estudios superiores).

Indicadores especiales

Los aspectos psico-afectivos de la mujer no fueron tenidos en consideración dentro del modelo de notificación. No obstante, de las diversas variables presentes en el mismo, dos han sido de utilidad para este fin. Se trata de la situación sentimental de la mujer y de la existencia de abortos inducidos previos. El análisis del primer indicador permitió determinar que el grupo principal de mujeres que pasó por un aborto reconocía la existencia de una pareja estable (89,11% del total de mujeres en 1997, y 84,79% en 2008). Sin embargo, en el análisis de la evolución desde esta variable se puso en

evidencia que el mayor crecimiento se observó en el grupo de mujeres solteras o sin pareja estable respecto del anterior (Figura 5.A).

El segundo indicador evaluado fue la existencia de abortos inducidos previos. El análisis de los datos confirmó que el principal crecimiento de este tipo de abortos se presentó entre mujeres que ya han pasado por uno ó más abortos previos (Figura 5.B).

Discusión

Los resultados observados para el primer grupo de indicadores confirmaron el hecho de que las cifras estimadas de abortos inducidos durante la década de los 80 no correspondieron ni con la realidad de ese momento ni con la actual estando muy por encima del dato más elevado registrado hasta el día de hoy. Por otra parte, la entrada en vigor de la ley, lejos de conducir a un descenso en el número de abortos, parece haber disparado un crecimiento exponencial de esta práctica a lo largo del tiempo, tal como lo evidencia la elevada tasa de crecimiento observada. No obstante, y a pesar de que el crecimiento de la población de mujeres en edad fértil ha sufrido un mínimo crecimiento, el grupo de mujeres que pasan por un aborto apenas ha superado el 1% del total de esta población. Lo cual indica que sólo un mínimo porcentaje de la población en este rango de edad considera la posibilidad de someterse a un tratamiento de este tipo. Por lo que el grupo de mujeres que pasa por esta práctica bien puede corresponder a un tipo de población muy particular. Ello se corrobora con el hecho de que prácticamente la totalidad de estas mujeres aduce un problema de salud física o mental y no otro tipo de causas al momento de solicitar un aborto. El criterio de pobreza o necesidad económica queda descartado como criterio de inclusión de este grupo poblacional dado que prácticamente la totalidad de los abortos se han realizado en establecimientos privados en los que los costos han de ser cubiertos por la misma interesada.

En relación al grupo de edad de las mujeres que se someten a un aborto, llama la atención que el principal grupo de edad esté entre los 20 y 29 años con un ligero descenso en el rango de edad en los años más recientes. Un hecho de relevancia se observó en el periodo del embarazo en el que se practica el aborto, el cual se da principalmente antes del tercer mes. No obstante, se observa que en los últimos años esta cifra ha descendido significativamente lo cual puede explicarse debido al efecto de fuertes campañas de difusión de otros métodos de control de la natalidad entre los que destaca la píldora del día después. No obstante, ello no explica por qué el grupo de mujeres que solicita un aborto más allá del cuarto mes no sólo no se ha visto disminuido sino que además ha sufrido un claro aumento a lo largo de los años ¿Qué lleva a una mujer a retrasar un aborto hasta el cuarto mes del embarazo cuando el periodo de más riesgo embrionario ya ha pasado y sobre todo cuando muy posiblemente lleve casi tres meses siendo consciente que está embarazada, sea por métodos de detección, pruebas caseras o simple intuición? Una posibilidad es presumir que estas mujeres “esperen” a que sus embarazos lleguen a término por sí mismos y que luego del cuarto mes y ante la evidencia de que sus embarazos van por buen curso se precipiten entonces a solicitar un aborto aduciendo que es una amenaza para su salud física y mental. Sea como fuere la respuesta a esta pregunta exige una valoración en profundidad de los condicionantes psico-biológicos involucrados en estas mujeres.

Los resultados observados en el análisis de los indicadores socio-económicos tanto de la mujer como de su grupo familiar corroboran las observaciones previas al evidenciar que, en la amplia mayoría de los casos, las mujeres que solicitan abortos poseen ingresos económicos estables o en su defecto reconocen la existencia de un sustentador económico el cual bien puede ser su pareja o su familia. El análisis de los resultados arrojados por los indicadores socio-económicos y familiares también pone en evidencia

que, en la gran mayoría de los casos, las mujeres que pasan por un aborto no se ajustan a ninguna de las premisas inicialmente asumidas y que sirvieron de principal argumento para la despenalización del aborto. No se trata de mujeres en situación de extrema pobreza, mujeres sin un adecuado nivel de instrucción o estabilidad laboral, y sobre todo no se trata de madres de más de 30 años de familias numerosas de cuatro o más hijos. De hecho los resultados observados demuestran precisamente todo lo contrario. Contra estas observaciones se puede objetar que la situación socio-cultural de España ha variado drásticamente entre lo previsto en 1985 y lo que se vive en el 2010. Esta objeción sería correcta si la norma no hubiera sido mantenida en todo su efecto durante la reforma del Código Penal de 1995 puesto que el escenario de 1995 y el del 2010 no son significativamente distintos y no obstante en ese año se determinó que la normativa seguía en plena vigencia.

Finalmente, dos tipos de indicadores merecen una valoración especial. El primero se refiere a la situación sentimental de la mujer. Es sabido que un embarazo no deseado es un problema que no sólo compete a la madre sino también a su pareja. De allí que el papel que juegue la pareja resulte fundamental al momento de tomar una determinada decisión bien sea para mantener un embarazo como para rechazarlo. La situación se agrava cuando no existe una pareja y el peso de la responsabilidad recae íntegramente sobre la propia mujer. Del total de abortos, se observó que en la gran mayoría de los casos las mujeres reconocieron la existencia de una pareja, no obstante en los últimos años esta tendencia ha ido cambiando hacia un grupo cada vez mayor de mujeres carentes de parejas estables. Respecto al primer dato poco o nada se puede afirmar debido a la ausencia de información que permita saber el papel exacto que dichas parejas jugaron dentro de la decisión de la interesada. Hace falta un estudio en profundidad de la realidad afectiva de estas mujeres y el grado de libertad emocional al momento de tomar determinadas decisiones. Respecto al segundo caso es clara la carencia de un apoyo afectivo en este grupo de mujeres, falta que bien puede condicionar la toma final de sus decisiones. El segundo indicador analizado es el de la existencia de abortos inducidos previos. Los resultados observados ponen en evidencia que cada vez son más los abortos que se notifican de mujeres que han pasado por uno ó más abortos previos respecto de aquellos que vienen de mujeres que pasan por primera vez por un aborto. Este hecho puede interpretarse como que el aborto puede estar siendo utilizado como un método alternativo de control de la natalidad pero también, y desde una valoración psicológica, como que el tránsito por un aborto inducido puede condicionar negativamente la decisión de la mujer al momento de afrontar un siguiente embarazo; un tema que merece, como los anteriores, estudios más profundos.

Conclusiones

Los análisis anteriores permiten concluir que en el tratamiento de la problemática social del aborto inducido en España se han cometido diversos errores a varios niveles. El primero y más importante ha sido el desarrollo de una normativa totalmente desprovista de un seria fundamentación argumentativa. No se ha tenido en consideración ni una valoración social y menos sanitaria del problema y de la salud de la mujer. Ello ha quedado puesto en evidencia con el desarrollo de una pobre fundamentación biológica, clínica, y menos, psicológica, de la realidad de la mujer que se enfrenta a la consideración de someterse a un aborto. Argumentos de carácter ideológico, políticos o jurídicos poco aportan en la valoración de una realidad principalmente biomédica y de graves consecuencias antropológicas, sociales y morales.

No se ha tenido en consideración ni la salud de la mujer, ni el peso de su entorno familiar, ni la influencia del medio social y cultural. No obstante, dentro de los diversos

desaciertos cometidos vale la pena rescatar la consideración a la necesidad de seguir un registro oficial de este tipo de tratamientos. Ello ha permitido la valoración exhaustiva de esta práctica a lo largo de los años. Este sistema de registro ha permitido al día de hoy valorar la urgente necesidad de una profunda reestructuración de paradigmas legales en los que la atención se vuelque más en los condicionantes psico-afectivos de las mujeres que consideran la opción de solicitar un aborto. Este tipo de factores merecen ser tratados a más profundidad a fin de valorar el perfil psicológico de estas mujeres y las posibles consecuencias que la práctica de un aborto puede conllevar en su calidad de vida y salud.

Por otra parte, los resultados observados han confirmado el uso del aborto inducido como un medio de control de la natalidad. Este hecho plantea serios riesgos a nivel de la salud de la mujer en especial en aquellas mujeres que pasan por más de uno de estos abortos.

El desarrollo de una nueva normativa en la que se favorece el sistema de plazos, libre del uso de notificaciones, antes que el de indicaciones plantea un peor horizonte para la población de riesgo en tanto que termina depositando toda la carga de la responsabilidad sobre estas mujeres al tiempo que libera al Estado de una tarea que por definición es de su estricta competencia, esto es, velar por el cuidado de la calidad de vida y de la salud de sus ciudadanos, en este caso, el de la mujer en embarazo sin mencionar el conflicto ético y legal, aún no resuelto, sobre el cuidado que se merece el embrión y feto.

Bibliografía

Beristain A. “Interrupción voluntaria del embarazo: reflexiones teológico-jurídicas”. En: Mir S. *La despenalización del aborto*. Barcelona, Servicio de publicaciones de la UAB, 1983, 39-51.

Blázquez, N. *La dictadura del aborto*. Madrid, BAC, 1978

Charney DS. Psychobiological and vulnerability: Implications for successful adaptation to extreme stress. *American Journal of Psychiatry*. 2004, 161, 195-216.

Coleman PK, Coyle CT, Shuping M, Rue VM. Induced abortion and anxiety, mood, and substance abuse disorders: isolating the effects of abortion in the national comorbidity survey. *Journal of psychiatric research*. 2009, 43: 770-776.

Constitución Española. En: <http://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf> (Consultado: 31/05/2011)

Diez J, De Miguel JM. *Control de la natalidad en España*. Barcelona: Editorial Fontanella; 1981.

Díez-Ripollés J.L., Ayuso C. *La reforma del delito de aborto. Estudio del nuevo artículo 417bis del Código Penal. Análisis Jurídico y Médico*. Madrid, Editorial Revista de Derecho Privado, 1989.

Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM. Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*. 2008, 193: 444-451.

Fernández I, Ramírez R, Mateu S, Pérez R. *La interrupción voluntaria del embarazo: datos definitivos correspondientes al año 2009*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. En:

http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/publicacionIVEcompleto_2009.pdf (Consultado: 31/05/2011)

Gimbernat E. “Por un aborto libre”. En: Mir S. *La despenalización del aborto*. Barcelona, Servicio de publicaciones de la UAB, 1983, 31-38.

- Gomez C, Zapata R. Categorización diagnóstica del síndrome post-aborto. *Actas Esp Psiquiatria*. 2005,33,4: 267-272.
- Huerta S. “Criterios para la reforma del delito de aborto”. En: Mir S. *La despenalización del aborto*. Barcelona, Servicio de publicaciones de la UAB, 1983, 9-30.
- Interdonato F. *El problema del aborto y los casos del aborto*. Lima, Sesator, 1984.
- Landrove G. “Un proyecto regresivo en tema de aborto”. En: Mir S. *La despenalización del aborto*. Barcelona, Servicio de publicaciones de la UAB, 1983, 133-42.
- Landrove G. “Un proyecto regresivo en tema de aborto”. En: Mir S. *La despenalización del aborto*. Barcelona, Servicio de publicaciones de la UAB, 1983, 133-142.
- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. En: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf> (Consultado: 31/05/2011)
- Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de Reforma del artículo 417 bis del Código Penal. En: http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-1985-14138. (Consultado: 31/05/2011)
- Major B, Appelbaum M, Beckman L, Dutton MA, Russo NF, West C. Abortion and mental health evaluating the evidence. *American Psychologist*. 2009, 64, 863-890.
- Mestre C. Esto es un primer paso. *Cuadernos Parlamentarios*. 1983(Nov): 44-45.
- Mir S. “Aborto, estado de necesidad y Constitución”. En: Mir S. *La despenalización del aborto*. Barcelona, Servicio de publicaciones de la UAB, 1983, 101-10.
- Mir S. *La despenalización del aborto*. Barcelona, Servicio de publicaciones de la UAB, 1983.
- Orden de 16 de junio de 1986 sobre estadística e información epidemiológica de las interrupciones voluntarias del embarazo realizadas conforme a la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio. En: <http://www.boe.es/boe/dias/1986/07/03/pdfs/A24219-24223.pdf> (Consultado: 31/05/2011)
- Potts M, Diggory P, Peel J. *Abortion*. London, Cambridge University Press, 1977.
- Taboada L. *Cuaderno feminista: Introducción al self-help*. Barcelona, Editorial Fontanella, 1978.

TABLA:**Tabla 1.** Descripción de indicadores, variables y categorías de estudio.

Indicadores	Variables	Categorías
Generales	Número de abortos	
	Motivo	<ul style="list-style-type: none"> - Peligro para la salud física o mental de la mujer - Anomalías embrionarias o fetales - Violación
	Centros acreditados	<ul style="list-style-type: none"> - Privado - Público
	Edad de la mujer	<ul style="list-style-type: none"> - 19 y menos años - 20 a 24 años - 25 a 29 años - 30 a 34 años - 35 a 39 años - 40 y más años
	Tiempo de gestación	<ul style="list-style-type: none"> - Hasta 2° mes - 3° mes - 4° mes - 5° mes - 6° y más meses
Socio-económicos de la mujer y de su grupo familiar	Situación laboral	<ul style="list-style-type: none"> - Con ingresos económicos estables - Sin ingresos económicos estables
	Independencia económica	<ul style="list-style-type: none"> - Con independencia económica - Sin independencia económica
	Número de hijos	<ul style="list-style-type: none"> - Sin hijos - Con 1 ó 2 hijos - Con 3 ó más hijos
	Nivel de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> - Sin estudios - Con estudios elementales - Con estudios medios o técnicos - Con estudios superiores
Especiales	Situación sentimental	<ul style="list-style-type: none"> - Con pareja estable - Sin pareja estable
	Abortos inducidos previos	<ul style="list-style-type: none"> - Sin abortos inducidos previos - Con 1 ó más abortos inducidos previos

FIGURAS:

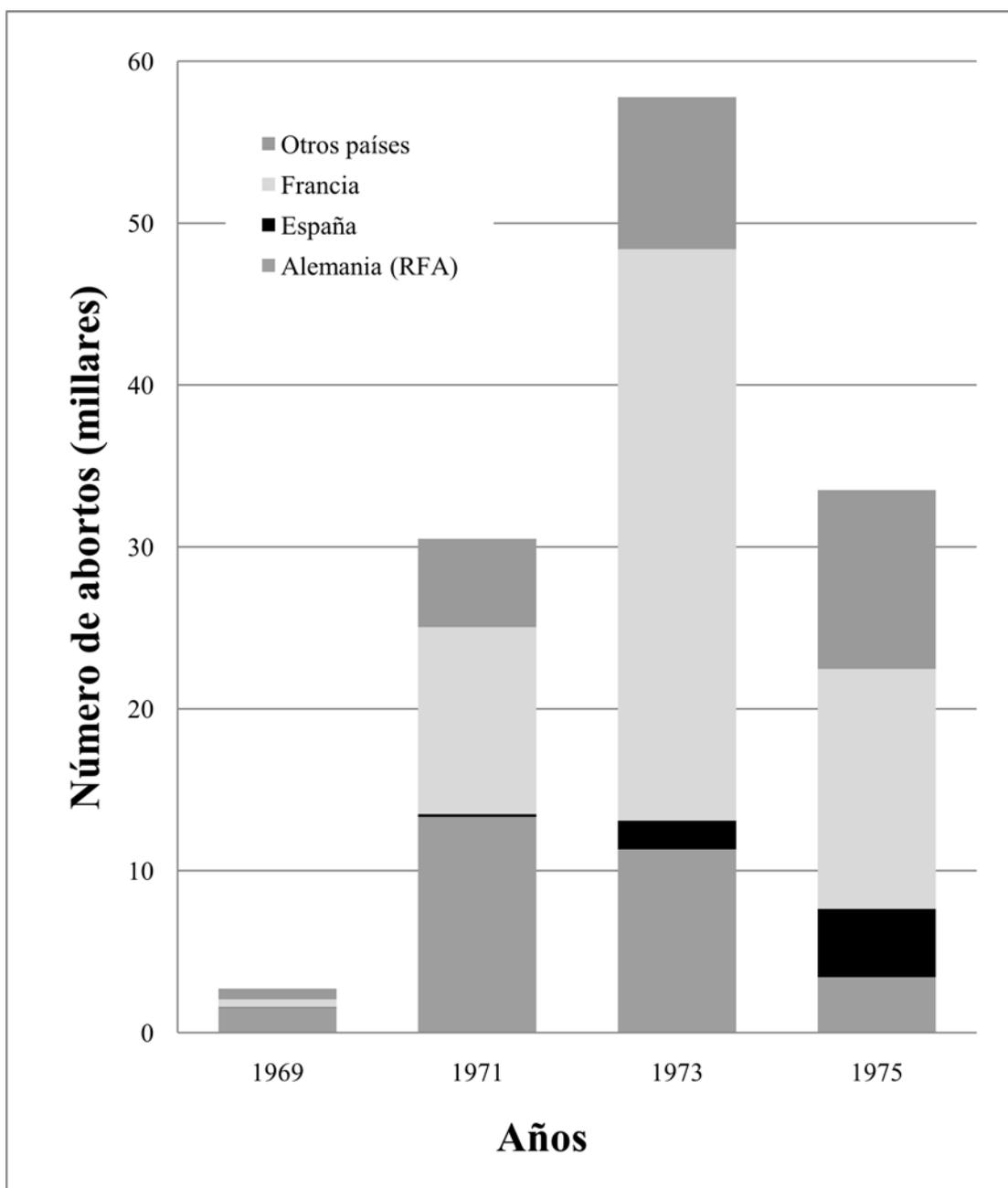


Figura 1. Abortos voluntarios realizado por mujeres no residentes en Gran Bretaña según el país de procedencia. La gráfica muestra las cifras oficiales referidas por las clínicas dónde se practicaron dichos abortos en los años 1969, 1971, 1973 y 1975. Fuente: Según datos descritos por Potts y cols., op.cit.1977.

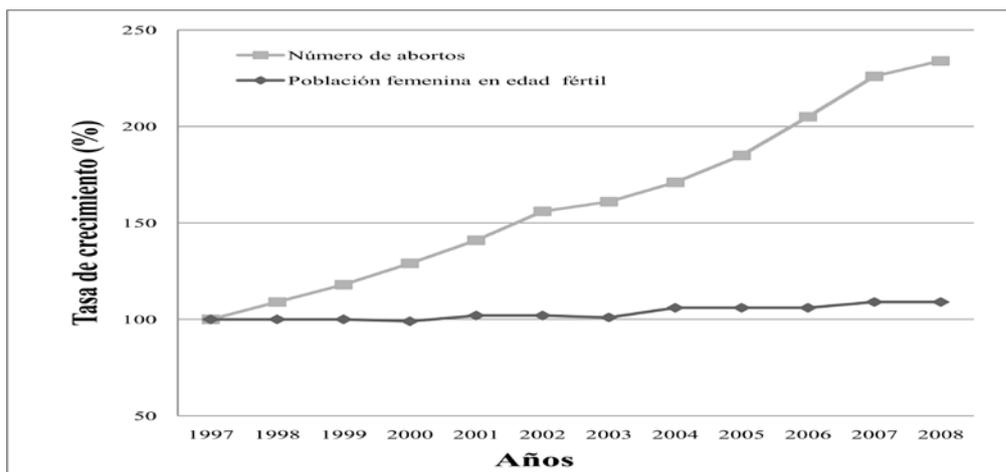


Figura 2. Comparativa de la tasa de crecimiento entre el número de abortos y el número de mujeres en edad fértil, España, 1997-2008.

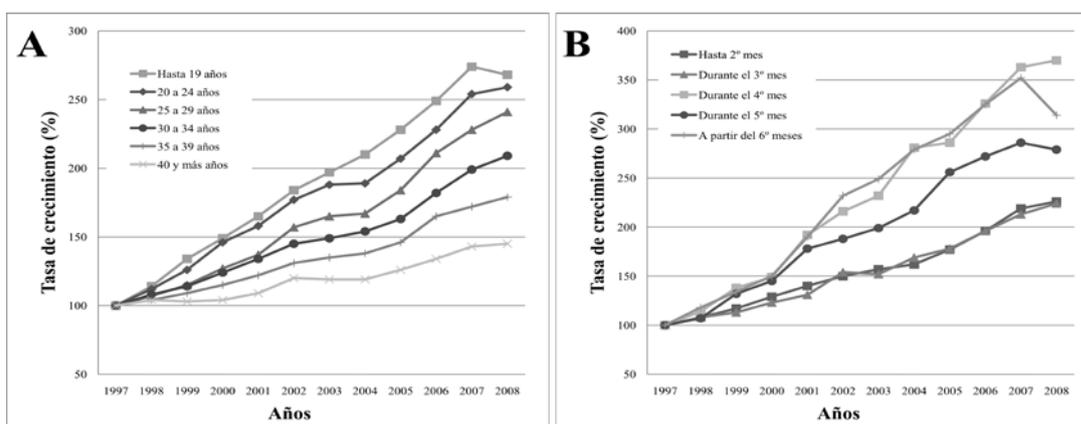


Figura 3. Evolución del aborto según indicadores generales, España, 1997-2008. (A) Tasa anual de crecimiento del número de abortos en función de los grupos de edad de las mujeres. (B) Tasa anual de crecimiento del número de abortos en función del periodo de gestación en el cual se realizan.

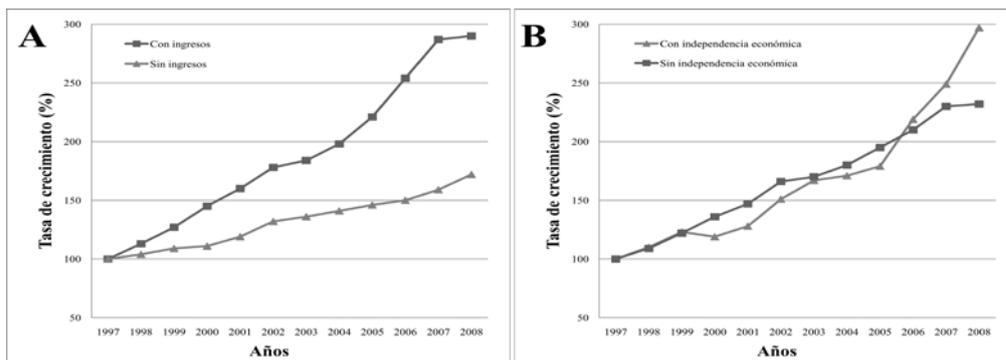


Figura 4. Evolución del aborto según indicadores socio-económicos de la mujer y su grupo familiar, España, 1997-2008. (A) Tasa anual de crecimiento del número de abortos en función de la situación laboral de la mujer. (B) Tasa anual de crecimiento del número de abortos en función del estado de independencia económica de la mujer.

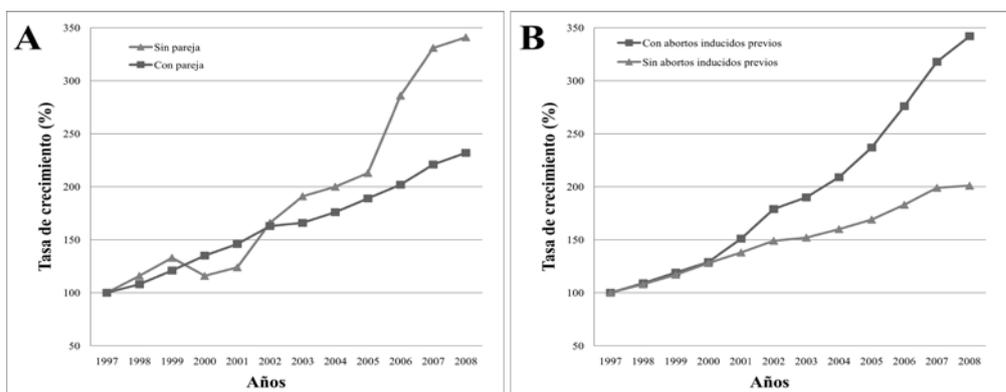


Figura 5. Evolución del aborto según indicadores especiales, España, 1997-2008. (A) Tasa anual de crecimiento del número de abortos en función de la situación sentimental de la mujer. (B) Tasa de crecimiento del número de abortos en función de la existencia de abortos inducidos previos.

Parte 3ª.- CUESTIONES ÉTICAS AL FINAL DE LA VIDA

CUESTIONES ÉTICAS SOBRE LA SEDACIÓN AL FINAL DE LA VIDA

Paulina Taboada R.

Profesor Asociado, Centro de Bioética y Depto. Medicina Interna
Pontificia Universidad Católica de Chile

La “sedación paliativa” es la administración de medicamentos que reducen el nivel de conciencia de un paciente, tanto como sea necesario para aliviar adecuadamente uno o más síntomas severos y refractarios al final de la vida (Cf. Claessens 2008, p. 329). Hoy sabemos que los síntomas que con mayor frecuencia requieren ser mitigados con el uso de la sedación al final de la vida son: la agitación, el delirio, la dificultad respiratoria, el dolor severo, las náuseas y/o los vómitos incontrolables, entre otros. Algunos paliativistas afirman que los síntomas psico-espirituales que experimentan algunos pacientes cuando se aproxima su muerte, también deberían ser incluidos entre las indicaciones de sedación paliativa; esta postura resulta muy cuestionable y no es universalmente aceptada.

Es sabido que la sedación de los pacientes terminales suele generar cuestionamientos éticos, no sólo entre los miembros del equipo de salud, sino también entre los mismos pacientes y sus familiares. Estas inquietudes tienen que ver, habitualmente, con sus efectos adversos y potenciales riesgos. Uno de esos efectos no deseados es que el paciente pierde la capacidad de ejercer sus facultades superiores y de relacionarse con sus seres queridos. Ello ocurrirá en diverso grado, según la profundidad del compromiso de conciencia inducido. Entre los riesgos importantes está el eventual aceleramiento de la muerte, por depresión respiratoria, aspiración o compromiso hemodinámico.

Usos inapropiados de la sedación

La existencia de publicaciones que denuncian usos inapropiados y abusos de la sedación en pacientes terminales ha causado cierto grado de alerta sobre esta práctica clínica. Dichas aplicaciones alejadas de la *lex artis*, pueden ocurrir cuando se administra sedantes con la intención de aliviar síntomas, pero en circunstancias clínicamente inapropiadas, como cuando se consideran ‘refractarios’ síntomas que en realidad no lo son. También pueden ocurrir aplicaciones sub-estándar cuando la indicación de la sedación es adecuada, pero su implementación no sigue las recomendaciones para las “buenas prácticas clínicas”. Esto ocurre cuando los procesos de entrega de información y consentimiento informado son defectuosos, o cuando no se hace un adecuado monitoreo de la presión arterial, la frecuencia respiratoria, etc. Incluso con el empleo de drogas inapropiadas, como los opioides.

Verdaderos abusos de la sedación ocurren cuando un médico utiliza sedantes con la intención encubierta de acelerar la muerte de un paciente terminal; es lo que se conoce como ‘**eutanasia lenta**’ o ‘**eutanasia encubierta**’ y corresponde a actos éticamente inaceptables, penados por la ley en la mayoría de países. Estas formas de abuso tienden a ser más frecuentes en los países en que la eutanasia o el suicidio médicamente asistido son legales. Una posible explicación de este fenómeno es que el recurso a la sedación, como método para causar la muerte, sería socialmente mejor aceptado que las actuales técnicas de eutanasia; además permitiría a los médicos saltarse los trámites legales

exigidos para los casos de eutanasia en las legislaciones actualmente vigentes (Holanda, Bélgica y Luxemburgo).

Igualmente impactantes son los reportes de usos inadecuados de la sedación en pacientes complejos o muy demandantes, cuyos médicos experimentan el síndrome conocido con el nombre de *burn out* o síndrome del trabajador desgastado y encuentran una salida alternativa en la sedación. Por otro lado, también pueden existir faltas por la omisión de esta terapia, por ejemplo, cuando se dilata innecesariamente la decisión de iniciar la sedación, ya sea por temor a sus efectos adversos, o simplemente por evitar la inversión de tiempo que supone el proceso de entrega de información y el asesoramiento en la toma de decisiones.

Todos estos abusos, omisiones o usos inadecuados de la sedación hacen necesario un examen de los fundamentos éticos que resguardan esta práctica de la medicina paliativa.

La importancia de una discusión ética

Durante las últimas décadas se han hecho aportes significativos al análisis de los fundamentos y principios éticos que sustentan la práctica de la sedación paliativa. Sin embargo, no todos los autores aceptan y/o comprenden del mismo modo estos principios y, a nivel internacional, existe un amplio debate.

Una de las cuestiones más debatidas es si la sedación es éticamente apropiada para pacientes que aún no se encuentran en la etapa de muerte inminente (últimos días u horas de vida). No son pocos los autores que consideran éticamente inaceptable el uso de la sedación - especialmente si se habla de una sedación profunda - en caso de pacientes con pronósticos de sobrevivida mayores a pocas horas o días. En este contexto, una reflexión profunda sobre las implicancias ético-antropológicas de la preparación para la muerte resulta imperiosa.

Otro aspecto controversial, que será necesario analizar más detenidamente, tiene que ver con las diversas interpretaciones que se pueden dar a la expresión “síntomas refractarios” al final de la vida. La experiencia clínica personal y el contexto socio-económico en el que se ejerza la medicina, pueden hacer que la evaluación de la refractariedad de los síntomas sea diferente en distintos lugares, especialmente en el contexto de países latinoamericanos, donde no siempre se cuenta con los recursos necesarios para implementar los estándares internacionales de las “buenas prácticas clínicas”.

Por otro lado, la idea de que para iniciar la sedación hay que limitar las terapias de soporte vital y suspender la hidratación y la nutrición médicamente asistidas ha comenzado a ser cada vez más aceptada en el mundo. Encontramos aquí otro aspecto que amerita un análisis ético más profundo. La mayoría de los paliativistas parece estar de acuerdo en que las *formas invasivas* de nutrición enteral y/o parenteral no forman parte de los cuidados básicos que se deben dar a los pacientes que han perdido la capacidad de alimentarse en la etapa al final de la vida. Sin embargo, también existe un cierto acuerdo entre los especialistas sobre la necesidad de aportar algún grado mínimo de hidratación a aquellos pacientes cuya sobrevivida estimada es mayor de dos semanas, pues de lo contrario las pérdidas normales de líquidos del organismo podrían conducir a una deshidratación, lo que significaría que la muerte podría sobrevenir a causa de la deshidratación y no de la enfermedad de base.

En la actualidad tampoco existe consenso entre los especialistas sobre la justificación médica y ética de la sedación como respuesta a los síntomas psico-espirituales que algunos pacientes experimentan al final de la vida. Entre estos síntomas está el “sufrimiento existencial”, que algunos definen como un sentimiento de vacío y sinsentido que puede causar un sufrimiento insoportable durante la agonía. La opinión

mayoritaria entre los expertos parece ser que el alivio de este tipo de síntomas sobrepasa con mucho los límites de la medicina. Adicionalmente algunos paliativistas sostienen que el manejo de este tipo de situaciones requiere consideraciones especiales que sobrepasan el estricto respeto por la autonomía. Las razones que aducen para ello son fundamentalmente las siguientes: En primera lugar, que la naturaleza de estos síntomas hace muy difícil establecer criterios para determinar su verdadera “refractoriedad; de igual forma, la severidad del distress causado por estos síntomas puede ser muy dinámica e idiosincrática y la aparición de mecanismos de adaptación es frecuente; además, las intervenciones habituales para el alivio de este tipo de síntomas suelen ser bastante costo-efectivas; por último, que la presencia de estos síntomas no necesariamente indica su progresión hacia un estado avanzado de deterioro psicológico. Es evidente que el planteamiento que algunos han hecho, de que la sedación paliativa podría ser justificada para el manejo de síntomas psico-espirituales, amerita un cuidadoso análisis ético.

La conveniencia de la sedación en pacientes que no son capaces de prestar un consentimiento informado también es causa de debate. Algunas guías clínicas exigen como requisito ético para la sedación la obtención de un consentimiento informado válido. Además del resguardo del principio de la autonomía, otra razón que subyace a esta exigencia es el posible mal uso de la sedación que podría ocurrir en caso la presencia de pacientes incompetentes que, por ejemplo, tengan conductas socialmente inadecuadas. Este potencial riesgo se agrava si consideramos que podría representar una alternativa para aquellos centros de salud que experimenten escasez de personal sanitario, como sucede con frecuencia en los sectores socio-económicos más desprotegidos.

Todavía se amplía mucho más el abanico de debates actuales en el tema. Cabe, por ejemplo, preguntarse si la promulgación de guías clínicas puede ser un instrumento útil para orientar a los profesionales de la salud, o si ellas conllevan el riesgo inevitable de sustituir el juicio moral personal con pautas de comportamiento pre-establecidas. Frente a la diversidad de temas a analizar se hace evidente la necesidad de identificar criterios clínicos y éticos para orientar tanto a los profesionales de la salud, como a los pacientes y familiares en la implementación de ‘buenas prácticas clínicas’ en relación al acompañamiento del ‘buen morir’.

La sedación paliativa puede ser una herramienta terapéutica muy útil en la atención de pacientes terminales. Sin embargo, como se ha dicho anteriormente, su indicación se debe reservar para el manejo de síntomas severos y refractarios, considerándose un recurso de uso extremo. Cuando es realizada por especialistas y de manera adecuada, no causa la muerte. De hecho, los principales textos especializados recalcan que “el objetivo de la sedación paliativa terminal es otorgar al paciente moribundo el alivio de síntomas refractarios intolerables, por lo que se sitúa firmemente dentro del ámbito de los buenos cuidados paliativos y no corresponde a la eutanasia.” (Doyle, 1998, p. 407).

Sin embargo, como ya hemos mencionado, la literatura médica revela que en la actualidad el recurso a la sedación al final de la vida se ha ido ampliando progresivamente, de modo que esta práctica no siempre cuenta con una clara justificación clínica, ni ética. Por tanto, la adquisición y difusión de conocimientos clínicos y éticos en este ámbito resulta imperiosa.

Algunos de los criterios éticos que puede orientar el uso adecuado de la sedación al final de la vida son el principio terapéutico y la proporcionalidad en las terapias, el principio del doble efecto y el ejercicio responsable de la libertad en el cuidado de la salud y la vida (autonomía). Es así como la justificación ética de la sedación paliativa se basa en su carácter de intervención proporcionada a la gravedad de la situación clínica que se

busca aliviar. De hecho, la Medicina Paliativa contemporánea considera la sedación como un “recurso terapéutico extremo”, lo que significa que la severidad y la refractariedad de los síntomas que se busca paliar al final de la vida son los criterios que justifican el recurso a esta intervención terapéutica. En este contexto, recalcar la primacía del principio de respeto por la vida y por la dignidad de los moribundos, así como también el respeto por el ejercicio responsable de su libertad en la toma de decisiones médicas, son otros principios que nos ayudan a trazar los límites entre usos adecuados y abusos de la sedación al final de la vida.

La Medicina Paliativa entiende el así llamado ‘derecho a morir con dignidad’ no como un derecho a solicitar la muerte, sino como el que tiene toda persona de recibir una asistencia solidaria, integral y competente en la etapa final de su vida. Podemos afirmar que el acompañamiento al ‘buen morir’ impone una serie de *exigencias éticas*, concretadas en el deber de brindar una atención sanitaria de calidad técnica y humana, que abarque todas las dimensiones de la persona. Se trata de la obligación moral de aliviar no sólo los síntomas físicos, sino también las fuentes de sufrimiento psicológico, espiritual y social que suelen acompañar al proceso de morir (el llamado ‘dolor total’). En este sentido, podemos afirmar que el acceso equitativo a una Medicina Paliativa de excelencia – tanto técnica, como humana- debería considerarse parte de los derechos humanos fundamentales.

Esta afirmación está en armonía con lo que propone el Catecismo de la Iglesia Católica (n. 2299) al afirmar que “a los moribundos se han de prestar todas las atenciones necesarias para ayudarles a vivir sus últimos momentos en la dignidad y la paz.” También cabe recordar aquí una declaración de Pio XII, que conserva toda su validez. Ante la consulta de un grupo de médicos que le había planteado la pregunta si la supresión del dolor y de la conciencia por medio de narcóticos está permitida al médico y al paciente por la religión y la moral (incluso cuando la muerte se aproxima o cuando se prevé que el uso de narcóticos podría abreviar la vida), el Papa respondió: “Sí no hay otros medios y si en tales circunstancias ello no impide el cumplimiento de otros deberes religiosos y morales, sí.” (AAS 49, 1957, 147).

En este contexto de ofrecer una fundamentación ético- antropológica a los profesionales de la salud, los pacientes y sus familias en relación al uso de la sedación, también resulta iluminadora una cita de la Carta de los Agentes de la Salud, del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes de la Salud, en la que se sostiene que las intervenciones que producen supresión o disminución de la conciencia y del uso de las facultades superiores “son éticamente legítimas cuando directamente persiguen no la pérdida de la conciencia y de la libertad, sino la sensibilidad al dolor, y son aplicadas dentro de los límites de la exclusiva necesidad clínica.” Cf. Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes de la Salud: Carta a los Agentes de la Salud, 1995, n. 71)

Ambos planteamientos nos recalcan la misma idea: no sería lícito privar voluntaria- y directamente a un paciente del uso de sus facultades superiores, sin que exista una razón proporcionadamente grave que justifique el recurso a esta medida, que es considerada siempre como *extrema*. El fundamento teológico profundo de esta afirmación lo encontramos en *Iura et Bona* (n.21): “Los analgésicos que producen pérdida de la conciencia en los enfermos merecen, en cambio, una consideración particular. Es sumamente importante, en efecto, que los hombres no sólo puedan satisfacer sus deberes morales y sus obligaciones familiares, sino también y sobre todo que puedan prepararse para la con plena conciencia al encuentro con Cristo.”

Bibliografía

1. Cherny N & Radbruch L: European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med* 2009, 23(7): 581–593.
2. Cherny N: Palliative sedation. En : Bruera E, Higginson I, Ripamonti C & von Gunten C: Textbook of Palliative Medicine. Hodder Arnold, London, 2006. pp. 976 - 987.
3. Claessens P, Menten J, Schotsmans P, Broeckaert B. Palliative sedation: a review of the research literature. *J Pain Symptom Manage* 2008; 36: 310–333.
4. Royal Dutch Medical Association Committee on National Guideline for Palliative Sedation. Guideline for Palliative Sedation 2009. Royal Dutch Medical Association (KNMG); Utrecht, The Netherlands, 2009.
5. Veterans Health Administration National Ethics Committee. The ethics of palliative sedation as a therapy of last resort. *Am J Hosp Palliat Care* 2006; 23: 483–491.
6. Cassell EJ & Rich BA: Intractable End-of-Life Suffering and the Ethics of Palliative Sedation. *Pain Med* 2010; 11: 435-438.
7. Jansen LA & Sulmasy DP: Sedation, Alimentation; Hydration, and Equivocation: Careful Conversation about Care at the End of Life. *Ann Intern Med* 2002; 136: 845-849.
8. Jansen LA: Intractable End-of-Life Suffering and the Ethics of Palliative Sedation: A commentary on Cassell and Rich. *Pain Med* 2010; 11: 440-441.
9. Boyle J: Medical Ethics and double effect; a case of terminal sedation. *Theor Med Bioeth* 2004; 25: 52-60.
10. Juan Pablo II:
 - Carta apostólica *Salvifici Doloris* sobre el sentido cristiano del sufrimiento humano. AAS 76, 1984.
 - *Evangelium Vitae*, Ciudad del Vaticano, 1995.
 - Catecismo de la Iglesia Católica, Librería Editrice Vaticana, 1992 (n. 2299).
11. Pío XII, *Answers to some relevant questions on resuscitation* AAS 49, 24 Nov. 1957 (147).
12. Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes de la Salud: Carta a los Agentes de la Salud. Ciudad del Vaticano, 1995 (n. 71)
13. Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe: *Declaración Iura et Bona (Sobre la Eutanasia)*, Ciudad del Vaticano, 5 Mayo 1980 (n. 20-22)

VISIÓN DE LA MUERTE DIGNA EN PACIENTES TERMINALES

Nicolás Alberto Bazán, Ana Victoria Llugdar, Docente a cargo: Alejandro Barceló

Introducción

La muerte ha sido desde siempre el mayor temor e incertidumbre del hombre y a su vez es ella nuestra única certeza absoluta. Desde los inicios, el hombre ha temido a lo desconocido, por ello le teme a la muerte, alejándosele en una huida fútil con un único desenlace posible, morir.

Miles de años han transcurrido y se sigue sin conocer verdaderamente, ¿Qué es?, ¿Qué hay?, ¿Qué ocurre al morir?, entre otras incógnitas. Sin embargo algo ha cambiado recientemente... El ser humano en su afán de controlarlo todo, ha llegado a una encrucijada sin precedentes, en la que aun sin dilucidar el enigma del fin de la vida, cree dominar la situación; provocar o postergar el deceso son las excusas con las que se jacta de tener un poder cuasi-sobrenatural con el que modifica este proceso biológico.

Claro que para poder hacer uso de ese “poder”, es necesario valerse de dos grandes elementos: una ancestral ciencia basada en el cuidado del prójimo enfermo o padeciente, “homo infirmus”, ciencia y arte que rivaliza desde antaño con la enfermedad y la muerte; la Medicina. Aunque paradigmáticamente a ello, este cuidado al enfermo en un deseo desmedido de vencer su sufrir y de retrasar su fallecimiento, situando la tecnociencia médica moderna por sobre los preceptos aprendidos de Esculapio, genera en fin un daño mayor que el real beneficio para el paciente.

Por otro lado se necesita como en la mayoría de los casos un lugar y momento adecuado, un medio propicio; he aquí los siglos XX y XXI, paradigmas de la historia, cientos de años con fenómenos y consecuencias equivalentes a miles, siglos cuyas arenas del tiempo desafían toda regla y aceleran su caída exponencialmente.

De estas asociaciones surgen las dos caras de la moneda que mueve nuestro presente, por un lado avances nunca antes imaginados: la medicina ha alcanzado poder y posibilidades de la mano de nuevas tecnologías, como terapias farmacológicas, quirúrgicas, imagenológicas, estudios genómicos, diagnósticos prenatales, genererapias, etc. Con lo cual se curan a diario miles de enfermos. Sin embargo, atroces retrocesos humanitarios y éticos eclipsan en parte estos importantes avances.

Ante este panorama cualquiera creería que todo está a la deriva y que nos regimos por la ley del más fuerte; no es así, o al menos no debería serlo. Existe un último bastión para dar solución a los conflictos actuales; una ciencia relativamente nueva en su tipo pero que tiene fundamento en las más profundas raíces de las ciencias antiguas como filosofía, ética, moral, sociología, antropología, entre otras, y que a su vez se hace eco de los pensamientos más elaborados de la mente humana.

Es esta amalgama, surgida de la necesidad de solucionar nuevos conflictos antes impensados, la que llamamos Bioética.

Varias son las cualidades por las cuales la “ética de la vida” nos permite afrontar las más variadas formas de conflictos bioéticos, desde sus principios, sus modelos, sus corrientes de pensamientos o sus comités interdisciplinarios, etc. Todas herramientas que en mentes ávidas cumplen su cometido gracias al conocimiento adecuado obtenido por el incansable estudio y por la valiosísima experiencia.

He aquí uno de los puntos de mayor importancia: cuando estas herramientas son mal empleadas por la falta de conocimientos suficientes o peor aún cuando directamente se evita el uso de las mismas; estamos ante una situación similar o más grave que en la que nos encontrábamos antes de la llegada de la Bioética, viéndonos nuevamente

limitados a dar soluciones a los cada vez más frecuentes problemas éticos-biológicos, y a su vez haciendo un daño grave a la misma ciencia, la cual primero por mal uso pierde importancia, autoridad y poder; y segundo por desuso pierde finalmente toda capacidad y es olvidada en lo profundo del inconsciente colectivo, lugar donde yacen las cosas extintas o muertas y del que no hay retorno.

Esta tendencia, quizás originada en el espíritu rebelde del ser humano de oponerse a las reglas, o tal vez en la confianza de que todo es reversible o simplemente porque la ignorancia y la masificación han sido desde siempre grandes dificultades, a las que las obras que suponen un cambio, una dificultad o un compromiso global en pos del beneficio de todos, se han afrontados; es lo que hoy por hoy nos lleva a cometer atroces actos contra nuestra ecología, contra nuestra descendencia, nuestra moral, nuestro conocimiento y nuestra cultura. Todo esto nos conduce a ignorar la razón humana, dejando riendas sueltas a los problemas Bioéticos, librándolos a que sean juzgados por el destino, resueltos por el tiempo, analizados, debatidos, propuestos, avalados o refutados por el poder que hoy confieren no las antes mencionadas, experiencias, intelecto y formación, sino por el poder que da la “opinología”, la difusión masiva por medios de comunicación sensacionalistas, la impunidad y el anonimato de las redes sociales, los inescrupulosos oportunistas, entre otros.

Vemos aquí como no queda de lado lo que en un principio mencionábamos como “final de la vida”; por ejemplo si nos ubicamos en el caso de un paciente terminal, este no sería excepción para ser debatido-analizado tanto desde una simple opinión interpersonal como en un programa televisivo periodístico de cualquier jerarquía, o en diversas paginas o foros del ciberespacio, donde se expondrían diferentes posturas justificando superficialmente llevar a cabo todo lo que sea necesario hacer por preservar “su” supervivencia, haciendo uso y abuso de lo que la ciencia-tecnología brinda hoy, tomando un papel quizás sin querer de autoridad o superioridad frente a este paciente, olvidándonos que es aún una persona y que su dignidad debe ser respetada. Paralelamente ésta exposición carece de contenidos elementales como los conceptos adecuados (que en este ejemplo deberían de referirse al ensañamiento terapéutico, a la medicina paliativa, entre otros), el análisis del tipo de sociedad en cuestión, la historia de la misma, su posible futuro, los antecedentes respecto al tema, la opinión de grandes pensadores de diferentes épocas y los preceptos éticos, morales, religiosos y legales en cuestión, entre otras variables cotejables.

Característicamente estas situaciones de confrontación, de posturas opuestas, esperable en todo análisis-debate, se dan frecuentemente en nuestras sociedades de sangre latina, donde nos guiamos por nuestras emociones y sentimientos por absurdos, violentos, utópicos o correctos que parezcan, son nuestra insignia.

Así, en vez de bregar por una solución, la mejor posible por sobre todo para los pacientes, sus médicos y familiares, se entablan luchas de imposición de opiniones vencedoras y opiniones vencidas y de consensos ausentes.

¿Será quizás que en ese afán de huir la mayor cantidad de tiempo posible de un desenlace anunciado como es el morir, se impone lo que mejor sacia a un inconsciente alterado-asustado?, tomar decisiones más allá de uno, de sus intereses y comodidades en pos de la verdad, del Bien, de los valores, del prójimo y del futuro, son verdaderas decisiones que ponen a prueba al hombre en todo su ser. Creemos que esto no es solo darle una carga humanitaria verdadera al tema, sino una posibilidad de abrir nuevas soluciones teniendo así una visión futura más prometedora.

Nuestra aproximación a la Bioética de la mano de nuestros estudios universitarios en Medicina, del interés por dicha ciencia y de los docentes que nos alientan

constantemente a acrecentar nuestros conocimientos, nos ha motivado a tomar parte, por pequeña que sea, en esta difícil situación.

Hemos decidido aportar al respecto al realizar este humilde trabajo en el cual buscamos reflejar en el contexto del ámbito de Ciencias de la Salud, la cual no es ajena a los fenómenos relatados con anterioridad, como se carece de los conocimientos elementales para hacer frente a las siempre presentes cuestiones del final de la vida en los pacientes terminales.

Para poder analizar esta situación y como en todos los casos en que es dificultoso encontrar una explicación a los comportamientos o ideales ajenos, nos avocamos a analizar el problema, según la perspectiva de los otros. Esto nos aclaró el panorama en el que se encuentra la Bioética hoy por hoy en nuestro medio.

Alertados por los resultados obtenidos y con el deseo de un futuro mejor buscamos sencillamente sentar un antecedente que facilite y motive la toma de conciencia para quienes nos lean.

Materiales y métodos

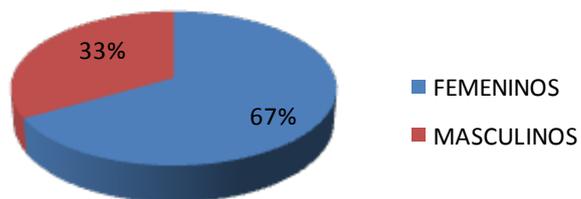
Se realizó una encuesta a alumnos, en total ciento cinco (105), de los cuales setenta (70) fueron femeninos, y treinta y cinco (35) masculinos, de edades entre dieciocho (18) y treinta y cuatro (34) años, siendo éstos procedentes de La Rioja, Catamarca, Salta, Santiago del Estero, Jujuy, Córdoba, San Juan, Santa Fé, Santa Cruz, y del país hermano de Chile; y a docentes, profesionales y trabajadores de la salud, correspondientes al área de Medicina, Nutrición, Psicología y Enfermería, siendo un total de veinte (20), de los cuales trece (13) fueron femeninos y siete (7) masculinos, de edades entre los veintiséis (26) y cincuenta (50) años, siendo éstos procedentes de La Rioja, Córdoba y Buenos Aires. Todos los participantes eran voluntarios y anónimos.

La encuesta se llevó a cabo en la ciudad de La Rioja, República Argentina, tanto en el Instituto Universitario de Ciencias de la Salud Fundación H.A. Barceló, como en el Hospital Dr. Enrique Vera Barros correspondiente a la misma ciudad.

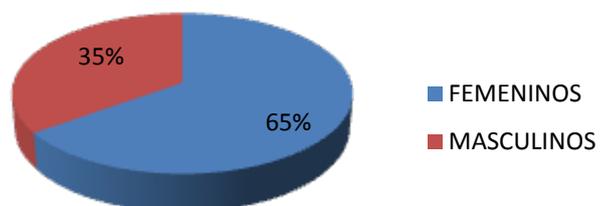
Ésta encuesta constaba de 12 preguntas todas relacionadas con el campo de la Bioética y cuestiones del final de la vida en pacientes terminales. Las preguntas buscaban evidenciar el conocimiento de conceptos elementales como EUTANASIA/ ENSAÑAMIENTO TERAPÉUTICO/ PROPORCIONALIDAD TERAPÉUTICA y MEDICINA PALIATIVA, así como también las asociaciones/sentimientos personales sobre los mismos. Las preguntas con las cuales se evaluó el conocimiento de los conceptos, fueron de opción múltiple en las cuales debían marcar la opción correcta siendo una de las posibles elecciones No sabe/No contesta. Mientras que las asociaciones personales fueron abordadas por preguntas con una modalidad que permitía una breve expresión de no más de dos renglones. A su vez se indagó acerca del grado de información, tanto a nivel internacional como nacional que poseían los encuestados respecto a cuestiones del final de la vida; estas preguntas permitían ser respondidas por SI o NO y en caso de ser afirmativa la respuesta se profundizaba con preguntas subsecuentes a desarrollar brevemente. Finalmente se preguntó, de carácter exclusivo para profesionales de las Ciencias de la Salud, sobre el conocimiento de las normas obligatorias establecidas por el código de ética de la Confederación Médica Argentina y sobre la existencia de un comité de bioética en su lugar de trabajo, permitiéndose responder por SI o NO, y en caso de afirmación se procedía a responder preguntas puntuales respecto a las mismas cuestiones.

Las encuestas fueron realizadas y entregadas a los encuestados para ser respondidas en hojas de papel tamaño oficio. Previamente se les remarcó el carácter anónimo y voluntario de su participación así como también el motivo de la realización de la misma.

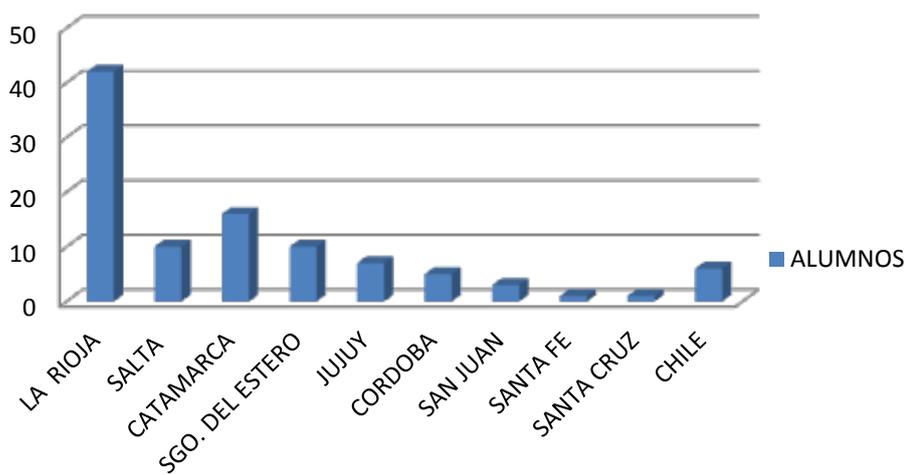
ALUMNOS

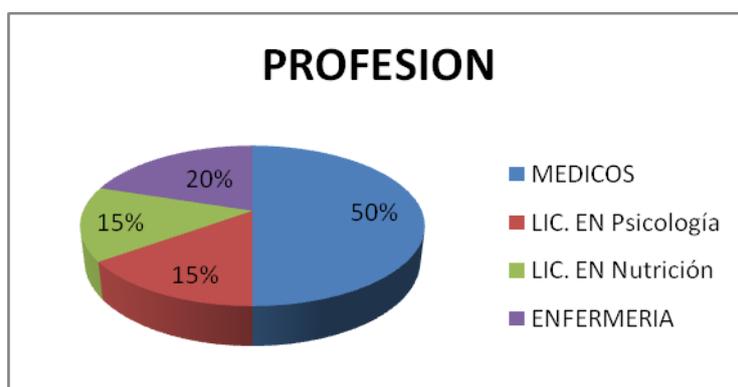


PROFESIONALES



PROCEDENCIA DE LOS ALUMNOS



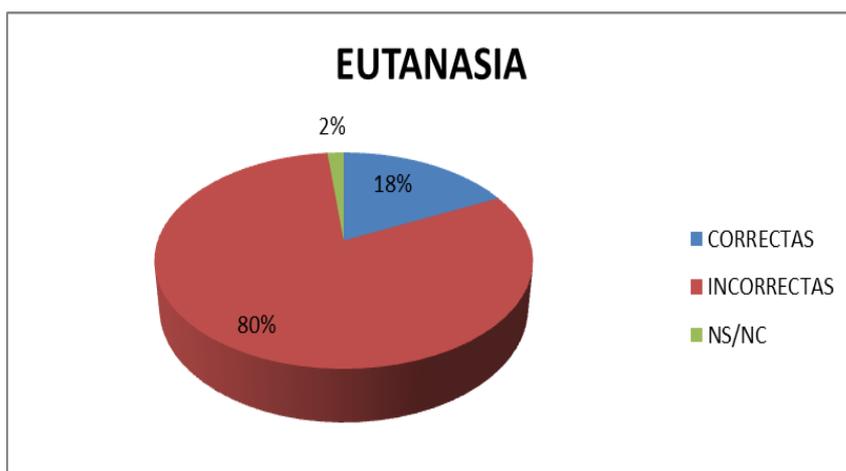


Objetivos

- Determinar el nivel de conocimiento de los correctos conceptos de Eutanasia/Ensañamiento Terapéutico/Proporcionalidad Terapéutica/Medicina Paliativa.
- Indagar sobre que genera/asocia/interpreta/siente, a nivel personal cuando se les mencionan los términos correspondientes.
- Evaluar el grado de información tanto a nivel internacional como nacional que poseían los encuestados respecto a cuestiones del final de la vida.
- Establecer el grado de conocimiento de las normas obligatorias establecidas por el código de ética de la Confederación Médica Argentina y sobre la existencia de un comité de bioética en el lugar de trabajo de los profesionales de la Salud.

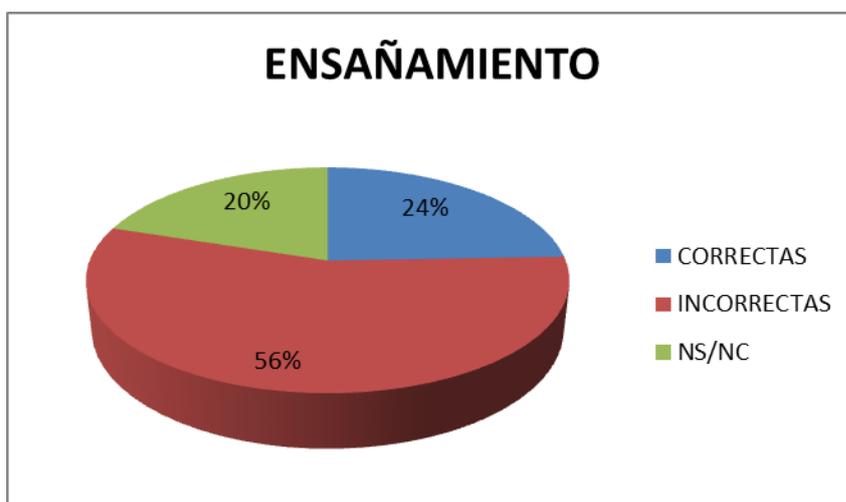
Resultados

Respecto al conocimiento del correcto concepto de Eutanasia en el alumnado de ciencias de la salud de los niveles iniciales de Medicina, Psicología y Nutrición:
 CORRECTO 18% INCORRECTO 80% NS/NC 2%



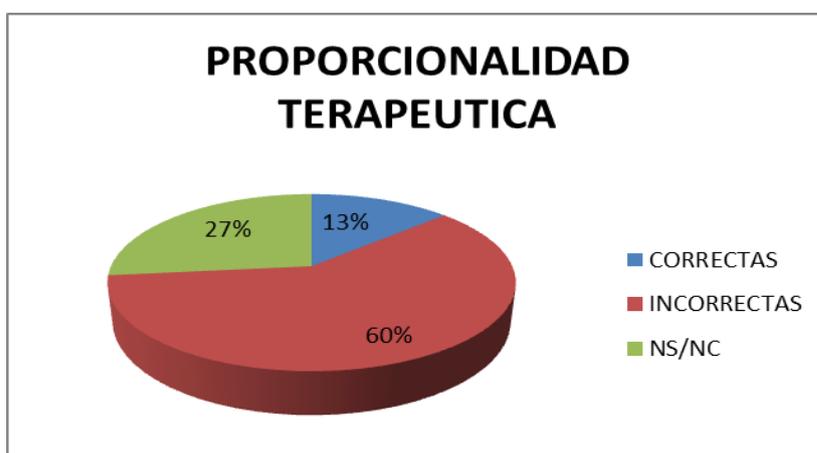
Respecto al conocimiento del correcto concepto de Ensañamiento terapéutico en el alumnado de ciencias de la salud de los niveles iniciales de Medicina, Psicología y Nutrición:

CORRECTO 24% INCORRECTO 56% NS/NC 20%

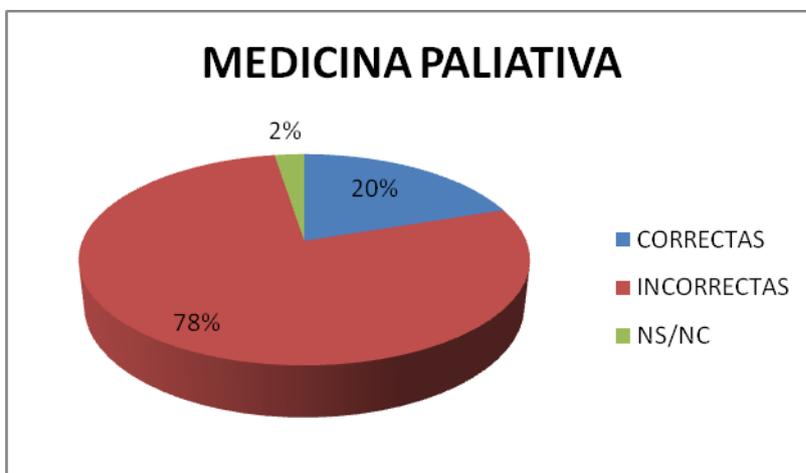


Respecto al conocimiento del correcto concepto de Proporcionalidad terapéutica en el alumnado de ciencias de la salud de los niveles iniciales de Medicina, Psicología y Nutrición:

CORRECTO 13% INCORRECTO 60% NS/NC 27%



Respecto al conocimiento del correcto concepto de Medicina Paliativa en el alumnado de ciencias de la salud de los niveles iniciales de Medicina, Psicología y Nutrición:
CORRECTO 20% INCORRECTO 78% NS/NC 2%



Respecto a lo que les genera / asocian / sienten / interpretan personalmente cuando les mencionan el término de EUTANASIA los alumnos de los niveles iniciales de ciencias de la salud de Medicina, Psicología y Nutrición contestaron en orden de frecuencia principalmente lo siguiente:

- Alivio del dolor o sufrimiento innecesario tanto del paciente como de los familiares
- Respeto de la voluntad y dignidad del paciente psíquicamente lúcido o de su familia
- Crimen/ matar/ delito
- Horror /angustia/ acto terrorífico
- Oposición a valores éticos y religiosos impuestos en nuestra sociedad
- Muerte digna
- Delito antinatural equiparable al aborto
- Una más de las técnicas medicas
- Proceso milenario oprimido por el sistema actual y la oportunidad de ir contra éste

Respecto a lo que les genera / asocian / sienten / interpretan personalmente cuando les mencionan el término de ENSAÑAMIENTO TERAPÉUTICO los alumnos de los niveles iniciales de ciencias de la salud de Medicina, Psicología y Nutrición contestaron en orden de frecuencia principalmente lo siguiente:

- Esfuerzo noble de los médicos en pos del beneficio del paciente, sin abandonarlo y a favor de la vida aun sabiendo que los resultados no son prometedores
- Obstinación del personal médico
- Acción por la cual los médicos buscan réditos económicos o acrecentar su ego
- Prolongar el sufrimiento en vano

Respecto a lo que les genera / asocian / sienten / interpretan personalmente cuando les mencionan el término de PROPORCIONALIDAD TERAPÉUTICA los alumnos de los niveles iniciales de ciencias de la salud de Medicina, Psicología y Nutrición contestaron en orden de frecuencia principalmente lo siguiente:

- Es tratar al paciente con cuanto arsenal terapéutico exista o se disponga para salvarlo
- Es aplicar un tratamiento médico específico para el cuadro clínico del enfermo
- Es evitar un mayor daño a expensas del tratamiento

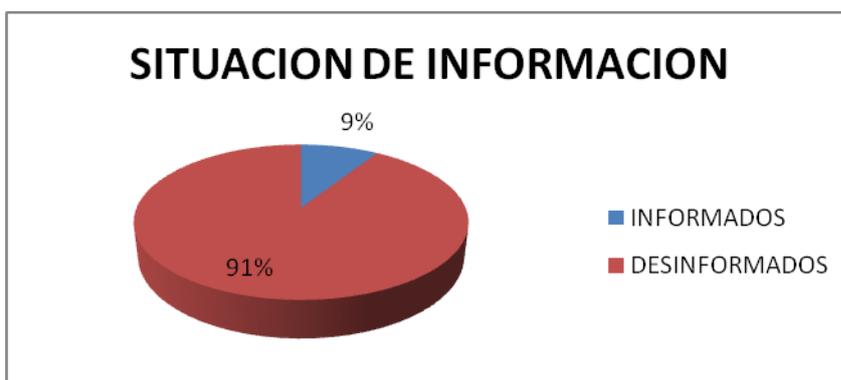
Respecto a lo que les genera / asocian / sienten / interpretan personalmente cuando les mencionan el término de MEDICINA PALIATIVA los alumnos de los niveles iniciales de ciencias de la salud de Medicina, Psicología y Nutrición contestaron en orden de frecuencia principalmente lo siguiente:

- Rama de la medicina que busca brindar el mayor bienestar posible del paciente y de su familia

- Medicina encargada de cuidar pacientes ancianos

- Es acompañar al enfermo

En cuanto a las preguntas que buscaban analizar los contenidos de INFORMACION de los alumnos de niveles iniciales de ciencias de la salud de Medicina, Psicología y Nutrición encuestadas respecto a la realidad internacional actual referente a cuestiones del final de la vida, los datos obtenidos muestran una amplia desinformación:



Por su parte quienes se encuentran informados refieren principalmente datos obtenidos por medio de la televisión, el internet y películas extranjeras (principalmente Millón Dólar Baby y Mar adentro). Los datos especificados por los encuestados son, en orden de frecuencia los siguientes:

- Casos (sin especificar cual/cuando) de EUTANASIA llevados a cabo en varios Estados de Estados Unidos de Norteamérica.

- Situación de España en la cual se busca la legalización de la EUTANASIA

- Reclamos de familiares de pacientes terminales por la EUTANASIA en España

- Reclamo de practicar EUTANASIA en una niña de 10 años con enfermedad terminal (no especifica) a nivel óseo en Argentina en fecha reciente

- Fallecimiento del "Dr. Muerte" en fecha reciente

Respecto al conocimiento de la existencia/ sanción de una ley referida a cuestiones del final de la vida en la República Argentina los alumnos INFORMADOS (9%), de niveles iniciales de ciencias de la salud de Medicina, Psicología y Nutrición respondieron específicamente lo siguiente:

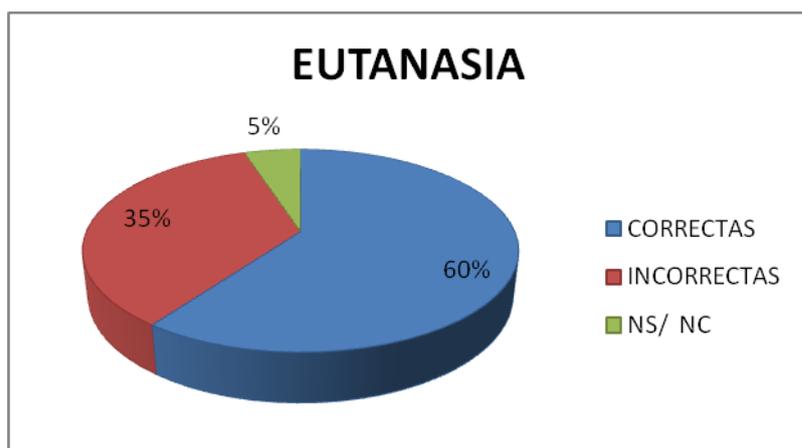
- No se aprobó ninguna ley que legalice la práctica de la EUTANASIA en territorio nacional

Los resultados obtenidos por parte de los *profesionales* de la salud; Enfermeras, Licenciados en Psicología, Licenciados en Nutrición, Médicos de diversas especialidades y Médicos-Docentes, en cuanto al conocimiento del correcto concepto de EUTANASIA son los siguientes:

CORRECTOS 60%

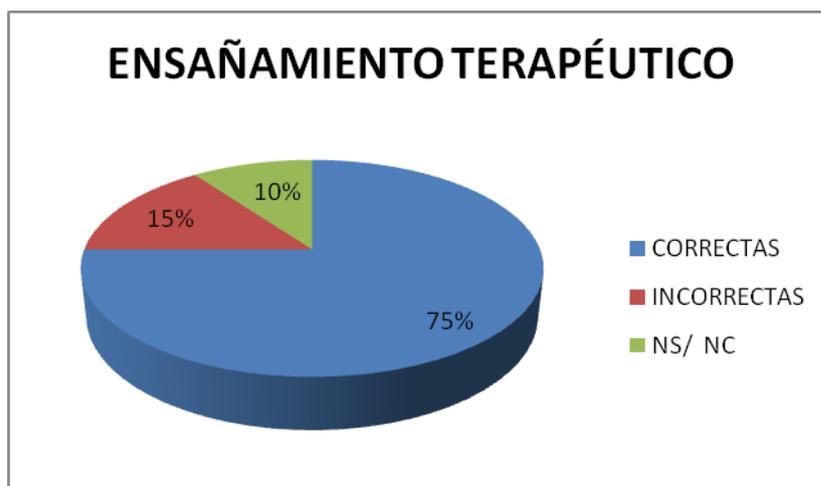
INCORRECTOS 35%

NS/NC 5%



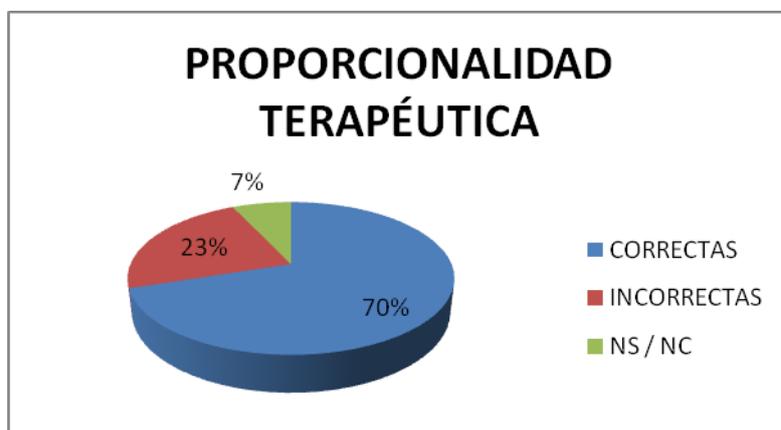
Los resultados obtenidos por parte de los *profesionales* de la salud; Enfermeras, Licenciados en Psicología, Licenciados en Nutrición, Médicos de diversas especialidades y Médicos-Docentes, en cuanto al conocimiento del correcto concepto de ENSAÑAMIENTO TERAPÉUTICO son los siguientes:

CORRECTOS 75% INCORRECTOS 15% NS/NC 10%



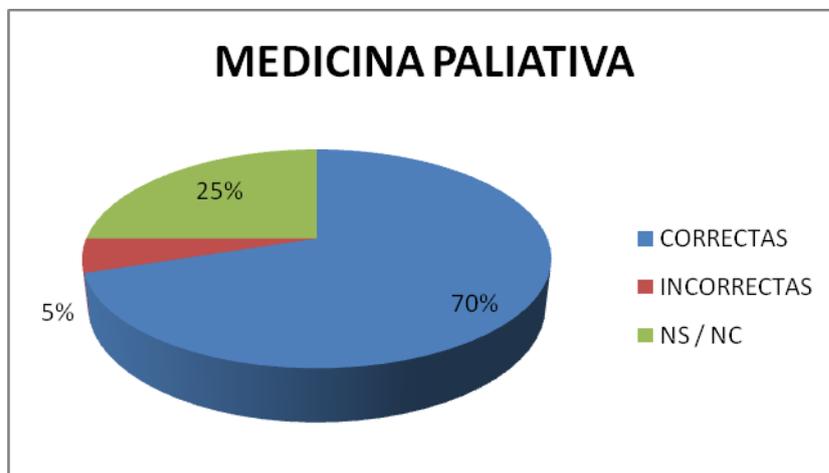
Los resultados obtenidos por parte de los *profesionales* de la salud; Enfermeras, Licenciados en Psicología, Licenciados en Nutrición, Médicos de diversas especialidades y Médicos-Docentes, en cuanto al conocimiento del correcto concepto de PROPORCIONALIDAD TERAPÉUTICA son los siguientes:

CORRECTOS 70% INCORRECTOS 23% NS/NC 7%



Los resultados obtenidos por parte de los *profesionales* de la salud; Enfermeras, Licenciados en Psicología, Licenciados en Nutrición, Médicos de diversas especialidades y Médicos-Docentes, en cuanto al conocimiento del correcto concepto de MEDICINA PALIATIVA son los siguientes:

CORRECTOS 70% INCORRECTOS 5% NS/NC 25%



Respecto a lo que les genera / asocian / sienten / interpretan personalmente cuando les mencionan el término de EUTANASIA los *profesionales* de ciencias de la salud; Enfermería, Licenciados en Psicología, Licenciados en Nutrición, Médicos de diversas especialidades y Médicos- docentes contestaron en orden de frecuencia principalmente lo siguiente:

- Evitar el sufrimiento/ agonía innecesario ayudando a morir al paciente
- Buen morir
- Matar / crimen

Respecto a lo que les genera / asocian / sienten / interpretan personalmente cuando les mencionan el término de ENSAÑAMIENTO TERAPÉUTICO los *profesionales* de ciencias de la salud; Enfermería, Licenciados en Psicología, Licenciados en Nutrición, Médicos de diversas especialidades y Médicos- docentes contestaron en orden de frecuencia principalmente lo siguiente:

-Prolongar la agonía del paciente terminal con un tratamiento no satisfactorio

Respecto a lo que les genera / asocian / sienten / interpretan personalmente cuando les mencionan el término de PROPORCIONALIDAD TERAPÉUTICA los *profesionales* de ciencias de la salud; Enfermería, Licenciados en Psicología, Licenciados en Nutrición, Médicos de diversas especialidades y Médicos- docentes contestaron en orden de frecuencia principalmente lo siguiente:

-Aplicar las medidas terapéuticas acordes a una determinada enfermedad, solo con el fin de obtener la mejoría del paciente, sin causarle mayor perjuicio

- Brindar todo tipo de tratamiento a un paciente terminal

- No ha escuchado el término

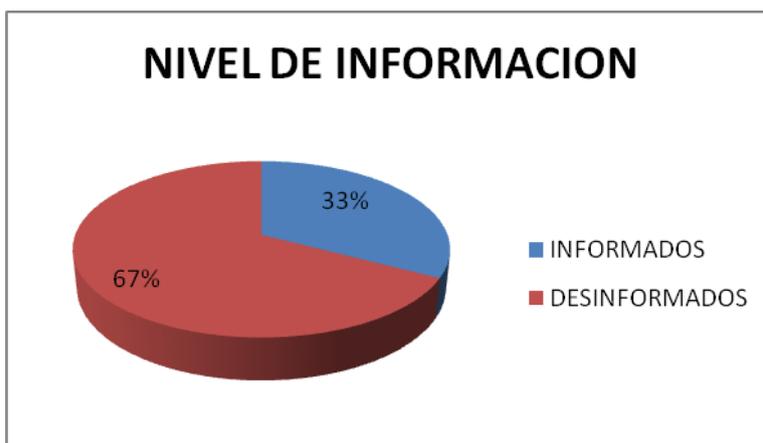
Respecto a lo que les genera / asocian / sienten / interpretan personalmente cuando les mencionan el término de MEDICINA PALIATIVA los *profesionales* de ciencias de la salud; Enfermería, Licenciados en Psicología, Licenciados en Nutrición, Médicos de diversas especialidades y Médicos- docentes contestaron en orden de frecuencia principalmente lo siguiente:

-Aplicar tratamientos y medios necesarios para lograr el mayor confort del paciente terminal y su familia, cuidando su calidad de vida

- Acompañar hasta el final al enfermo

En cuanto a las preguntas que buscaban analizar los contenidos de INFORMACION de los profesionales de las ciencias de la Salud; Enfermería, Licenciados en Psicología, Licenciados en Nutrición, Médicos de diversas especialidades y Médicos-docentes encuestados respecto a la realidad internacional actual referente a cuestiones del final de la vida, los datos obtenidos muestran una amplia desinformación:

INFORMADOS 33% DESINFORMADOS 67%



Respecto a si poseen conocimiento de las normas obligatorias en el final de la vida de pacientes terminales establecidas por la Confederación Médica Argentina, registramos una mayoría del 95% de casos que conocen correctamente las mismas.

Finalmente acerca de la existencia de comités de Bioética en los lugares de trabajo de los encuestados, encontramos resultados variantes, siendo la minoría (10%) los que afirman que existe dicho comité, desconociendo sin embargo como están conformados y si tienen resoluciones respecto al final de la vida.

Discusión

Con respecto a los datos obtenidos se ha observado que en su mayoría, los casos de respuestas incorrectas toman por concepto de Eutanasia la supresión del tratamiento para facilitar el proceso de muerte mientras que personalmente se lo asocia como una acción que tiene como fin subsanar el dolor llevando a cabo las medidas necesarias, siempre a favor del bienestar del paciente. Paralelamente la minoría referían tener conocimiento por los distintos medios de difusión sobre el tema, relacionándolos más precisamente con el caso del fallecimiento del ‘‘doctor muerte’’ (Jack Kevorkian), con la película internacional ‘‘Millón dólar baby’’ y con casos de Estados Unidos y España no especificados. A su vez desconocen leyes provinciales, nacionales e internacionales que hagan referencia al respecto. Esto refleja el acceso a la información por los distintos medios, sin ser estudiados previamente dejándolos a la libre interpretación y opinión.

Por su parte el punto que hacía referencia al encarnizamiento/ ensañamiento terapéutico, en el alumnado se interpretó de manera opuesta a lo que verdaderamente es, haciendo mención a esto como la aplicación terapéutica ininterrumpida y a cualquier precio en un paciente terminal con el fin de aliviar su dolor basándose en la beneficencia del mismo, haciendo énfasis en que el médico no debería abandonar nunca al paciente. Asimismo se

interpretó a la proporcionalidad terapéutica como una relación específicamente clínica y farmacológica adecuada a cada paciente según su cuadro clínico.

Adjudicamos a ello la inocencia que nos caracteriza al iniciar nuestros estudios en las ciencias de la salud, buscando preservar la vida a toda costa en base a un tratamiento.

En cuanto a la medicina paliativa un gran porcentaje de los profesionales, no así de los alumnos hizo referencia al cuidado activo y total, contemplando aspectos psicológicos, anímicos, farmacológicos tanto del paciente como de la familia buscando acompañar al enfermo terminal. Quizás esto se deba a que existe un mayor conocimiento del término, el cual es más mencionado en las distintas bibliografías que involucran al área de la salud, siendo este un concepto más afable, dejando en claro que el único fin es el de buscar el beneficio y acompañar al paciente y en ningún momento se atenta contra su vida.

En la sección destinada a profesionales de la salud, se observan que en lo referido a las normas obligatorias establecidas a nivel nacional, según la Confederación Médica Argentina respecto al final de la vida la casi totalidad confirmó el conocimiento de las mismas.

En tanto la gran mayoría dice desconocer la existencia de un comité de bioética en su lugar de trabajo, reconociendo la necesidad de contar con uno y la importancia de tratar diferentes temas.

Conclusión

La situación de la bioética referida a cuestiones del final de la vida es como creíamos conflictiva y seguramente no diferente a lo que se vive en otras sociedades similares. Concordamos que vivimos un momento de gran poder de impacto tanto de la bioética para con el ambiente como viceversa, creando esta última instancia cierto daño a ésta ciencia así como también al intelecto humano y a la evolución sociocultural social.

Creemos que en el ámbito médico esto es un fenómeno más de adaptación al que los preceptos éticos y filosóficos deben enfrentarse en una tecno-medicina postmoderna, lo cual así como un microorganismo se defiende de un antimicrobiano posiblemente siga creando cierta resistencia en el medio, situación constante desde sus inicios en el siglo pasado. Es pues importante hallar la forma de jerarquizar, de una vez por todas a la bioética, de darle el rol protagónico que se merece a la hora de abordar conflictos tales como el del final de la vida en pacientes terminales, como por ejemplo con la adecuada capacitación profesional y con la formación de comités interdisciplinarios, como ocurre en centros avanzados al respecto y que son ejemplos a seguir. No sólo porque es correcto, o "proporcional" a la situación y permitiría acrecentar los conocimientos y dar soluciones a las poco sencillas decisiones medicas del final de la vida, sino porque también se lograría un beneficio real y efectivo para quienes en última instancia son los actores principales, es decir los pacientes.

Por otra parte, a nivel social se da un fenómeno común a múltiples otras ciencias o conocimientos, en el cual se pretende progresivamente simplificar las formas de abordar y de manejar muchas cuestiones intelectuales. Es esta penosa "in-intelectualización" la qua aplana las características cognitivas del día a día. No afirmamos esto por los meros resultados obtenidos que buscaban ahondar en los conocimientos de los encuestados, ya que creemos que la falta de los mismos era en cierta forma esperable dado que no son temas de enseñanza obligatoria en las escuelas o en los niveles iniciales de carreras relacionadas con la salud, ni porque tampoco es una veta de conocimientos seguida por muchos profesionales, lo afirmamos por el hecho de que son los mismos carentes de conocimientos elementales quienes con asociaciones personales debaten, aprueban o refutan al respecto, lo cual tampoco es penable pero si crea un efecto de amplificación a

modo de ecos sobre el tema contribuyendo al desarrollo de una cierta perspectiva colectiva, correcta o no pero si cimentada en la ignorancia, situación a la cual denominamos visión social del final de la vida en pacientes terminales. Con el mismo precepto podríamos citar numerosos ejemplos de la más variada temática.

Quizás la raíz de todo esto sea una cuestión cultural que nos caracteriza, sumada a niveles de educación deficitarios es decir un medio predispuesto y un detonante pero no es nuestra intención ni mucho menos nuestra función adentrarnos en cuestiones educacionales o políticas ya que precisamente no estamos capacitados y por ellos no nos corresponde.

Simplemente lo que buscamos es motivar al lector, tanto aquel que carece de conocimientos elementales para que no siga dañando consciente o inconscientemente a la bioética, a sus estudiosos, a los médicos que cargan con difíciles decisiones del final de la vida, a quienes legislan cuestiones inherentes y a los mismo pacientes , como aquel idóneo en esta ciencia para que contribuya a revertir o detener esta tendencia perjudicial para la evolución social, cultural y cognitiva de nuestras sociedades en pos del bienestar común.

Es esta pues nuestra VISION del final de la vida en pacientes terminales.

Bibliografía

Mainetti, J. A. (1990). *Bioética fundamental. La crisis bio-etica*. La Plata, Argentina: Quirón.

Mainetti, J. A. (1988). *La crisis de la razón médica. Introducción a la filosofía de la medicina*. La Plata, Argentina: Quirón.

Mainetti, J. A. (1995). *Antropo-bioética*. La Plata, Argentina: Quirón.

Asociación Médica Argentina. (2001). *Código de ética para el equipo de salud*. Buenos Aires, Argentina.

Taboada Paulina. (2000). El derecho a morir con dignidad (versión electrónica). *Acta bioethica*; año VI, n° 1.

Shand-klagges Beatriz. (2009). Nutrición en el paciente en estado vegetativo (versión electrónica). *Persona y Bioética*; vol.13, numero 33.

León Correa Francisco J. (2009). *Bioética razonada y razonable. 1º edición*. Santiago de Chile; Chile: Fundación internacional de ciencia y vida.

CASO HANNAH JONES

Reflexión interdisciplinaria en torno a muerte 'digna' y la autonomía del paciente adolescente.

*Margarita Bosch, Isabel del Carmen Colecchia, Graciela Faiman, Enrique Habif, Ana Ivenskis, Marta Lachowicz, Alicia Losoviz*⁴²¹

1.- Introducción: Este trabajo sobre un caso de actualidad, remite a la reflexión entre profesionales de diversas disciplinas, quienes regularmente se reúnen en el ámbito del Capítulo de Bioética y Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina. El material que procede de medios periodísticos, ha sido aprovechado como situación hipotética para un ejercicio de análisis bioético, con obstáculos epistemológicos que se intentaron superar.

2.- Situación: Refieren titulares de medios gráficos, que la adolescente inglesa Hannah Jones, “...ganó la batalla legal sobre como terminar su vida”⁴²² y que “...a los 13 años eligió una muerte digna”⁴²³.

De la información recavada en periódicos nacionales e internacionales, se extrae una breve síntesis acerca del historial médico de la paciente.

Hannah nació el 7 de julio de 1995, en el condado de Herefordshire – Inglaterra, con un trastorno motriz funcional que le impidió caminar hasta los tres años. Su evolución fue favorable al punto de que su madre la apodó 'Indy', en honor a Indiana Jones, por lo activa y aventurera que era de pequeña.

En 1999, a la edad de 4 años, se le diagnosticó una leucemia por la que recibió un tratamiento de quimioterapia durante varios meses. En marzo del año siguiente el cáncer estaba en remisión, pero los médicos advirtieron una falla cardíaca como efecto secundario de la terapéutica. Allí fue cuando se comenzó a plantear la necesidad de un trasplante de corazón⁴²⁴. Recién a la edad de 9 años, 2004, pudo iniciar el colegio. Dos años después, sufrió un episodio de desmayo por el cual tuvo que ser hospitalizada, comprobándose posteriormente que su miocardiopatía había empeorado. En el 2007, en el Hospital Infantil de Birmingham se le implantó un marcapaso y se continuó debatiendo acerca de la indicación de un trasplante, comunicando Hannah a sus padres y a las autoridades de salud, que no quería más tratamientos y que deseaba regresar a su casa, aunque dicha acción implicara su muerte.

En el mes de marzo de 2008, un médico del hospital de su pueblo, el centro asistencial Herefordshire Primary Care Trust de Hereford (Reino Unido) insistió con la intervención mencionada⁴²⁵. Ante la negativa de Hannah, avalada por sus progenitores, la dirección del hospital decidió acudir a los tribunales, con el objetivo de retirar temporalmente la custodia de los mismos y 'obligar' a la adolescente a someterse a la

⁴²¹ Mgter. Margarita Bosch (bioética y familia); Dra. Isabel del Carmen Colecchia (médica); Lic. Graciela Faiman (psicoanalista); Dr. Enrique Habif (médico psiquiatra); Lic. Ana Ivenskis (psicoanalista); Dra. Marta Lachowicz (abogada) y Dra. Alicia Losoviz (Médica psicoanalista y Coordinadora del Capítulo de Bioética y Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina) Correspondencia: Dra. Alicia Losoviz – Billingham 2129 – 2do.ºE” – Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1425DTQ) – ARGENTINA / Correo electrónico: ailosoviz@intramed.net / www.bioeticaclinica.com.ar

⁴²² Diario Crítica de la Argentina. Edición del 12/11/08. Título completo del art.: “Una adolescente británica ganó la batalla legal sobre como terminar su vida”.

⁴²³ Diario Crítica de la Argentina. Edición del 12/11/08. Título completo del art.: “Una adolescente británica ganó la batalla legal sobre como terminar su vida”.

⁴²⁴ Diario La Vanguardia, España. Edición del : 13/11/08. Título del art.: “No soy una chica normal de mi edad”.

⁴²⁵ Diario El País, España. Edición del 12/11/09. Título del art.: “Hannah no quiere otro corazón”.

cirugía. Tras varios procedimientos legales, unidos al informe de una trabajadora social, la institución decidió retirar la demanda.

Dicen los medios que los padres expresaron: “*Deseamos tener a Hannah con nosotros todo el tiempo que sea posible, pero no vamos a forzarla a hacer algo que no quiere*”⁴²⁶.

3.- Análisis del material:

Se trata de identificar:

a) Personajes emergentes:

Paciente.

Grupo familiar:

- madre Kirsty, ex enfermera de cuidados intensivos;
- padre Andrew, auditor de profesión y
- tres hermanos menores.
- Equipo médico.
- Asistente social.
- Instituciones en general.

b) Posiciones que crean tensiones conflictivas:

- de **médicos**, quienes proponen el trasplante cardíaco como única solución con pronóstico incierto.
- de **Hannah**, quien rechaza la cirugía.
- de los **padres**, quienes apoyando la demanda explícita de su hija, dicen: “*ha decidido que ya es suficiente*”⁴²⁷, de lo cual se infiere su aceptación de interrumpir la hospitalización y regresar al hogar, sin más terapéuticas que las de sostén.

4.- Algunas cuestiones disciplinares

A.- Desde la Medicina:

Se sabe que las drogas aplicadas en la quimioterapia de la leucemia, pueden sobrevenir efectos cardiotoxicos que conduzcan a una miocardiopatía irreversible.

La miocardiopatía dilatada es la modalidad más frecuente de esta patología. En ella se observa un compromiso acentuado de la función ventricular sistólica con insuficiencia cardíaca y trastornos del ritmo, tanto a nivel auricular como ventricular⁴²⁸. En este caso, los factores predisponentes para la enfermedad cardíaca son los sucesivos tratamientos quimioterápicos administrados por la patología de base y la combinación terapéutica con otras drogas.

Asimismo, la insuficiencia cardíaca avanzada es considerada terminal cuando es refractaria al tratamiento médico y no es subsidiaria de trasplante cardíaco.

Por consiguiente, ¿Se puede considerar a Hannah, como una paciente portadora de una enfermedad terminal?

La literatura nos muestra que la alteración cardíaca acompañada de una insuficiencia severa constituye la más frecuente indicación de trasplante en niños y jóvenes de 10 a 18 años, siendo la supervivencia para este tipo de cirugía de 13,7 años⁴²⁹.

⁴²⁶ Diario El País, España. Edición del 21/07/09. Título del art.: “Hannah Jones cambia de idea y acepta un trasplante de corazón”.

⁴²⁷ Diario El País, España. Edición del 21/07/09. Título del art.: “Hannah Jones cambia de idea y acepta un trasplante de corazón”.

⁴²⁸ Bertolasi, Carlos y otros. *Cardiología Clínica*, Cap. 29: Enfermedades del Miocardio. Tomo 3, pág. 2191. Ed. Intermédica, 1987.

⁴²⁹ Camino, M; Maroto, E. y otros. Art. “Trasplante cardíaco pediátrico”. *Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Cardiología Pediátrica*, Hospital Infantil Gregorio Marañón. Cap. 18 pág. 1 a 12. Madrid, España.

Se trata de reflexionar si el tratamiento aconsejado era el adecuado y si la relación profesionales - paciente y grupo familiar era la apropiada.

Para el criterio médico la indicación de trasplante era la conveniente.

Pero, en cuanto a los aspectos de la relación profesional - paciente surgen algunas preguntas:

- ¿Es correcto en general coaccionar a un paciente a seguir la indicación del facultativo?
- ¿Se habrá debido la negativa de la adolescente a una deficiente relación médico-paciente-familia?

La relación profesional – paciente constituye un núcleo ético en medicina, definiendo a aquélla como el encuentro entre dos o más personas con igual dignidad, sostenido en el respeto mutuo y la neta comprensión del médico de circunstancias clínicas globales. Relación vincular que debe acotarse a una interacción basada en confianza y compromiso, entre personas autónomas y libres, en condiciones ideales.

B.- Desde el Derecho

En el caso mencionado, la polémica se extendió del ámbito hospitalario al judicial, aunque finalmente se desistió de la acción legal iniciada por parte de los médicos.

Mientras que el concepto de capacidad es eminentemente jurídico, en Bioética se emplea el término *competencia*, de mayor flexibilidad cuando están en juego “derechos personalísimos”, como es decidir sobre el propio cuerpo.

Los aspectos legales puestos en juego deben entrecruzarse con otras miradas humanistas, que brindan una lectura más comprensiva del dolor humano.

El caso, puede ser enfocado desde varias aristas, siendo un abordaje posible desde los diversos personajes que intervienen:

- Hannah
- padres
- cuerpo médico
- equipo legal

a.- Hanna

El primer aspecto a tener en cuenta es el de la edad de la protagonista: una adolescente, quien todavía no ha alcanzado la edad legal para el ejercicio pleno de sus derechos. No obstante ello: ¿es competente para ejercer su autonomía?

Hay que destacar que el ejercicio de “derechos humanos personalísimos”, como el de decidir acerca de su propio cuerpo, es tema de relevancia. El discernimiento es un importante factor al analizar la autonomía y reconocer si el sujeto puede asumir una decisión. En el proceso de crecimiento, el niño va evolucionando y adquiriendo esa dimensión que le permitirá comprender y decidir. La legislación civil en Argentina, al fijar franjas etarias con atribuciones distintas, adopta este criterio.

La filosofía que atraviesa la Convención de los Derechos del Niño, prioriza el interés superior del niño⁴³⁰.

¿Podría afirmarse, entonces, que Hannah es competente para rechazar el tratamiento indicado por sus médicos? La respuesta seguramente no será única, pero requiere la flexibilidad de una mirada amplia y comprensiva.

b.- Los padres

Son los representantes legales de los hijos menores de edad y ejercen, respecto a ellos, la patria potestad.

“La patria potestad es el conjunto de deberes y derechos que corresponden a los padres sobre las personas y los bienes de los hijos, para su protección y formación integral,

⁴³⁰ Convención de los Derechos del Niño. 20/11/89. Art. 3.

desde la concepción de éstos y mientras sean menores de edad y no se hayan emancipado” ⁴³¹.

Corresponde enfatizar el carácter protector de este instituto, que focaliza la mirada en el interés de los hijos y contribuye al moderno criterio democratizador de la familia.

Hannah clama por vivir lo que le resta vivir en familia.

¿Podría exigirse a los padres que, en cumplimiento de los deberes derivados de la patria potestad, obligaran a su hija a someterse al trasplante cardíaco contra su voluntad?

¿Sería jurídicamente cuestionable la actitud de los padres de acompañar la decisión de Hannah? ¿Están otorgando un ilimitado poder de autonomía a su hija? ¿El ejercicio de la patria potestad debe imponerse a la voluntad explicitada de la adolescente?

Demasiados interrogantes para no encontrar respuesta. Cabe reflexionar que, como todos los padres, desean ‘lo que creen mejor’ para sus hijos. Los aspectos legales puestos en juego deben entrecruzarse con miradas psicoanalíticas, que brindan una lectura más integradora del dolor humano.

c.- Los médicos

Su actitud puede analizarse desde una mirada dual:

-por paternalismo

- por cuidar su responsabilidad

Los médicos consideran que deben generar acciones, que deben ‘hacer’ para ‘salvar’ a Hannah.

Desde un arraigado obrar paternalista suelen fundamentar sus actuaciones en aspectos biológicos, imponiendo criterios despojados de vertientes psíquicas, de lo que esta niña habla es de un problema emocional que no parece interpretado.

La situación no pudo quedar contenida en la trama de la relación médico-paciente/familia y llegó a la justicia.

¿Es ética la conducta de los médicos de judicializar el caso, a fin de quitar la tenencia a los padres y así intervenir quirúrgicamente?

¿Puede la justicia arrogarse el derecho de dirimir la cuestión dilemática derivada de las tensiones profesionales, ‘obligando’ a Hannah a someterse al trasplante cardíaco contra su voluntad, aún cuando el resultado es incierto?

C.- Desde el Psicoanálisis

Hannah es una adolescente en un período de la vida cursando una crisis en búsqueda de identidad, atravesada por los conflictos de los múltiples duelos a elaborar, sobre la imagen corporal y las figuras parentales.

Los periódicos mencionan que Hannah “*ganó una batalla*”. Para un marco médico biologicista queda planteado en términos de resultados de guerra: ganar o perder. Pero desde marcos más intangibles ¿a qué otra batalla se puede referenciar la situación de Hannah?, pues no se establecen alusiones ni del deseo, ni de encubiertas batallas pulsionales de Eros-Tánatos.

Intangibles aspectos de dimensiones fantasmáticas, no siempre son tenidos en cuenta por las incursiones de la medicina las que pueden imponer distorsiones de sentido, sobre ciertas acciones llevadas a cabo.

Una reflexión de Colette Audry: “*Los padres no terminan jamás de batirse por su hija enferma, la resignación les resulta imposible, y al luchar por ella luchan por ellos mismos, a riesgo de terminar de luchar también contra ella en nombre de esa enfermedad que no pueden soportar*” ⁴³².

⁴³¹ Código Civil Argentino. Art. 264.

⁴³² Maud Mannoni: *El niño retardado y su madre*. Prefacio por Colette Audry. Editorial Paidós, 1982

¿Decisión de Hannah motivada por omnipotentes fantasías como que le permitirían ‘ganar’ a la enfermedad y a la muerte?

Desconfianza y enojo ante los médicos y sus prácticas, pues si bien los profesionales detuvieron con sus terapéuticas la leucemia, no han podido ‘curar’ a la paciente.

Por otra parte, ¿realmente dijo Hannah, “*quiero morir dignamente*”? ¿Dispone ella de recursos psíquicos para enfrentar la crisis adolescente e interpretar la realidad de su patología desde sus escasos trece años, ocho de ellos enfermos?

La paciente impresiona que ha devenido como objeto de cura de la medicina, quedando despojada de una interpretación de su subjetividad. Un psicoanalista entrenado debería dar cuenta de la constelación del imaginario emocional de Hannah y familia, para así priorizar otros cualificados argumentos en la toma de decisión.

Cabe aquí enfatizar el concepto de dolor psicofísico, como un fenómeno límite entre cuerpo y psiquis. Una diferencia que cabe acotar es que mientras la noción de dolor es remitida generalmente a una sensación local ‘causada’ por una lesión corporal, la noción de sufrimiento refiere por otra parte, a una perturbación integral cuerpo-mente, que involucra otras dimensiones de las fantasías del paciente. Por ello, toda vivencia de dolor mental de un paciente particularmente amenazado por riesgo de muerte, debe ser cabalmente significada por el equipo terapéutico en pleno.

D.- Desde la Bioética

Diversos temas de la Bioética sobrevuelan la sombra del caso de Hannah Jones: autonomía, beneficencia, paternalismo justificado, no maleficencia, pronóstico, diagnóstico, información, rechazo, consentimiento, vida, riesgo de muerte, muerte digna, encarnizamiento terapéutico, dolor psíquico, entre otros.

La bioética propone un marco teórico para poder pensar sobre estos conceptos, de los cuales se abordan algunos de ellos.

Beneficencia: del latín *bonum facere*, lit. “*hacer el bien*”, en tanto acciones del deber de ayuda profesional vinculadas al diagnóstico, pronóstico y tratamientos con objetivos médicos, para ‘salvar’ a Hannah. Según el paradigma mecanicista, un criterio de ayuda médica implica restituir la función al órgano, dando fundamento en este caso, a la indicación de trasplante de corazón. Pero, si la beneficencia es promover el bien del paciente, a través de actos positivos de ayuda, ¿cuándo las acciones profesionales pueden pasar a convertirse en un ensañamiento terapéutico? ¿Hay que hacer todo lo posible para prolongar una vida?

Autonomía: Del griego *autos* = uno mismo y *nomos* = regla, autoridad o ley; lit. "gobierno propio o autodeterminación") **el principio de autonomía o autodeterminación** es aquel por el cual cada uno es un sujeto libre, tiene capacidad de decidir y debe ser respetado.

Una toma de decisión requiere de información adecuada, ausencia de coerción y plena competencia del paciente.

¿Se halla esta adolescente en condiciones emocionales de tomar una decisión cabal sobre sí, máxime cuando viene enferma desde pequeña y con serio compromiso de vida? ¿Qué intervenciones por parte del médico están justificadas ante un paciente como Hannah, ante la preferencia mencionada y pensando en el respeto a la autonomía, con una cierta capacidad de discernimiento para tomar una decisión sobre sí, con compromiso de vida? ¿Qué se juega?

¿Encarnizamiento terapéutico o abandono del paciente? ¿Qué rol juega el deseo inconciente del sujeto? ¿Autonomía, deseo o empecinamiento de la paciente?

No Maleficencia = del latín *non malum facere*, lit. “*no hacer daño*”. La obligación moral de abstenerse de forma intencionada de realizar acciones que puedan hacer mal,

es más obligante que el deber de ayuda. ¿Qué implica no dañar, en un caso como el referido?

Muerte digna: Se considera que el derecho a morir dignamente es aquel que tienen los enfermos incurables y terminales de recibir tratamientos paliativos para evitar el sufrimiento, sin el empleo de métodos desproporcionados y recurriendo solamente a medidas razonables.

La muerte es una de las etapas de la vida. El avance de las nuevas tecnologías ha producido una modificación en las formas de morir, por lo que el concepto de muerte digna debe ser cuidadosamente definido. Una persona puede morir en su casa, rodeada de sus afectos, tal como Hannah ha solicitado. En contraposición con la soledad de la muerte en una sala de terapia intensiva, conectado el paciente a todo tipo de aparatos. Es una importante cuestión para preguntarse acerca de la dignidad en el final de la vida.

5.- Colofón

En el mes de julio del 2009, al cumplir los 14 años, se complicó su estado de salud con una insuficiencia renal, no pudiéndose aplicar tratamiento de diálisis dado la falla miocárdica.

Hannah cambió de actitud y decidió aceptar la cirugía, manifestó: “*Sé que decidí no someterme nunca a esta operación, pero todo el mundo tiene derecho a cambiar de opinión*”⁴³³.

¿Por qué cambió la joven de opinión? ¿Habría sentido muy cerca el final de su existencia y temió morir? ¿En qué medida el grupo familiar estableció reconexiones que resignificaron la situación y permitieron la aceptación de la cirugía? No lo sabemos. También nos hemos preguntado acerca de fantasías por recibir un órgano de donante cadavérico.

Este caso aproxima a las dudas morales que se gestan en cuanto una toma de decisión sobre una paciente menor de edad, competente, que padece de una enfermedad que requiere de complejas terapéuticas.

Hannah fue sometida al trasplante en el Hospital Infantil Great Ormond Street de Londres. Las últimas notificaciones periodísticas confirmaron que se recuperaba en forma estable. A partir de ese momento, no ha sido posible obtener más información.

6.- Conclusiones

La Bioética permite profundizar el valor de la vida y sentido de la muerte, con intervenciones que deben estar médicamente consensuadas, desde los planteamientos morales formulados.

La metodología de la estrategia profesional en casos complejos debiera incorporar también recursos de salud mental, en actuación interdisciplinaria.

El derecho de decidir de cada paciente será relativo a las circunstancias de la historia personal de cada uno, así como de su grupo familiar.

Los avances de la ciencia y la tecnología deberían usarse para beneficio del hombre y no el hombre estar al servicio de éstos.

Se concluye enfatizando que es recomendable evitar la judicialización de la praxis médica, lo cual será posible instrumentando el respeto a la singularidad de cada sujeto en procesos de diálogos comprensivos, en el marco de las relaciones con el equipo de salud.

7.- Bibliografía

⁴³³ Diario El País, España. 30/07/09. Título del Art.: “Una menor rectifica y acepta un nuevo corazón”-

- Beauchamp, Tom y Childress, James: "*Principios de Ética Biomédica*". Ed. Masson. Barcelona, 1999.
- Bertolasi, Carlos y otros. "*Cardiología Clínica*". Ed. Intermédica, Argentina. 1987.
- Camino, M; Maroto, E. y otros. Art. "*Transplante cardíaco pediátrico*". Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Cardiología Pediátrica, Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid, España.
- Código Civil Argentino
- Convención de los Derechos del Niño.
- Freud, Sigmund: Obras completas. Amorrortu.

LOS CUIDADOS PALIATIVOS COMO DERECHOS HUMANOS BÁSICOS

*Dra. María Susana Ciruzzi*⁴³⁴

**“Soy un hombre, y nada de lo humano me es ajeno”
Terencio**

I.- El tratamiento médico. Curar. Paliar. Confortar. Acompañar.

La atención de pacientes en etapa terminal o con enfermedad avanzada importa un gran desafío para el equipo de salud que los enfrenta a la imposibilidad de “curar”, cuando tal ha sido –históricamente- la concepción de su “función” con la que han sido formados en las universidades. Ello lleva a la confrontación entre el deseo y la intención con la realidad mortal y finita del ser humano: la muerte es un hecho que, más tarde o temprano, acontecerá a cada uno de nosotros. Muchas veces, la gran mayoría de las ocasiones, solamente podremos postergar ese fin, demorarlo, mas no evitarlo. Esto suele provocar frustración en la mayoría de los profesionales de la salud, que sienten a la muerte de un paciente como un “fracaso” profesional y no como el fin ineludible de la experiencia vital. Tal sentimiento se encuentra íntimamente ligado con el “paternalismo y omnipotencia médica”, que considera al monopolio del saber como aquél elemento que justifica la toma de decisiones médicas, con independencia de la voluntad del paciente, con la finalidad de hacer aquello que se entiende es su beneficio.

La terminalidad también resulta desafiante para el propio paciente y su familia. Nos enfrenta con nuestra propia muerte, con nuestra espiritualidad y nos recuerda que la eternidad existe en una concepción religiosa de la vida, pero la vida –en su expresión meramente biológica- es totalmente finita.

Sin embargo, tales obstáculos no deben opacar las distintas variantes positivas que se nos presentan en el cuidado en el final de la vida: es cierto que la primera obligación médica es curar, pero cuando la salud ya no puede ser repuesta, cuando la enfermedad ya no puede ser combatida, aún tenemos muchas herramientas a mano para garantizarle al paciente un digno cuidado y su mejor calidad de vida. Paliar el dolor, confortar al paciente y su familia, acompañarlos en el tránsito a la muerte, suelen ser otros tipos de tratamientos que muchos profesionales de la salud desdeñan como menores y/o sin importancia. Sin embargo, nuestra experiencia marca que dichas medidas suelen ser altamente idóneas y valiosas para el paciente y su familia, contribuyendo a disminuir la angustia que tal situación produce en todos los actores.

Los pacientes tienen otras preocupaciones además de simplemente intentar prolongar sus vidas. Recientes estudios sobre pacientes terminales han demostrado que sus prioridades fundamentales incluyen, además de evitar el sufrimiento, estar con sus seres queridos, tener contacto con otras personas, estar concientes y no convertirse en una carga para los otros. Nuestro sistema centrado en la tecnología médica ha fracasado en satisfacer estas necesidades, y el costo de este fracaso se mide más allá de un puñado de pesos. La cuestión más difícil que enfrentamos en este sentido no es cómo cubrir los gastos del sistema, sino cómo podemos construir un sistema asistencial que realmente ayude a los pacientes murientes a alcanzar aquello que es más importante para ellos al final de sus vidas.

⁴³⁴ Hospital de Pediatría SAMIC Prof. Dr. Juan P. Garrahan. Observatorio de Salud. Facultad de Derecho UBA Seminario de Investigación en Derecho de la Salud. Instituto de Investigaciones “Ambrosio Gioja” Facultad de Derecho UBA.

Antiguamente, la muerte iba acompañada de una serie de costumbres preestablecidas. Las guías del “Ars Moriendi”, el arte de morir, eran extraordinariamente populares: así, un texto latino de 1415 fue reimpresso en más de un centenar de ediciones a lo largo de Europa. Reafirmar la fe, arrepentirse de los pecados, distribuir nuestras posesiones materiales y complacer nuestros deseos eran cruciales, y esas guías proveían a las familias con los elementos necesarios para asegurarse que las prioridades del paciente fueran respetadas en las horas finales.

En nuestros días, las enfermedades catastróficas son la excepción: para la mayoría de los pacientes, la muerte es una consecuencia de una larga lucha médica con una condición incurable –cáncer avanzado, falla multiorgánica progresiva (usualmente el corazón, los riñones y el hígado), o por las múltiples debilidades propias de la edad avanzada-. En todos esos casos la muerte es un hecho “seguro”, pero el “tiempo de muerte” no. En consecuencia, todos los involucrados luchan contra esta incertidumbre, con el cómo y cuándo aceptar que se ha perdido “la batalla”. Y como última palabra, estos pacientes apenas parecen existir porque la tecnología mantiene nuestros órganos mucho más allá del momento en que perdemos nuestra conciencia y coherencia. En estas circunstancias, la mayoría de los enfermos han entendido que sufren de una condición fatal pero no necesariamente han aceptado que están muriendo. Muchos, aún, quieren vencer a la enfermedad.

Es cierto que siempre existe una esperanza, no importa cuán pequeña o débil. Nada de malo tiene asirse a la misma. A menos que ello signifique fallar en prepararse para lo “por venir” que es –usualmente- lo más probable. El problema radica, justamente, en que construimos nuestro sistema de salud y cultura alrededor de esa frágil esperanza. Hemos construido un edificio que cuesta millones de millones para repartir el equivalente de boletos de lotería cuando solamente tenemos un sistema rudimentario que sirve para preparar a los pacientes con la casi certeza de que esos boletos no ganarán. La esperanza no es un plan ni un tratamiento, pero parece ser nuestro único plan, nuestra única “alternativa terapéutica”.

Esta moderna tragedia se repite millones de veces, una y otra vez. Cuando no existe una forma de saber exactamente cuánto tiempo nos queda, y/o cuando imaginamos tener más tiempo que el real, nuestro impulso más primitivo consiste en luchar, morir con quimio en nuestras venas o un tubo en nuestras gargantas o suturas en nuestra piel. En estas condiciones, raramente registramos el hecho real de que nuestras vidas se están acortando y llegando a su final. Imaginamos que podemos esperar hasta que los médicos nos digan que “ya no hay nada más que hacer”. Pero raramente esto es cierto. Los médicos pueden apelar a drogas tóxicas de eficacia desconocida, operarnos para remover una parte del tumor, intubarnos o alimentarnos artificialmente, etc., siempre hay algún recurso técnico al que echar mano. Queremos estas oportunidades. No queremos que nadie, ni el “mercado” ni los burócratas principalmente, nos limiten estas posibilidades. Pero eso no significa que estemos deseosos de tomar estas decisiones. Al contrario, en la mayoría de las ocasiones, terminamos no tomando ninguna decisión. Nos recostamos en el profesional y la tecnología y sólo preguntamos “¿está seguro de que no hay nada más que hacer?”. “¿no existe una salida?”.

El punto de vista más sencillo y reduccionista es que la Medicina existe para combatir la enfermedad y la muerte y esa resulta ser –en consecuencia- su función principal. La muerte es el enemigo. Pero la muerte tiene fuerzas superiores. Eventualmente –más tarde o más temprano-, gana. Y, en una guerra en la cual uno sabe –de antemano- que no puede ganar, uno desea estar en manos de un “general” que luche hasta nuestra extinción total. En este enfoque, los médicos son los generales que llevan a luchar a sus “soldados-pacientes” diciéndoles todo el tiempo “sólo dime hasta cuándo quieres

seguir”. El tratamiento es un tren del cual el paciente puede descender cuando lo desee. Pero para la mayoría de los enfermos y sus familias esto es pedir demasiado. Están sobrepasados de rabia, temor y desesperación frente al avance de la enfermedad y la imposibilidad de su cura; muchos de ellos se encuentran engañados por la fantasía de los límites de la tecnología y lo que ésta puede hacer por ellos.

“Tratar” al paciente no significa –en este planteo- ya solo curarlo, implica tomar en cuenta la multidimensión del hombre, sus variadas facetas, su completa complejidad para poder darle una respuesta total y plenamente abarcativa a la situación de enfermedad que vivencia. Evitar el sufrimiento (físico, psíquico, moral y espiritual) se transforma en un objetivo principal de los cuidados paliativos: dar preeminencia a la calidad (subjetiva) de vida por sobre su cantidad, es su consecuencia necesaria.

II.- Concepto de enfermedad avanzada y terminalidad

A los fines del presente trabajo resulta adecuado definir las categorías de “enfermedad avanzada” y “terminalidad”, de manera de establecer las similitudes y diferencias que ambas presentan.

Los criterios que permiten incluir a un paciente en la categoría de paciente con enfermedad avanzada son:

- 1.- Padecer de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
- 2.- Ausencia de posibilidades razonables de respuesta a un tratamiento curativo específico.
- 3.- Presentar síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- 4.- Presentar gran impacto emocional -al igual que su familia- relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte cercana.
- 5.- Estimar un pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Puede tratarse de pacientes oncológicos o no, así como también de pacientes que ya estén recibiendo cuidados paliativos.

Por su parte, los criterios de “terminalidad” que utiliza Medicare en EE.UU. para dar cobertura en el sistema “hospice” según la *General Medical Guidelines for Determining Prognosis in Selected Non Cancer Diseases*, son los siguientes:

- 1.- La enfermedad del paciente limita su expectativa de vida (dato que tanto él como la familia conocen).
- 2.- El paciente y/o la familia han optado por el objetivo terapéutico de alivio sintomático y no de curación.
- 3.- El paciente presenta alguna de las siguientes características:
 - a) Progresión clínica de una enfermedad primaria documentada, según los criterios de dicha enfermedad, con resultados de laboratorio, radiología u otros estudios. Presencia de consultas al área de emergencias o internaciones hospitalarias en los últimos seis meses o internación domiciliaria.
 - b) Empeoramiento del estado nutricional vinculado con su enfermedad.

Una de las cuestiones más llamativas en este punto se da cuando este tipo de pacientes no ha sido derivado oportunamente por sus especialistas o médicos de cabecera al área de medicina paliativa, por lo que frecuentemente se transforman en “tierra de nadie”, es decir, como no tienen posibilidades curativas la oncología (o la especialidad de que se trate) los abandona y tampoco reciben terapéutica adecuada para la atención de sus síntomas, que son muchos. Esto también se traslada a la investigación, y fundamentalmente a los principios éticos que deben gobernarla, en particular en la actitud hacia su inclusión en protocolos, en los que ni se los considera pues “están casi muertos” o bien se los tiende a explotar, pues “están casi muertos”, introduciéndolos en protocolos sin ningún tipo de recaudos metodológicos y/o éticos. El punto nos excede

en el objetivo del presente trabajo, pero resulta imprescindible advertir que el mismo implica indagar críticamente en arraigadas cuestiones acerca de los objetivos de la Medicina así como las profundas dificultades que existen en la sociedad occidental para valorar positivamente el tramo final de la vida.

III.- Los problemas éticos vinculados con la asistencia de población vulnerable en Cuidados Paliativos.

Sin duda, la medicina paliativa comparte las limitaciones que son comunes a todas las áreas de la Medicina en cuanto a la investigación clínica, pero con matices propios de lo que es la atención del enfermo en el período final de su vida. Se debate mucho acerca de la investigación en el área de Cuidados Paliativos, pudiendo destacar las siguientes dificultades:

- a) El medio y la modalidad de trabajo, que carecen de la experiencia y el hábito de la investigación clínica;
- b) Las condiciones del paciente, con su gran debilidad física, la vulnerabilidad emocional y las alteraciones neuropsicológicas;
- c) La capacitación y la voluntad específica del personal sanitario;
- d) Las peculiaridades en la aplicación de la propia metodología de la investigación clínica en cuidados paliativos como, por ejemplo, la elevada pérdida de pacientes o la necesidad de herramientas específicas;
- e) Los límites éticos más evidentes de la investigación clínica, al referirse a pacientes especialmente vulnerables y;
- f) La heterogeneidad de la población estudiada.

IV.- Otra mirada de “la orfandad terapéutica”: ¿se puede hacer investigación en Cuidados Paliativos?

Frente a lo expresado precedentemente, las corrientes modernas de Cuidados Paliativos consideran que se debe permitir que estos pacientes ingresen a un protocolo, ya que rechazar su participación implica:

- 1.- Negar al sujeto un rol activo en vivir, prevenir y mejorar el cuidado propio y el de los otros.
- 2.- Detentar una concepción paternalista que sobreprotege al paciente y le quita derecho a decidir. Y, aunque es cierto que el enfermo ya soporta muchas cargas por su enfermedad, también tiene derecho a elegir participar siempre que la investigación:
 - a) Pueda ofrecer beneficio para sí o para otros y;
 - b) Posea mínimo riesgo de daño y/o carga

Una característica de las enfermedades que amenazan la vida es que generalmente desarrollan una evolución difícil de predecir. Además, conllevan un alto nivel de sufrimiento –físico, psíquico, existencial y emocional- y ello muchas veces exige la utilización de una amplia gama de medicación. Estos dos factores presentan un obstáculo inicial para el desarrollo de una investigación. El primero, la impredecibilidad del curso de la dolencia, dificulta la participación de un paciente en estudios longitudinales. Tal como lo señalan De Conno et al.: “Si se observan las historias clínicas, frecuentemente los pacientes no se ajustan a los criterios de selección, sufren de astenia, debilidad, somnolencia y alteraciones de sus funciones cognitivas. El tiempo de supervivencia puede resultar demasiado corto para participar en los estudios clínicos controlados que requieren períodos de observación de una cierta duración para recoger informaciones significativas”. El segundo factor, la necesidad de medicación, puede afectar el nivel de competencia requerido para que el sujeto otorgue su consentimiento y, a la vez, puede ser una variable de distorsión de los eventos y/o los resultados.

A ello además, debe agregarse que la familia del paciente se halle fatigada, con síntomas de claudicación y por ello mismo perciban que la participación en una investigación es una carga más que no desean afrontar. También desde el equipo de salud se pueden presentar dificultades: tienen que articular las demandas familiares con las necesidades del paciente, con la guía y control para que se cumplan las medidas médicas recomendadas, y, en ese contexto, llevar adelante una investigación que puede implicar un agobio que se agrega. Incluso, algunos profesionales pueden llegar a considerar que la investigación obstaculiza su objetivo principal que es la provisión de asistencia y cuidados.

Según Tony Stevens et al. pueden identificarse tres grandes problemas a la hora de diseñar un protocolo que requiere como sujetos a pacientes en cuidado paliativo:

- La información insuficiente acerca de los desafíos y estrategias que requiere conducir una investigación en esa área.
- La complejidad acerca de los criterios de inclusión/exclusión que puede conducir tanto a la explotación como a la exclusión de grupos vulnerables.
- El porcentaje de achicamiento de la muestra por lo impredecible de la expectativa de vida de los sujetos.

A ello, debemos sumarle los siguientes problemas éticos:

- Paciente vulnerable.
- Obtención del consentimiento informado y dificultad para establecer la competencia bioética.
- Posible confusión entre el rol del investigador y el cuidador de la salud.
- Dificultad para hacer un correcto balance riesgo/beneficio, así como la evaluación de los posibles efectos secundarios, pues los parámetros cambian significativamente en pacientes que se hallan cercanos a la muerte.
- Cargas (sobre todo emocionales) que puede suponer la investigación en un paciente en tales condiciones.

Ciertamente, existen discrepancias acerca de qué se debe priorizar con respecto a las cuestiones éticas. Algunos señalan que lo fundamental es preservar el cuidado y otros están más preocupados por los derechos de los pacientes. Es necesario, entonces, encontrar una metodología adecuada desde el punto de vista investigativo pero que, a la vez, respete y tenga en cuenta la naturaleza única y singular de la situación del paciente en etapa moribunda. El rol de los enfermeros, por su cercanía cotidiana y por la intimidad de su tarea, puede ser de gran importancia si se desea realizar una investigación bien orientada. Ruth A. Dean y Susan E. McClement, ambas profesionales del área de Enfermería, señalan algunas recomendaciones para estos casos. Los pacientes con enfermedad avanzada, dicen las autoras, frecuentemente tienen pérdida de energía o cansancio físico o psíquico, esto influye cuando se planea hacer estudios cuantitativos que involucran cuestionarios muy extensos o evaluación de escalas que deben ser llenadas diariamente. Es conveniente utilizar métodos que tengan la menor carga posible y la mayor simpleza.

El problema de la “deserción” en esta población es un elemento determinante. Los síntomas de estos pacientes son múltiples y el deterioro inevitable. Debe considerarse y ponderarse adecuadamente esta variable. Cuando se trata de estudios en el campo psicosocial, este evento puede afectar menos a los resultados pero en exploraciones de otro tipo, tales como nuevas vías de utilización de una medicación (oral, endovenosa, parches, etc.), es posible que sea muy difícil arribar a resultados representativos, así como, por ejemplo, diferenciar efecto adverso de ineficacia; o bien que, debido a los trastornos cognitivos que sobrevienen con la enfermedad la comunicación sea confusa y

la posibilidad de obtener datos fidedignos resulte –en la práctica- imposible y/o muy dificultoso

En la etapa final de una enfermedad, la mayoría de los resultados en investigación tienen un alto componente subjetivo, tales como dolor, depresión o calidad de vida. Por tal razón la utilización de esquemas de doble ciego puede contribuir a incrementar la confiabilidad de la prueba. Esta modalidad permite comparar un agente activo con un placebo o dos vías de administración de drogas (oral o subcutáneas) o dos frecuencias de administración, etc.

Respecto del uso de placebos, los requerimientos éticos y metodológicos para esta población son idénticos a los de cualquier otra investigación, conforme las pautas fijadas en la Declaración de Helsinki.

En cuanto a los problemas éticos que existen en la investigación en población vulnerable, en primer lugar debe advertirse que la vulnerabilidad es una condición que se puede manifestar bajo distintas modalidades. La llamada vulnerabilidad intrínseca es la que se asocia a factores como la edad (avanzada, geriátrica o menores) o a la presencia de capacidades cognitivas reducidas por discapacidad o disturbios como la psicosis. La vulnerabilidad extrínseca, por su parte, se asocia a la presencia de situaciones externas limitantes tales como la hospitalización, la prisión o las limitaciones económicas. Finalmente, la vulnerabilidad relacional, es aquella asociada a la interacción con los cuidadores y que está determinada por la pérdida de independencia. Los pacientes con enfermedad avanzada, en etapa de final de vida (terminal), son vulnerables en las tres dimensiones, la enfermedad los ha debilitado física y psicológicamente, a menudo se hallan hospitalizados y dependen del cuidado de otros. A ello, debemos sumarle el concepto mismo de vulnerabilidad, mejor referido por Florencia Luna como “capas de vulnerabilidad”, en el sentido que cada paciente puede ser capaz de cuidar de sus propios intereses en algunos aspectos y en otros no, o presentar distintas vulnerabilidades que se le van sumando: en nuestro caso, ser un paciente con una enfermedad terminal, ya es una capa de vulnerabilidad, si además –por ejemplo- es mujer, joven y pobre, tenemos nuevas capas de vulnerabilidad que se le van añadiendo.

Sin embargo no debemos confundir **vulnerabilidad** con **no-voluntariedad**. Vulnerabilidad tampoco es sinónimo de incompetencia. Mount et al. señalan que si bien es cierto que hay que proteger a esta población de posibles situaciones de explotación ello no autoriza a que se los despoje *per se* de sus capacidades como persona para transmitir o interrogar su sufrimiento, para contribuir o para sentir verdaderas intenciones altruistas. Por tales razones para incluirlos en una investigación se debe poner especial atención en:

a) Que no se superpongan el rol del cuidador del paciente con el del investigador (requisito aplicable a cualquier investigación). Una confluencia tal puede crear conflicto de intereses en el profesional impidiéndole dilucidar cuáles son sus objetivos. Concomitantemente, puede ser fuente de incertidumbre o temor en los pacientes, en cuanto a que la calidad de atención de sus necesidades esté supeditada a su disposición a colaborar en el estudio.

b) Además del factor de deserción por fallecimiento, que ya se consignó, se debe considerar que la evolución de la enfermedad varía muy rápidamente. El paciente (eventual sujeto de investigación) suele experimentar cambios en su estado mental y es preciso tomar especiales precauciones para establecer el nivel cognitivo requerido para que el consentimiento sea válido en cada etapa, y re-pactar la obtención del mismo o tener conversaciones que anticipen las dificultades que se pueden presentar o reiterar la toma del consentimiento varias veces.

c) Que el proceso de consentimiento informado sea claro, honesto y verdaderamente libre. Por ejemplo, muchas veces se apela a la voluntad "altruista" del participante como forma encubierta de coerción. Se debe constatar la competencia del paciente y éste debe tener efectivas oportunidades de retirarse del proyecto. Para que ello ocurra es necesario que los investigadores sean particularmente sensibles y alertas con los signos de dudas, disconfort o deseos del sujeto de abandonar el estudio.

d) Los problemas vinculados al consentimiento dado por representantes. Esta opción resulta útil en los casos en que el paciente presenta trastornos cognitivos; aunque debe aclararse que el apoderado sólo está autorizado a consentir si existen directivas médicas anticipadas del paciente al respecto. En general, los representantes son reacios a dar un consentimiento si el paciente/familiar está inconciente o presenta un trastorno cognitivo.

e) El análisis adecuado del balance riesgo/beneficio. Se sugiere realizar un proceso de comunicación extenso, dialogado y dinámico, que permita la re-pregunta y que sea honesto respecto de las posibilidades "reales" de beneficio para el participante. El diseño debe tener en cuenta que cuando participan sujetos con enfermedad muy avanzada (especialmente en las -estimadas- últimas cuatro semanas de vida) la probabilidad de que el paciente reciba directamente algún beneficio de la investigación es casi nula. En este sentido, es fundamental que no se fomenten falsas expectativas. También deben explorarse las posibilidades de efectos secundarios. Todos estos elementos deben ser explicitados con el participante para hacer un análisis correcto y ello requiere de gran sensibilidad y tacto.

f) Tener en cuenta que cuando se realiza un estudio comparativo en búsqueda de la droga (o de la dosis) que mejor lleve a la disminución del dolor, ese resultado no es fácilmente traspoleable a otro paciente. Todos sabemos que el dolor es algo eminentemente subjetivo, y que una misma experiencia y/o tratamiento no es sentido necesariamente de la misma forma por dos pacientes con la misma patología y el mismo estadio de evolución. Por lo cual cada paciente en particular se convierte per sé en "una nueva investigación" con un resultado concreto únicamente válido para él y que sólo nos puede servir como "indicativo" mas no "prescriptivo" para otro paciente en su misma condición.

La primera conducta ética que debemos observar en todo proceso de investigación clínica (y aún más con pacientes vulnerables como es el caso) consiste en asegurar el potencial beneficio de la investigación con el menor riesgo y carga. Es por eso que entendemos que los estudios que apuntan a desarrollar mejores posibilidades de control de síntomas deben ocupar un lugar prioritario en este segmento. Bruera advierte sobre la necesidad de abstenerse de emprender estudios triviales, a la vez que debe haber seguridad de que tanto las herramientas como las pruebas seleccionadas están debidamente justificadas. Tratándose de sujetos que ya se hallan en situación de deterioro, la admisión de la participación que implique riesgos y cargas mayores a los que involucra el cuidado de rutina debe analizarse cuidadosamente y –en principio- descartarse.

Se han esgrimido los siguientes argumentos en pos de defender la investigación en Cuidados Paliativos:

- Existe evidencia de que la participación de estos pacientes en proyectos de investigación puede ofrecerles oportunidades positivas de transmitir su experiencia acerca de la enfermedad y del cuidado.

- Puede permitirles contribuir al bien de la comunidad y sentir orgullo de estar capacitados para brindar información que podría beneficiar a otros.

- Se reportan experiencias de participantes que manifiestan que es grato que alguien se interese por personas que se hallan en tal condición, que las entrevistas y cuestionarios a

menudo brindan la ocasión de comunicar necesidades y percepciones y que, además, es posible que reciban beneficios en el tratamiento de síntomas, que experimenten sentimientos de utilidad y contribución a otros.

Empero resulta necesario una advertencia: con respecto a “la oportunidad de ser escuchados” que refieren algunos pacientes, no es conveniente que eso constituya un criterio para valorar positivamente la participación en una investigación. Ser escuchado en las necesidades propias de la condición de enfermedad es un derecho, constituye una obligación del sistema de salud y no una “ventaja o beneficio secundario” de la participación en una investigación.

Estos preceptos han sido receptados por la Declaración de Venecia, la cual nos sirve como guía cierta y clara al momento de decidir autorizar una determinada investigación en pacientes terminales.

V.- Un nuevo enfoque: los Cuidados Paliativos como Derechos Humanos

El movimiento de Cuidados Paliativos fue creado por Dame Cicely Saunders y su propuesta se planteó –en principio- como la vía intermedia entre tratamientos agresivos para prolongar la vida y el recurso más radicalizado a la eutanasia o al suicidio asistido como única alternativa. Acepta la muerte como fin natural de la vida. Sus defensores consideran que con los cuidados adecuados los pacientes pueden morir sin dolor, en paz y con dignidad. Los Cuidados Paliativos alientan a la gente a “vivir hasta el final”, tratan de manejar los inconvenientes físicos que la enfermedad produce y encuentran que los últimos días y semanas de vida de una persona pueden resultar su etapa más significativa

Para tal fin, el movimiento paliativista ha desarrollado e investigado nuevas técnicas para manejar el dolor, promovió una mejora de la importancia de controlarlo y abogó por el uso legal de los opioides, en aplicación de la doctrina del “double effect”

En relación al miedo a la pérdida de control que los pacientes en estadio terminal experimentan, los Cuidados Paliativos siempre pusieron el acento en los derechos de las personas competentes para aceptar o rechazar tratamientos de sostén vital, así como en la importancia de las directivas médicas anticipadas, en una defensa de la autonomía individual. Otra de sus características consiste en promover la comunicación abierta y honesta con sus pacientes y sus familias, involucrando al enfermo y su entorno en las decisiones médicas. En este sentido, para los paliativistas la familia cumple un rol fundamental. Se trabaja con ella —médica, psicológica y espiritualmente- para que acompañe y provea un respaldo al familiar moribundo.

La salud es un derecho humano básico. Así ha sido receptado por numerosos tratados internacionales (párrafo 1 artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 12; Convención sobre los Derechos del Niño, arts. 23 y 24; entre otros instrumentos internacionales con rango constitucional en nuestro país).

La Organización Mundial de la Salud define a la salud “como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social”, por lo que no existe duda de que cualquier tipo de asistencia médica que se dispensa a una persona enferma, esté o no dirigida a tratar la patología de base, y se trate de un tratamiento curativo, paliativo, de confort y/o de acompañamiento en la terminalidad, tiene –como uno de sus objetivos principales- concretizar este derecho humano a la salud, en la medida en que está dirigido a asegurar –sobre todo frente a la imposibilidad científica de curar la enfermedad- la calidad de vida que ese paciente en particular privilegie, evitando –en la medida técnicamente posible- el dolor físico y el sufrimiento moral, acentuando la dignidad del mismo aún en

su misma situación de terminalidad. Este concepto se encuentra íntimamente unido al derecho a una muerte digna.

Tal es el criterio rezeptado y abrazado por la reciente “Declaration and Statement of Commitment on Palliative Care and Pain Treatment as Human Rights”, promovida por la World Hospice and Palliative Care.

La Organización Mundial de la Salud ha definido los cuidados paliativos como *“los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales cobran la mayor importancia. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal. Los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia”*

Al hablar de cuidados paliativos no nos estamos refiriendo a ayudar a la gente a morir sino, más precisamente, a ayudarles a vivir sus últimos momentos de la forma más digna y confortable posible, poniendo el acento fundamentalmente en la calidad de vida más que en la cantidad, respetando en todo momento sus derechos fundamentales. Estamos proponiendo revalorar la muerte como parte de la experiencia vital de cada uno de nosotros, dotándola no sólo de significado y trascendencia, sino además permitiendo experimentarla en compañía de nuestros afectos, sin temor y sin dolor

La obligación de respetar y proteger la dignidad de las personas con enfermedad terminal deriva de la inviolabilidad de la dignidad humana en todas las etapas de la vida. El respeto y protección encuentra su máxima expresión en proporcionar un medio adecuado que permita al ser humano morir con dignidad a través del tratamiento del dolor físico y de la consideración de las necesidades psicológicas, sociales y espirituales. Una medicina reconocedora de la dignidad del ser humano debe comprender que solo se ayuda a las personas en fase terminal con cuidados omnicomprensivos, que abarquen los niveles bio-psico-social y espiritual del ser.

Respetar la dignidad de la persona impone seguir la máxima kantiana de tratar a todo ser humano como un fin en sí mismo, y no como un mero instrumento. Si bien el concepto de dignidad resulta polisémico, no hay duda de que nuestra filosofía constitucional adscribe a una noción personalista de la dignidad, característica perteneciente a todo ser humano por el hecho de serlo, consideración y respeto a su ser, o –como bien afirma la UNESCO- “el derecho a ser hombre”. Esa dignidad intrínseca u ontológica jamás se pierde, no importa cuán miserable podamos sentir que es nuestra vida, no importa cuán graves o menospreciados o condenables puedan ser nuestros actos, merecemos –de parte de los demás, sea el Estado o los particulares- un trato digno, aún más, en el final de nuestra vida. Ello supone evitar el encarnizamiento o empecinamiento terapéutico, la aplicación de tratamientos fútiles y/o altamente agresivos o invasivos, y la opción por aquellas medidas terapéuticas que más respeten la autonomía y dignidad del paciente, y que resulten menos intrusivas y gravosas, orientadas a proveer de una adecuada calidad de vida al paciente. Tal objetivo, necesariamente, requiere de un enfoque multidisciplinario, para abordar al ser humano en toda su magnífica complejidad, brindándole la respuesta más adecuada que mejor respete su interés personal y el de sus afectos.

Vistos de esta manera, los Cuidados Paliativos dejan de ser una rama más del arte de curar, para transformarse en una opción real de tratamiento al final de la vida, un derecho humano básico que sintetiza el derecho a la salud, el derecho a la vida y el derecho a una muerte digna.

Reconocer a los Cuidados Paliativos como Derechos Humanos significa dotarlos de dos características esenciales: su exigibilidad, es decir, la punibilidad de aquellos actos que los desconozcan y/u omitan: y su universalidad, su predicamento respecto de todas las personas, sin importar sus condiciones individuales. Permite que el Estado se transforme en el principal “obligado” y garante no ya solo del derecho a la salud, considerado restrictivamente como “ausencia de enfermedad”, sino como ese completo estado de bienestar –al que alude la OMS- y que debe ser mantenido y respetado aún en los momentos finales. Puesto en otras palabras, negar los cuidados paliativos a un enfermo, o no contemplarlos como una opción cierta y apropiada en el sistema sanitario, imputa al Estado en particular responsabilidad internacional, con las consiguientes sanciones que pudieran aplicarse

Cuando la evolución de la patología no permite ya curar –porque la ciencia aún carece de las herramientas necesarias para ello- los Cuidados Paliativos entran en escena para brindar al paciente y su familia una respuesta amplia y abarcadora de todo su ser, de sus necesidades, temores y dudas, un giro copernicano en el significado de la palabra “tratamiento”, ayudándolo a transitar este último estadio de vida, de la manera más plena y digna posible.

Dotar de la calidad de Derechos Humanos a los Cuidados Paliativos permite no abrigar duda alguna acerca de la necesidad de los mismos tanto a nivel asistencial como de investigación clínica, de la obligación de su reconocimiento, regulación y provisión a través del sistema sanitario, y de la titularidad del derecho a recibir los mismos.

Frente al paciente muriente, nuestra obligación –desde el equipo de salud- es relacionarnos con los pacientes como seres humanos que son y como son, con su propia cosmovisión, con sus miedos y dudas, guiándolos, acompañándolos en esa etapa vital y respetando su dignidad. Morimos solo una vez. No tenemos experiencia en el tema, no hemos experimentado nuestra propia muerte con anterioridad, por eso, cuando ya no podemos curar, nuestro deber es hacer que la muerte sea un proceso vital en el cual el paciente pueda “reencontrarse” con su ser y con sus afectos, otorgándole valor a esa experiencia trascendental y ayudando al paciente a que le dé una significación particular e intransferible a su propia vida y a su propia muerte.

VI.- Bibliografía

Access to pain relief: an essential human right. A report for World Hospice and Palliative Care. Published by Help the Hospices for the Worldwide Palliative Care Alliance, 2007

Brennan Frank & Cousins Michael J. “Pain Relief as a Human Right”. IASP Pain Clinical Updates. Volume XII, No. 5, March 2004

Bruera E., “Ethical Issues in Palliative Care Research”. *J. Palliat. Care*, 10 (3):7-9.

Campbell, C. S., Hare, J., & Matthews, P., “Conflictos de conciencia, instituciones de cuidados paliativos y suicidio asistido”. *Hastings Center Report* 25, N° 3 (1995): 3643.

“Care of patients in the end of life”. *Medical-ethical Guidelines of the SAMS*

De Conno, F.; Radbruch, L.; Berlin. “First Congress about Investigation Organized by EAPC”. *Medicina Paliativa*, Vol. 7, N° 2, December 7-10, 2000.

Dean, Ruth A; McClement, Susan E “Palliative care research: methodological and ethical challenges”. *International Journal of Palliative Nursing*, Vol 8, N° 8, 2002.

“General Medical Guidelines for Determining Prognosis in Selected Non Cancer Diseases” (Adapted from National Hospice Organization, 1996). *JAMA*, 285:929, 2001.

Jo Hockley and Katherine Froggatt. “The development of palliative care knowledge in care homes for older people: the place of action research”. *Palliat Med* 2006; 20; 835

- Jubb, A. M., "Palliative Care Research: Trading Ethics for an Evidence Base". *J. Med. Ethics*, 28:342–346, 2002.
- Stein Kaasa et alii. "Methodological and structural challenges in palliative care research: how have we fared in the last decades?" *Palliative Medicine* 2006; 20: 727_734.
- Luna Florencia-Salles Arleen.- "Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos". Fondo de Cultura Económica, 2008.-
- Luna Florencia-Salles Arleen.- "Decisiones de vida y muerte". Fondo de Cultura Económica
- Mazzocato, C. et al.. "Clinical Research in Palliative Care: Choice of Trial Design". *Palliative Medicine*, 15: 261–264, 2001.
- McWhinney, I. R.; Bass, M. J.; Donner, A. "Evaluation of a Palliative Care Service: Problems and Pitfalls". *British Medical Journal*, 309:1340–2, 1994.
- Margaret O'Connor. "Discourse analysis: examining the potential for research in palliative care". *Palliative Medicine* 2006; 20: 829_834
- Quesada Tristán Lisbeth. "Derechos Humanos y Cuidados Paliativos". *Rev Med Honduras*, 2008; 76: 39-43 (In Spanish)
- Ramsey, P., *The Patient as a Person*, New Haven, Yale University Press, 1970.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos, "Guías de cuidados paliativos".
- Wanzer, S. H. y otros, "The Physician's Responsibility toward Hopelessly ill Patients", *NEJM*, 320: 846848, 1989.

EL FINAL DE LA VIDA

Lic Esp. Alicia Fajardo

Montevideo Uruguay

El hombre desde la antigüedad ha asociado a una función vital como la respiración con el concepto de vida, de forma que el diagnóstico de muerte se basó históricamente en la observación de la presencia o ausencia de la función respiratoria.

En el año 1627 William Harvey descubre otra función vital: la circulación y convierte al latido cardíaco en otro signo de vida, de modo que su ausencia, adicionada a la de la respiración pasaron a ser la línea que separa la vida de la muerte. Así permaneció el concepto por 360 años.

A partir de los años 60-70 del siglo XX aparecen y avanzan en su tecnología los centros de Cuidados Intensivos lo que comienza a generar discrepancias con la definición del concepto de muerte.

Las técnicas de resucitación, permiten salvar enfermos después de períodos de paro cardíaco de algunos minutos de duración y en cuanto a la función de ventilación, los sofisticados métodos actuales, permite que la función sea sustituida por períodos prolongados y hasta indefinidamente. Al comenzar a trabajar como enfermera de CTI de niños pude cuidar de un recién nacido que permaneció seis meses ventilado artificialmente hasta que falleció, y luego de pasados muchos años, conocí hace trece años a Joaquín que permaneció internado en la Unidad por tres años, entre ventilación controlada y asistida, hasta que luego de traqueostomizado pudo ir a su domicilio donde falleció con 7 años de vida.

Hasta fines de los años 70, se consideraba entonces como criterio de muerte el clásico, de ausencia de latidos cardíacos y movimientos ventilatorios. Esto se fundamenta en que la función cardio respiratoria es esencial para mantener el metabolismo basal del cuerpo, de tal modo que la ausencia de esas funciones lleva inexorablemente a la terminación del organismo como un todo. Se considera entonces a la función cardio respiratoria como fundamental para la unidad orgánica. Las pruebas verificadoras a veces requerirán mas observación y mas detalladas por la existencia de casos excepcionales.

En 1968 se creó en la Universidad de Harvard una comisión con el fin de redefinir el criterio de muerte ya que comienza a aparecer un nuevo concepto que está dado por lo que en primera instancia se llamó "coma dépassé" o sobrepasado. Este ya había sido observado en Paris 1959 al referirse al estado de coma profundo asociando a un cerebro muerto con un cuerpo vivo. Posteriormente surge el concepto de Muerte Encefálica como "cese irreversible de todas las funciones del encéfalo, hemisferios, tallo encefálico".

La comisión de Harvard tenía como tarea la de definir dos necesidades de índole práctico:

- Pacientes en estado de coma irreversible que constituían gran carga para la familia y para los hospitales.
- Obsolescencia del criterio de muerte, que puede conducir a controversias en caso de necesidad de extraer órganos para transplantes, ya que en Sudáfrica el Dr Cristhian Bernard ya había realizado su primer transplante de corazón.

Estudios realizados por Moularet, Goulon, y Bertrand determinaban que a pacientes con asistencia Ventilatoria Mecánica (AVM), con apoyo hemodinámica, evolucionaban inexorablemente a la muerte a mayor o menor plazo, y en los estudios post mortem se

veían deterioros encefálicos importantes. Según el Dr Manuel Lavado Montes esto solamente aseguraba que los pacientes en coma dépassé morían en corto plazo.

El Comité de Harvard sustituye con argumentación la terminología “coma irreversible”, por Muerte Cerebral o Encefálica. A partir de allí el concepto comenzó a ganar terreno desde lo médico a lo legal, apoyados en los estudios que la Comisión de Harvard realizó para validar sus criterios.

No faltaron tampoco los criterios discrepantes con estos conceptos, que se afirmaban en la falta de fundamentos filosóficos, ya que los criterios usados eran de orden práctico por lo que aparecen a partir de allí dos criterios: Muerte Encefálica y Muerte Encefálica Total. Pero luego del análisis concuerdan en que los criterios tienen puntos de unión y algunos desacuerdos.

Esta discusión de hondo contenido científico y filosófico continúa al día de hoy cuando autores como Jesús Colombo al hacer el análisis de la terminología concluye con que el termino Muerte Encefálica (ME) genera inseguridad y que sería una posible definición **“Cese irreversible de la función de la corteza, tronco y de todo el encéfalo y destrucción de neuronas de la corteza, tronco y encéfalo”**

Este tipo de diagnósticos es generalmente necesario cuando hay casos de muertes violentas como accidentes.

Hoy en día los británicos definen ME por causas estructurales y los norte americanos la definen como de causa estructural y funcional. La importancia del concepto es meramente práctica ya que es la única condición neurológica, con un significado pronóstico absoluto que permite tomar medidas concretas muy significativas.

Las precondiciones que se establecen son:

- Documentar causa del coma como daño cerebral estructural e irreparable.
- Paciente en coma en Asistencia Ventilatoria Mecánica, sin crisis convulsivas ni posturas de decorticación, pudiendo existir reflejos espinales, por 30 minutos como tiempo mínimo.
- De estar alterados los siguientes aspectos deben corregirse:
 - Temperatura rectal mayor a 32°C.
 - Presión Arterial Sistólica superior a 85mmHg.
 - Ausencia de falla respiratoria aguda.
 - Trastornos metabólicos corregidos.

El diagnóstico se aplica a pacientes en coma profundo sin respuesta a estímulos dolorosos, ausencia de reflejos de tronco, con respuesta negativa al test de atropina, y con test de apnea negativo.

Desde el punto de vista jurídico en Uruguay, la legislación vigente no define la muerte. La ley 14.005 dice que la comprobación de la muerte debe basarse en la existencia de cambios patológicos irreversibles, incompatibles con la vida. Deja a que la medicina determine cuáles son los criterios incompatibles con la vida.

Para la medicina la confirmación de la ME, es muerte y una vez hecho el diagnóstico se actuará en consecuencia (remover órganos, tejidos, suspensión de las medidas de soporte). Según el código ético del sindicato de médicos del Uruguay en caso de ME “el médico no tiene obligación ética de emplear técnicas, fármacos, o aparatos cuyo uso solo sirva para prolongar éste estado”.

Otras formas de determinar la muerte están dadas por la observación de la inmovilidad, pérdida de tono postural, falta de respuestas a estímulos, livideces, rigidez cadavérica o signos de descomposición.

Desde el punto de vista práctico, la determinación exige, que la detección de la muerte sea pronta y segura (los signos mencionados anteriormente pueden no cumplir simultáneamente los criterios).

La presencia o convivencia de culturas múltiples ha llevado a considerar filosofías diferentes, y así para unos la muerte es el final de todo, para otros persiste el alma espiritual o energía y para otros un paso más en la cadena de la reencarnación. Esto depende del criterio que acepten con respecto a qué es la vida humana y es éste considerado el primer nivel de análisis.

El segundo nivel de análisis da la opción a dos criterios subyacentes: 1) cuando se constata la desintegración física del organismo como un todo. Este criterio admite la permanencia de la vida en algunos órganos, y 2) Considera suficiente la pérdida segura e irreversible de las capacidades superiores específicamente humanas.

El tercer nivel de análisis establece la necesidad de pruebas verificadoras, las que pueden ser clínicas o paraclínicas. Se exige rigor y responsabilización en la aplicación de las pruebas.

Como dijimos éste tipo de diagnósticos se hacen necesarios frente a hechos violentos como accidentes, maltratos, pero hay otra forma de morir que se anuncia a través de una enfermedad, que luego de determinado tiempo culmina con una muerte anunciada. En estos casos, la muerte puede ser constatada por la ausencia de los elementos determinados como fundamentales para que esté con vida un ser humano.

El sentimiento que acompaña a los que quedan, depende de sus concepciones filosóficas y ó religiosas.

El final de la vida abarca muchos aspectos no médicos como creencias religiosas, expectativas culturales, restricciones legales, y valores personales. Esto hace que la complejidad de los hechos resulte en que muchos miembros de los equipos asistenciales concluyan que la muerte esté mas allá de la que puede ser estudiada objetivamente estudiado valorado y mejorado y hace que los cuidados al final de la vida sean confusos y variables entre los distintos miembros del equipo.

Para tratar el tema con objetividad es necesario tener presente que la muerte es una parte, la última, del proceso de la vida y existen distintas formas de aceptar éste hecho dependiendo de si hablamos de pacientes adultos, ancianos, niños o recién nacidos.

En cuanto a los adultos existen estudios que aseguran, de acuerdo a las experiencias de los trabajadores de los sectores donde mueren ancianos que la mayoría de los pacientes que van a morir temen al dolor y a la falta de aire, disminución del autocontrol físico y psíquico, auto estima y dignidad. Todos estos miedos pueden disminuir si se les asegura que estos factores serán tratados con prioridad en el tratamiento que brindaran los cuidadores. Temen también, no ser tratados con respeto y dignidad (que es aquella característica humana que no tiene precio) durante y después del proceso de morir.

Alentar la permanencia de familiares y amigos al lado del paciente, es una forma de expresar el compromiso en ése sentido.

Los pacientes que están lúcidos, pueden requerir la oportunidad de despedirse de sus seres queridos, resolver asuntos pendientes, cumplir sus promesas. Esto implica que el individuo permanezca siendo agente a pesar de estar al final de la vida y no solo como paciente, pudiendo compartir la decisión de sobre el modo de pasar el tiempo de vida que le queda.

En cuanto al respeto debe incluir que puedan percibir y estén seguros que sus creencias religiosas son comprendidas, y las expectativas culturales serán cumplidas en lo relativo al manejo del cuerpo después de la muerte, así como sus puntos de vista referentes a autopsias, donación de órganos y normas culturales.

En referencia a la realización espiritual, el compromiso de un representante de su colectividad religiosa puede aliviar la sensación de pérdida, por el fin de la vida.

Aunque las necesidades de los pacientes debe ser el núcleo de la cuestión, la aproximación a la familia, la comunicación fluida, asegurándose que se entiende la

situación, tiene importancia sustantiva en el proceso. Las familias necesitan información sobre como se está desarrollando el proceso y el pronóstico que existe.

Combinando la información de estudios realizados, permite sintetizar las necesidades de la familia en:

- Poder estar con su ser querido.
- Ser útil al que se está muriendo.
- Tener información sobre los cambios que pueden estar ocurriendo.
- Comprender qué se le está haciendo y porque.
- Asegurar el confort del paciente.
- Ser confortados.
- Poder manifestar sus emociones.
- Asegurarse que sus decisiones fueron correctas.
- Encontrarle sentido a la muerte de su ser querido.
- Que esté alimentado, hidratado y descansado.

Cuando el enfermo es un niño, la situación, la frustración familiar es mayor ya que cada niño representa promesas, sueños, expectativas que se depositan en el . Cuando el niño se enferma y corre riesgo de morir o se sabe que va a morir, se rompe la esperanza y la promesa del futuro. Los padres nunca esperan enterrar a sus hijos, sino que la naturaleza hace pensar en lo contrario. Culturalmente se acepta mejor la muerte de un adulto mayor pero la muerte de un niño se vive como una oportunidad arrebatada, y la sensación de los padres es de gran frustración y culpa. Con frecuencia puede ser interpretado como un castigo de Dios por no haber sido capaz de protegerlo y cuidarlo, evitándole la enfermedad y el dolor.

En la fase final de la vida “disminuye la función del médico, y se hace más importante la de las enfermeras que pasa a ser fuente de información, consulta, y toma cada vez más iniciativa”⁴³⁵ La mayoría de éstos pacientes no fallecen en forma súbita sino que se deterioran gradualmente, con disminución del nivel de conciencia, y cambios bruscos. El tiempo que transcurre es variable.

Para cooperar adecuadamente con el paciente sería conveniente asegurarse que:

- Que el paciente sepa que se está muriendo, aunque en éste punto creo que debe haber una valoración estricta de si es un paciente que pueda saberlo y esto lo ayude. Pueden Uds. Pensar que estoy reivindicando el paternalismo en la medicina, en éste caso porque personalmente frente a una consulta a un psiquiatra que previamente había visto a mi padre como parte del proceso de tratamiento, que tuvo por la parte médica varios defectos, Consulté a éste profesional sobre la conveniencia de transmitirle la verdad sobre su diagnóstico, se me aconsejó que no lo hiciera. Y creo que el médico que lo aconsejó tenía razón, y en las pocas veces que lo había visto, lo había conocido.
- Permitirle que continúe siendo agente, y no solo paciente lo que da lugar al uso del principio de autonomía.
- La enfermedad genera dependencias físicas que pueden disminuir su dignidad y aumentar su dependencia, con pérdida de funciones orgánicas.
- Mantener relaciones familiares, sociales, y profesionales. Nos enteramos todos los días de personas conocidas que fallecen luego de largos períodos de enfermedad y sin embargo estuvieron activos hasta los últimos momentos. Si el paciente nota que hay menor contacto físico, puede bajar su autoestima y dignidad y se siente menos persona. Estimular la comunicación no verbal y el contacto físico.
- Proteger la pérdida de la imagen corporal. Adelgazan, su piel cambia de características y sienten que el proceso se acelera. Si sus ropas quedan flojas es

conveniente ir cambiándolas para que no genere más angustia la conciencia de consumición corporal. Evitar el control de peso es también adecuado al momento.

- Facilitar el apoyo espiritual permitiendo la asistencia a sus comunidades habituales, Visita de los representantes religiosos de sus congregaciones.

Cuando ya no hay posibilidades para un tratamiento curativo, no ha culminado la tarea del equipo de salud sino que aparecen las tareas de aliviar el dolor, brindar confort.

Los programas de Cuidados Paliativos son programas de **“tratamiento activo destinados a mantener o mejorar las condiciones de vida de pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo”**⁴³⁶

Estos programas están basados en el intento de controlar síntomas molestos y sufrimiento para conseguir que vivan en plenitud sus últimos tiempos de vida.

Los tributarios de éste tipo de programas son:

- Pacientes con patologías terminales, crónicas, neoplásicas, infecciosas como HIV, insuficientes respiratorios, Insuficientes renales, patologías neurológicas degenerativas.

. Los objetivos la OMS para estos programas son:

- Alivio del dolor y síntomas.
- No alargar ni acortar la vida.
- Dar apoyo psicológico, social y espiritual.
- Considerar a la muerte como algo natural.
- Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo mas activa posible.
- Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo.

Los pilares que sustentan éstos objetivos, están dados por la comunicación, control de la sintomatología, apoyo familiar, principios bioéticos.

Los objetivos a elaborar para el tratamiento deben ser concretos, elaborados en forma integral, individualizados, contemplando las diferencias en cuanto a cultura, creencias, situación social, para brindar bienestar y confort.

Los Cuidados Paliativos se definen como aquellos que brindan mayor grado de bienestar, mayor sensación de alivio, o satisfacción de las necesidades físicas, psicológicas o emocionales, sociales, y espirituales que puede experimentar el paciente en su última etapa.

Se considera bienestar como “sensación subjetiva que se valora diferente por las distintas personas, abarca distintas dimensiones (físicas, psicológicas, sociales, y espirituales) son dinámicas y tienen distintas prioridades según el momento. Todo lo que logre alivio subjetivo, mejora el bienestar.

La muerte debe sobrevenir en un ambiente sereno, seguro, cálido, rodeado del cariño de los familiares. “El profesional sanitario que trata a éstos pacientes en ésta situación, debe estar bien entrenado en el manejo de distintos niveles de analgesia”⁴³⁷

La aplicación de algunos fármacos como la morfina que puede tener efectos no deseados es también el de elección como analgésico y para aliviar la sed de aire. Si bien es depresor del sistema nervioso central, algunos autores aseguran que pueden alargar la vida al “disminuir el dolor, proporcionar mejor estado general para dormir, comer, descansar y hace que se sienta mas activo”⁴³⁸

Es conveniente definir tanto en adultos como niños la situación que sea grave y crónica pero éticamente es conveniente que fuera atendido en domicilio.

436

437

Prof. Francisco León.

438

Twycross

Se considera que las medidas mínimas a mantener en un paciente Terminal son hidratación y alimentación por lo que no deben abandonarse los cuidados ya que pueden acelerar la muerte.

Según Martínez Baza hidratar por sonda naso gástrica (SNG), gastrostomía o vía endovenosa ayuda a mantener ciertas funciones como eliminación de secreciones, función renal, alerta mental. Personalmente no creo que colocar una SNG a un paciente con alerta mental (sobre todo adultos) sea una medida que lo beneficie al final de la vida ya que degradan la imagen corporal y conjuntamente su dignidad. Puede hidratarse por vía endo venosa, teniendo alternativas de no permanecer con ella a goteo constante. Con esto quiero decir que existe la posibilidad de administrar la hidratación durante las horas del día y cerrar la vía venosa durante la noche para que el paciente descanse.

Conclusión

La muerte como destino final e inevitable de la vida, trasciende más allá de un mero hecho biológico, Ya que consigo trae repercusiones de tipo antropológica, moral, social, filosófico y religioso. El carácter misterioso de la muerte y los posibles sufrimientos que le preceden han motivado múltiples especulaciones sobre su causa y definiciones. Existen tres grandes tendencias en la definición de la muerte en el hombre, sustentadas en bases neurológicas:

- Pérdida de atributos que identifican la naturaleza humana.
- Perdida de integración del organismo como un todo.
- Las que tratan de definir la porción del encéfalo que debe perder irreversiblemente sus funciones para considerar muerta a una persona.

Estos diversos criterios, las convicciones filosóficas y religiosas de los actores a los que les corresponde estar del lado del cuidado del enfermo, que aunque no debería filtrarse en la información le llega al paciente y familia, generan temor, angustia e inseguridad por parte del paciente y familia. No es fácil que se puedan obtener donantes de órganos luego de un accidente violento, ya que la población no está preparada, y menos en el momento crítico, para tomar esas decisiones.

Otro elemento que genera inseguridad en los usuarios de los servicios de salud está en el álgido punto de la administración de sedación en pacientes considerados terminales. Está establecido que son depresores del Sistema Nervioso Central (SNC), pero a su vez tiene efectos muy deseables sobre la disminución de la sintomatología angustiosa del final de la vida (sed de aire, dolor) Estos medicamentos, cambian la calidad de vida de los pacientes cuando están en la etapa final de sus vidas, brindan tranquilidad, calma, por no tener dolor, facilita el descanso del paciente pero también de la familia que lo cuida. De forma que luego que pasa el período de descanso la familia está en mejores condiciones para enfrentar un nuevo día. He sido partícipe de un programa de cuidados paliativos a pacientes en domicilio (niños) y he podido ver como las familias aceptan luego de pasar por diferentes etapas, lo inevitable, siempre que estén seguros que no haya sufrimiento evitable para su ser querido. Los procesos desgastan a las familias y luego de un tiempo, están seguras que si el efecto secundario del medicamento, produce el efecto no deseado, están en condiciones de aceptarlo, pero no aceptan o no están en condiciones de aceptar la muerte con dolor, con tristeza extrema frente a la pérdida de dignidad de su ser querido.

La mamá de Jonny no solo hizo un aspirador de emergencia para urar durante un apagón, sino que funcionaba mientras ella (Maria) aspiraba con su propia boca del extremo distal del aspirador mientras el extremo proximal aspiraba las secreciones de la traqueostomía de su hijo. Hecho éste que a cualquiera que no fuera Maria, producía

asco por el solo pensarlo. Pero Jonny falleció con 16 años, el cabello pintado de rubio y viviendo en su casa rodeado de hermanos y sobrinos pequeñitos, que veían todo eso como algo natural. Usaba Licor de Brompton cuando su disnea era excesiva, y un día no sé bien por que causa dejó de estar con su familia y se fue, según Maria al único lugar que podía irse era al lado de Dios. Maria sabía que Jonny se iba a ir pero siempre dijo “mientras está con nosotros quiero que esté feliz y disfrutarlo”

Deivy Bekam, fue trasladado desde el Hospital de las Fuerzas Armadas con tres meses pues su padre no había regresado de un viaje a España, quedó sin trabajo y por lo tanto Deivy que nació allí perdió el derecho y fue enviado al Hospital Pediátrico Público. Vino porque estaba traqueostomizado, pero no se podía destetar del ventilador. En UCIN, el destete fue lento y a los 8 meses fue enviado a su casa con una BPAP (aparato que le brinda presión positiva pero sin la complejidad de un ventilador mecánico). Andrea se vió un día en la necesidad de pensar que hacían en el hospital cuando el niño se descompensaba, y aunque ella no sabe mas que dibujar su nombre, pues tiene una incapacidad física, cambió la cánula de traqueostomía y colocó una nueva sonda naso gástrica. Cuando me contó el procedimiento como lo había hecho, le pregunté ¿y como sabías? Y respondió –de verlas a Uds- Frente a éstos hechos de grandeza de parte de personas que tenían como única herramienta el amor por sus hijos no me restan dudas, morir dignamente no solo no es morir sin aparatos sino que es morir rodeado de sus seres queridos, en su medio, rodeados de amor, aunque el ambiente esté lleno de carencias materiales y financieras. “Es condición para que se pueda considerar buena una atención médica, que esté orientada a los intereses y bienestar del paciente como fin primordial y que todo otro interés, por legítimo que sea quede subordinado a ese primer objetivo”

Referencias Bibliográficas.

- Prof. Machado Curbelo Calixto. Instituto de Neurología y Neurocirugía de La Habana Cuba 1992. Aspectos conceptuales, legales y éticos sobre la muerte humana.
- Banco Nacional de Organos Y Tejidos DPM para enfermería. Unidad de procuración. Montevideo Uruguay “000.
- Paulina Tabeada MD Principios éticos relevantes de la Medicina Paliativa
- Prof. Francisco León El debate sobre la Eutanasia y la medicina actual.
- Cuidados Paliativos para enfermería. Eulalia López. Madrid 1999

ENVELHECIMENTO E CUIDADOS PALIATIVOS: UM PARADIGMA PARA A MEDICINA

*Astrid Heringer*⁴³⁹

Introdução

É notório o momento de transição por que passam todas as sociedades. Diversos países, incluindo os europeus, estão perplexos diante do envelhecimento de sua população. Esse processo de envelhecimento traz conseqüências preocupantes para a maioria dos governos que enfrentam a problemática: de um lado tem-se um sistema de seguridade social não estruturado de maneira suficiente para dar cobertura aos milhões de pessoas que estão desfrutando ou em vias de desfrutar de aposentadorias; de outro lado, igualmente, a atenção médica dada aos idosos não responde satisfatoriamente aos tipos de problemas enfrentados nessa idade da vida, em que aparecem com mais intensidade determinadas moléstias.

O presente artigo tem a finalidade de discutir as perspectivas desta geração, tendo em vista os ideais de saúde e felicidade a que todos almejam, no que tange aos cuidados oferecidos para aqueles que já estão velhos ou em processo de envelhecimento. As mudanças tecnológicas sugerem grande perspectiva de vida, porém, nem sempre em acordo com os ideais de vida de cada pessoa.

Assim, os cuidados paliativos representam um novo paradigma para a medicina, no sentido de mudar o tipo de tratamento dispensado aos idosos ou pessoas dependentes de cuidados especiais. Muitas vezes a fúria terapêutica não tem mais razão de ser, quer pelo tipo de doença a que é acometida a pessoa, quer por sua vontade de não se submeter a tratamentos extremamente invasivos. É nesse momento que os cuidados paliativos devem ser utilizados para amenizar os sofrimentos físicos e psíquicos enfrentados pelo paciente e pelos familiares.

1.-O ideal de felicidade: para além da saúde física

Você não é uma entidade isolada, mas uma parte única e insubstituível do cosmo. Não se esqueça disso. Você é uma peça essencial do quebra-cabeça da humanidade. Epicteto, *A arte de viver*

Talvez desde que o homem é homem, ou seja, desde o momento em que tenha noção de si mesmo, da sua existência e da sua finitude, ele mesmo arma uma corrida desesperada em busca daquilo que já se chamou de “vida eterna” ou “da fonte de juventude” ou, de algo mais palpável: a felicidade, como ideal de uma vida tranqüila e serena. Quem muito bem falou sobre isso foi Sêneca em *Da felicidade*. O espanhol de Córdoba afirma que “A felicidade é (...) o que está coerente com a própria natureza, aquilo que não pode acontecer além de si”⁴⁴⁰. Assim, Sêneca enfatiza o domínio que o homem tem sobre si mesmo, independentemente de forças alheias ou sobrenaturais. Nesse passo, acrescenta que “(...) a mente deve estar sã e em plena posse de suas faculdades”⁴⁴¹ e também “(...) ser forte e ardente, magnânima e paciente, adaptável às circunstâncias, cuidar sem

⁴³⁹ Doutoranda em Direito pela Universidade de Salamanca, Espanha. Mestre em Integração Latino-americana, Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil. Professora do curso de Direito e de Pós-graduação da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Santo Ângelo, RS, Brasil. Atua nas áreas do biodireito, direito empresarial e coordena o Núcleo de Monografia do Curso de Direito. Email: astrid.heringer@gmail.com. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3681519507518562>.

⁴⁴⁰ SÊNECA, Lúcio Anneo. Ca. 4 a.C-ca. 65 d.C. *Da vida retirada*; Da tranqüilidade da alma. Tradução de Lúcia Sá Rebello e Ellen Itanajara Neves Vranas. Porto Alegre: L&PM, 2009. p. 95.

⁴⁴¹ SÊNECA, Lúcio Anneo. Op. cit., p. 95.

angústia do seu corpo e daquilo que lhe pertence, atenta às outras coisas que servem para a vida, sem admirar-se de nada, usar os dons da fortuna, sem ser escrava dela”⁴⁴²

Nesse breve estudo sobre a felicidade, o autor já destacava a importância de associar os cuidados com o corpo e com a alma, o que vinha a resultar numa vida harmoniosa. Aquilo que se apregoa hoje como sinônimo de vida tranqüila, com vistas a minimizar os efeitos do estresse e da vida agitada das cidades, fator de tantos desgastes na vida cotidiana, já era destacado como fundamental para gozar de boa saúde.

No entanto, as sociedades modernas têm se deparado com a crescente dependência do indivíduo em relação ao consumo. Assim, a felicidade fica atrelada aos bens materiais, escrava do ter em relação ao ser. Além disso, essa felicidade é enganadora porque é volátil, evapora-se rapidamente. A satisfação é tão somente imediata, tem a intensidade do “abrir o pacote” e em seguida já desaparece. Parafraseando Zygmunt Bauman⁴⁴³, a felicidade também é líquida porque não consegue se sustentar na realização de atos cotidianos comuns como apreciar a natureza, conversar com amigos, etc.

É extremamente paradoxal, mas a nossa sociedade, cada vez mais rica, com mais bens de consumo disponíveis, mais possibilidades de vida longa - porque a medicina evoluiu sobremaneira -, é também a que mais consome ansiolíticos, depressivos e, infelizmente, comete suicídio. Justamente com toda a parafernália tecnológica - ou por toda ela - a solidão tomou conta da “vida social”. As relações se dissiparam, quer entre amigos, entre colegas de trabalho, entre vizinhos, e o pior, no interior dos lares. As famílias não conseguem mais se reunir em torno à mesa para compartilhar de uma refeição; mães e pais não acompanham a evolução do filho na escola; os relacionamentos se materializam na internet, e também se desfazem com grande rapidez

Aumentar o padrão de vida das pessoas, considerado como uma das formas de tornar a vida das pessoas mais felizes, também não repercutiu no nível que se esperava. São palavras de Rustin de que “as melhoras nos padrões de vida em nações como Estados Unidos e Grã-Bretanha não estão associadas a um aumento - e sim a um ligeiro declínio - do bem estar-estar subjetivo”⁴⁴⁴. No que se refere aos Estados Unidos, o país campeão mundial de consumo, chegou-se a conclusão de que “embora os índices de satisfação com a vida cresçam amplamente em paralelo com o nível do PNB, eles só crescem de modo significativo até o ponto em que carência e pobreza dão lugar à satisfação das necessidades essenciais, ‘de sobrevivência’ - e param de subir, e tendem a decrescer drasticamente, com novos incrementos em termos de riqueza”⁴⁴⁵

Assim, em que pese a considerável melhora da qualidade de vida de muitas populações, isso não significa que haverá uma diminuição dos piores problemas que rondam as grandes cidades a pequenos vilarejos, embora nestes com menor intensidade. Os seqüestros, assassinatos, latrocínios, muitos deles provocados pelo tráfico e consumo de drogas, fazem parte de nossas vidas e a tornam bastante inseguras. Veja-se a quantidade de jovens de classe média e alta que provocam delitos, inclusive furtos, para sustentar o vício das drogas. Outros tantos zombam das autoridades, especialmente da polícia, contam com vantagem dos atos transgressores que cometeram, trazendo sofrimento e

⁴⁴² Idem, *ibidem*.

⁴⁴³ O autor Zygmunt Bauman tornou-se bastante conhecido por suas obras conterem a referência à fluidez como sinônimo de perda de importância de algo. Assim, refere-se ao amor, em *O amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos*; *Modernidade líquida*; *Tempos líquidos*; *Vida para consumo*, dentre outras obras.

⁴⁴⁴ RUSTIN, apud BAUMAN, Zygmunt. *A arte da vida*. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009. p. 8.

⁴⁴⁵ LAYARD, Richard apud BAUMAN, Zygmunt. Op. cit. p. 8-9.

perplexidade para a sociedade que fica atônita sem saber o que fazer e onde “errou” na educação desses jovens⁴⁴⁶.

Outro fator desconcertante refere-se à pressão exercida pela mídia dando conta de que pessoas felizes são aquelas que consomem determinados bens, possuem carro do ano, praticam sexo efusivamente, possuem tênis de marca, dentre outros itens “indispensáveis” à vida moderna – como sinônimo de vida feliz. Essas exigências fazem com que todos nós tenhamos que estabelecer uma corrida ensandecida em busca de bens de consumo, mesmo que a custa de muito trabalho e infelicidade. Alguns estudiosos apontam esse fator como o que motiva muitos jovens a praticarem furtos, roubos e até mesmo a prostituição como forma de adquirir os produtos considerados como indispensáveis.

Em seu “projeto moderno”, lançado em 18 de março de 1968, ainda durante a campanha eleitoral, Robert Kennedy publicou um texto em que questiona a eficácia da medida do produto nacional bruto (PNB), incapaz de registrar, paralelamente ao crescimento econômico, a medida de felicidade de cada um:

Nosso PNB considera em seus cálculos a poluição do ar, a publicidade do fumo e as ambulâncias que rodam para colear os feridos em nossas rodovias. Ele registra os custos dos sistemas de segurança que instalamos para proteger nossos lares e as prisões em que trancafiamos os que conseguem burlá-los. Ele leva em conta a destruição de nossas florestas de sequóias e sua substituição por uma urbanização descontrolada e caótica. Ele inclui a produção de napalm, armas nucleares e dos veículos armados usados pela polícia para reprimir a desordem urbana. Ele registra (...) programas de televisão que glorificam a violência para vender brinquedos a crianças. Por outro lado, o PNB não observa a saúde de nossos filhos, a qualidade de nossa educação ou a alegria de nossos jogos. Não mede a beleza de nossa poesia e a solidez de nossos matrimônios. Não se preocupa em avaliar a qualidade de nossos debates políticos e a integridade de nossos representantes. Não considera nossa coragem, sabedoria e cultura. Nada diz sobre nossa compaixão e dedicação a nosso país. Em resumo, o PNB mede tudo, menos o que faz a vida valer a pena.⁴⁴⁷

Enquanto buscamos desesperadamente pelos bens de consumo como aquele artifício fundamental que vai nos trazer felicidade, esquecemos de viver o hoje, de nos deslumbrarmos com o nascer e o pôr do sol, com o prazer de uma conversa com os nossos amigos, pela necessária solidão de ouvirmos os nossos pensamentos. Não podemos nos esquecer, como o homem superior de Nietzsche⁴⁴⁸, que somos todos mortais, mesmo que queiramos nos identificar com um super-homem – aquele que tudo pode -, e que a nossa felicidade, como fator preponderante de uma vida saudável, no que diz respeito ao aspecto físico e espiritual, precisa ser perseguida diariamente. Assim, talvez o quanto mais nos afastarmos da busca pelo consumismo ou por aquele homem ideal que “tem tudo”, mais perto estaremos da felicidade.

⁴⁴⁶ Um exemplo bastante contundente desses atos que se constituem em brincadeira foi o cometido no Brasil contra o índio Galdino, da tribo dos pataxós, e tachado pelos jovens como uma forma de “brincar” com o índio ateando fogo sobre seu corpo quando esse dormia em um banco público. O ato foi cometido em 20 de abril de 1997 em Brasília, por 04 jovens de classe média-alta que, posteriormente, considerados impunes os adolescentes infratores. A notícia foi amplamente divulgada à época e mesmo posteriormente, como, por exemplo, nos seguintes endereços eletrônicos: <http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,MUL23764-5598,00.html> e <http://direitoemdebate.net/index.php/sentencas/155-caso-do-indio-galdino>.

⁴⁴⁷ BAUMAN, Zygmunt. *A arte da vida*. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009. p. 15.

⁴⁴⁸ NIETZSCHE, Friedrich. *Assim falava Zaratrustra*. São Paulo: Centauro, 2007.

Infelizmente ainda somos dotados de uma certa cegueira no que tange a construção da nossa própria felicidade. Em *Da vida feliz*, Sêneca aponta que: “É desejo de todo homem (...) viver feliz, mas quando se trata de ver claramente o que torna a vida feliz, eles tateiam em busca da luz; de fato, uma medida da dificuldade de atingir a vida feliz é que, quanto maior a energia que um homem gasta empenhando-se por ela, mas dela se afasta caso tenha errado em algum ponto do caminho (...)”⁴⁴⁹.

Muito antes mesmo de pensarmos em uma legislação que refletisse novos anseios sociais no sentido de considerar a saúde como algo além da “falta de saúde” ou de “ausência de doença”, Platão já dizia que “o que se chama ‘felicidade’ é uma forma de perfeita ‘saúde’, e não só do corpo. Já naquele tempo havia a concepção de que saúde transcende ao corpo sadio, mas também engloba o fato de alguém ter amigos, relacionar-se socialmente, possuir um trabalho, uma família e todos os demais elementos que possam refletir em sua felicidade. Além da saúde física, também era condição, para Platão, ter a saúde da alma e a temperança. Daí que o fim supremo do homem deveria ser o de “alcançar a saúde do corpo e da alma em perfeita harmonia”⁴⁵⁰. A felicidade, assim como essa noção de saúde em suas amplas dimensões, devem estar presentes em todas as etapas da vida, inclusive no processo de envelhecimento. O objetivo maior que se perquire é viver plenamente todos os momentos da vida. Porém, quando isso não mais é possível, a sociedade deve dar respostas no sentido de viabilizar condições para que o idoso ou aquele que é dependente possa viver dignamente seus instantes finais.

2.-Uma nova definição de saúde

Na Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde se define como “um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidades”. Esta definição vai mais longe do paradigma biomédico ocidental tradicional, que trata o corpo, a mente e a sociedade como entidades distintas, e reflete um conceito mais holístico da saúde. Os povos indígenas têm um conceito similar da saúde, pois, para eles, o bem estar é a harmonia entre os indivíduos, a comunidade e o universo.

Até o século 17, era comum morrer por pedras nos rins, na bexiga ou na vesícula. Os tratamentos eram primitivos - não raro, aumentavam as dores. Daí apelou-se cada vez mais à alquimia, que prometia “abrir” materiais, como os males do organismo, e reduzi-los a pó

A saúde na atualidade “tornou-se uma espécie de religião, na procura de absolutizar a juventude, a beleza e um corpo escultural que funcione perfeitamente”⁴⁵¹. De outro lado está a medicina teimando em prender a vida onde ela não mais está. Este paradoxo gera problemas éticos difíceis de superar

O progresso científico e tecnológico da medicina é o principal fator que gera tão grandes expectativas: tratamentos sofisticados para o câncer, técnicas de reprodução assistida, transplantações, cirurgias plásticas, são alguns dos exemplos de tudo o que pode a moderna tecnologia

De outro lado, a medicina ainda focou a sua atenção no aspecto curativo, sem se preocupar com uma medicina preventiva, atenta ao desenvolvimento da saúde dos cidadãos. Exemplo disso é a medicina americana, extremamente avançada, impecável

⁴⁴⁹ SÊNeca, Lucio Aneu. *Da vida feliz*. São Paulo: WMF, 2009. p. 23.

⁴⁵⁰ REALE, Giovanni. *Corpo, alma e saúde*. O conceito do homem de Homero a Platão. Tradução Marcelo Perini. São Paulo: Paulus, 2002. p. 250.

⁴⁵¹ PESSINI, Léo. *Distanásia*. Até quando prolongar a vida. 2. Ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2007. p. 48.

aos olhos de muitos, mas sempre preocupada com a saúde em crise, e não atenta à necessidade de sua população, na sua maioria, de desenvolver bons hábitos alimentares e na prática de atividades físicas diárias. Resultado disso é que o número de obesos nos Estados Unidos está cada vez mais se afastando daquilo que se estima como ideal. Isso é o resultado de numa política pública de saúde voltada ao enfrentamento de problemas curativos, e não preventivos

Conforme dados do Centro de Controle de Doenças, os Estados Unidos se tornarão um país onde mais da metade da população adulta será obesa e viverá menos que seus pais, segundo projeções sobre este mal que já é considerado uma epidemia. Ao ritmo atual, 68 milhões de americanos serão obesos em sete anos, ou seja, 40% da população, e a marca dos 50% poderá ser superada em uma década, de acordo com as estatísticas apresentadas esta semana pelo Centro de Controle de Doenças (CCE), ligado ao governo federal. Além disso, o problema da obesidade traz a reboque o diabetes, com a previsão de pelo menos um em cada três americanos nascidos em 2000 afetados pela doença na idade adulta (33% dos homens e 38% das mulheres).⁴⁵²

Portanto, não só os governos dos países devem investir em políticas públicas que se preocupem com a qualidade de vida das pessoas, como cada um deve zelar por ela. Chegar à terceira idade doente ou necessitando de cuidados especiais é um desafio, ainda mais porque não há uma mentalidade médica consolidada no sentido de propiciar um cuidado universalizante sobre a pessoa dependente. Ainda prevalece majoritariamente o pensamento de que a medicina deve investir no curar quando o cuidar poderia ser muito mais eficiente e propício.

1.3.-Envelhecimento e cuidados paliativos

Aqui se procura destacar as principais dificuldades que são encontradas pelos idosos e pessoas dependentes no que diz respeito a uma vida digna e seguindo os ditames da autonomia da vontade. Também se busca apontar os principais instrumentos de promoção dos cuidados paliativos e os objetivos dessa filosofia no tratamento da pessoa dependente.

1.3.1.-Envelhecimento com qualidade de vida

As estatísticas dão conta de que a população está vivendo mais. Ao contrário do que se pensa essa virtude não é atributo apenas de países ricos. Também os desenvolvidos apresentam melhores taxas de expectativa de vida da população. Isso significa que estas populações estão envelhecendo mais, ou seja, tem mais anos de vida pela frente do que gerações de tempos atrás. Essa expectativa de envelhecimento está associada a alguns fatores, tais como: redução das taxas de mortalidade infantil, aumento da expectativa de vida e aprimoramento das condições de saúde.

Tais condições favoráveis farão com que, em décadas vindouras, os países desenvolvidos terão um aumento avassalador no número de idosos, dobrando o número dos que terão mais de 65 anos e até triplicando o número dos que possuem mais de 85 anos⁴⁵³. No Brasil, em dez anos, o número de pessoas com mais de 60 anos aumentou 41%. No mesmo período, a população com mais de 80 anos cresceu 61%⁴⁵⁴.

⁴⁵² Portal Terra. *Estados Unidos serão o país dos obesos a partir de 2010*. Disponível em: <http://noticias.terra.com.br/ciencia/interna/0,,OI161593-EI298,00.html>. Acesso em: 25 mai. 2011.

⁴⁵³ PESSINI, 2007. Op. Cit. p. 49.

⁴⁵⁴ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). *Condições de funcionamento e infraestrutura das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Série: Eixos do Desenvolvimento Econômico no Brasil*. n. 93. Disponível em:

http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=8574:71-dos-municipios-nao-tem-instituicoes-para-idosos&catid=10:disoc&Itemid=9. Acesso em: 25 mai. 2011.

Quanto mais aumenta a perspectiva de vida, maior também é a quantidade e diversidade de problemas enfrentados por essa população. Esses problemas relacionam-se, sobretudo, com a questão da perda e da depressão. Assim, os problemas éticos giram em torno a como tratar essa população que vivencia uma outra etapa da vida em que são dispensados outros cuidados e investimentos no trato da saúde⁴⁵⁵.

A chegada das populações à *cuarta edad* traz consigo uma diversidade de problemas, não só relacionados à existência de uma doença incapacitante, mas de um quadro que muitas vezes inviabiliza o dia a dia do idoso sem o acompanhamento de uma terceira pessoa que irá auxiliá-lo nas tarefas diárias. Com isso, há que se pensar em como atender essa população que precisa de cuidados domiciliares: cuidados domiciliares na convalescença, cuidados domiciliares de enfermagem intermediários e especializados. Estima-se que mais de 70% das pessoas com idade acima de 85 anos necessitam de algum tipo de cuidado⁴⁵⁶, o que normalmente é realizado por familiares, na maior parte, mulheres. Como as famílias estão cada vez menos numerosas, restam poucas pessoas para prestar esse tipo de apoio ao idoso, quer no que tange aos cuidados no dia a dia, quer na complementação dos gastos financeiros dispensados.

Ao mesmo tempo em que se dispõe de tecnologias extremamente sofisticadas para o tratamento de uma infinidade de doenças, ainda não há uma preocupação séria em como fornecer ajuda ao idoso na sua vida diária. O que existem são cuidadores informais que cobram geralmente muito mais do que as capacidades diminutas das aposentadorias. Assim, ao idoso incapacitado restam duas opções: ou ficará sob os cuidados de familiares, ou em clínicas particulares, cujos cuidados, em alguns casos são duvidosos⁴⁵⁷. No entanto, não há uma preocupação dos governos em atender aos idosos além do fornecimento de medicação e atendimento médico de urgência, ou seja, o cuidado dispensado pelo governo é o agudo, e não para a prevenção, o que requer uma programação para longo prazo. Nas palavras de Drane e Pessini, as políticas de saúde “cobrem um quadril quebrado, mas não a incapacidade de se alimentar”⁴⁵⁸.

Diante desse quadro, parece-nos que o cuidado dispensado nos dias atuais aos idosos é quase precário. A Constituição Federal de 1988 estabelece que o principal responsável pelo cuidado do idoso é a família, o que foi reforçado por outras legislações como na Política Nacional do Idoso, de 1994, e no Estatuto do Idoso, de 2003. Ou seja, por questões culturais, que reforçam o preconceito, o cuidado institucional ainda está longe de acontecer de forma eficaz.

Essa postura justifica a forma como são tratados os idosos no Brasil e também em todo o hemisfério sul. Historicamente, tem sido vista com resistência e preconceito, tradicionalmente “*como ‘depósito de idosos’, lugar de exclusão, dominação e isolamento ou, simplesmente, ‘um lugar para morrer’*”(NOVAES, 2003).”⁴⁵⁹ A falta de um cuidado, e até de amor por aqueles que sempre nos devotaram carinho e todos os esforços para nosso crescimento, educação e aprendizagem, revela o quanto somos cruéis com os nossos ascendentes. O levantamento do IPEA revela que hoje no Brasil

⁴⁵⁵ Nos Estados Unidos, 12% da população de idosos consome 33% dos gastos médicos. Com a expectativa de aumento da expectativa de vida da população, certamente esses gastos tendem a aumentar. DRANE; PESSINI. Op. cit., p. 119.

⁴⁵⁶ DRANE; PESSINI. Op. cit., p. 120.

⁴⁵⁷ Frequentemente há denúncias de maus tratos contra idosos que habitam as casas de repouso. Algumas vezes, inclusive, são mantidos em cárcere privado, acorrentados, sem alimentação e medicação adequados. Outros tipos de violência que se verificam são a violência financeira, a psicológica e física. Cf. Maus tratos aos idosos. Disponível em: <http://www.cuidardeidosos.com.br/maus-tratos-contra-idosos/>. Acesso em: 24 mai. 2011.

⁴⁵⁸ DRANE; PESSINI. Op. cit., p. 120.

⁴⁵⁹ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Op. cit., p. 1.

existem 3.548 instituições destinadas aos cuidados com os idosos. É onde vivem 83.870 pessoas com mais de 60 anos⁴⁶⁰

De outro lado, as políticas públicas recém estão sendo gestadas, não com a celeridade que o problema exige para solucionar a falta de cuidadores governamentais, ou quando há, falta a regulamentação e o credenciamento desses profissionais autônomos, bem como de que maneira as famílias devem tratar do seu idoso.

Infelizmente, para a maioria das pessoas, a velhice ainda está associada à incapacidade e, com isso, a “inutilidade” do idoso. Esquece-se da contribuição de toda uma vida dispensada, o carinho, o cuidado que essa pessoa depositou em seus filhos e netos, e também, como nação, na obrigação que se tem de tratar com respeito e dignidade o idoso até os instantes finais.

Talvez seja essa falta de engajamento na família e na sociedade que acabem trazendo a depressão e outros problemas psíquicos e físicos ao idoso. É preciso encontrar nessa idade uma motivação existencial que está muito além da mera capacidade de contribuir com o trabalho – o que nos é impingido como obrigação desde tenra idade. O idoso precisa encontrar nesse período de maturidade o altruísmo e a generosidade, e o Estado deve promover as condições para que isso seja possível. É preciso resgatar a alegria de viver, de conviver com as pessoas, de dedicar-se a outras atividades que tornem a vida cheia de sentido, esperança e dignidade.

1.3.2.-Cuidados paliativos: do curar ao cuidar

Ainda hoje, falar em cuidados paliativos soa como novidade não só para leigos como para os próprios lidadores da saúde. No Brasil aos poucos o assunto vai sendo discutido, mas está longe de se tornar uma realidade no dia a dia do tratamento de idosos e de pessoas que estão doentes ou incapacitados.

Os Cuidados Paliativos foram definidos pela Organização Mundial de Saúde em 2002 como uma espécie de abordagem ou tratamento que melhora a qualidade de vida não só do paciente como de seus familiares diante de doenças que ameacem a continuidade da vida. Para tanto, é necessário avaliar e controlar de forma impecável não somente a dor, mas, todos os sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual⁴⁶¹. Esse guia foi dirigido aos portadores de câncer em estágio avançado, mas que se estende a outros doentes em condições semelhantes. Segundo Catherine Le Galès-Camus, subdiretora geral da OMS para Enfermidades não Transmissíveis e Saúde Mental, “los cuidados paliativos constituyen en todo el mundo una necesidad humanitaria urgente para quienes viven con cáncer avanzado, en particular en países en desarrollo donde esa enfermedad se diagnostica en gran parte de los casos cuando ha dejado de ser susceptible de tratamiento eficaz”⁴⁶²

Assim, a filosofia dos cuidados paliativos deve levar em conta pelo menos dois elementos fundamentais: o trabalho em equipe multidisciplinar e o tratamento que leva

⁴⁶⁰ Na Inglaterra, país que por primeiro desenvolveu as técnicas de cuidados paliativos, possuía, em 2005, 1.700 hospices, com 220 unidades de internação para adultos, 33 unidades pediátricas e 358 serviços de atendimento domiciliar. Estes serviços todos ajudaram cerca de 250 mil pacientes entre 2003 e 2004. Na Inglaterra, pacientes têm acesso gratuito a Cuidados Paliativos, cujos serviços são custeados pelo governo ou por doações. A medicina paliativa é reconhecida como especialidade médica. Cf. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. *O que são cuidados paliativos?* Disponível em: <http://www.paliativo.org.br/ancp.php?p=oqueecuidados>. Acesso: 25 mai. 2011.

⁴⁶¹ Organização Mundial da Saúde (OMS). *Nueva guía sobre cuidados paliativos de personas que viven con cáncer avanzado*. Disponível em:

<http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np31/es/index.html>. Acesso em: 25 mai.

2011.

⁴⁶² OMS. Op. cit.

em conta a saúde em seu aspecto universal, atacando não apenas os sintomas de natureza física mas também os de ordem psicológica

Quanto à equipe multidisciplinar se requer, pelo menos, um médico, um enfermeiro, um psicólogo, um assistente social e, pelo menos, um profissional da área de reabilitação, que deverá ser escolhido de acordo com as necessidades de cada paciente. Todos devem trabalhar após a realização de estudos e treinamentos que tenham por meta o conhecimento e aprimoramento das técnicas da medicina paliativa

Como o objetivo desta técnica consiste em aliviar “a dor”, este sintoma deve ser tratado em seus múltiplos aspectos. Por isso a justificação da equipe técnica multidisciplinar que terá por missão tratar o doente no que tange não apenas ao seu sofrimento físico, mas também psicológico, de enfrentamento das perdas, da certeza da morte, desde o momento do diagnóstico até o óbito

A família também é objeto de cuidado no aspecto paliativo. As equipes procuram realizar ações que se dividem entre apoio social e espiritual e intervenções psicoterapêuticas do diagnóstico ao período do luto

Portanto, nas situações de dependência, em que o enfermo não possui chances de cura ou cujo quadro é de envelhecimento, as ações paliativas ganham cada vez mais adeptos porque o objetivo não é o da obstinação terapêutica, ou seja, de utilizar toda a tecnologia médica disponível para “trazer de volta” o paciente, mas sim administrar esses instantes finais com o mínimo de sofrimento para o paciente e sua família. Isso tanto é feito no aspecto do tratamento da dor física, com a utilização de medicação que vá controlar esses efeitos⁴⁶³, tais como a morfina e outros medicamentos de efeitos mais potentes, mas sobretudo no que tange aos cuidados emocionais

Tais salvaguardas estão referenciadas em outros documentos internacionais, como a Declaração de Veneza, da Associação Médica Mundial sobre enfermidades terminais, cujo texto foi aprovado em 1983. Um dos aspectos destacados pela declaração é de que o principal dever do médico é curar, porém, quando isso não é mais possível, o caminho consiste em utilizar todos os conhecimentos para paliar a dor e o sofrimento do paciente e de sua família. Enfatiza-se, neste aspecto que

El médico puede aliviar el sufrimiento de un paciente que padece de una enfermedad terminal, al interrumpir el tratamiento con el consentimiento del paciente o de su familia inmediata, en caso de no poder expresar su propia voluntad. La interrupción del tratamiento no libera al médico de su obligación de ayudar al moribundo y darle los medicamentos necesarios para aliviar la fase final de su enfermedad. El médico debe evitar emplear cualquier medio extraordinario que no tenga beneficio alguno para el paciente.⁴⁶⁴

Mais de três anos depois, em janeiro de 1987 aprovou-se os Princípios de Ética Médica Europeia onde se destaca, mais uma vez, a obrigação do médico de curar e, caso isso não seja mais possível, de garantir assistência ao paciente até seus instantes finais, de acordo com o princípio da beneficência, e em harmonia com a liberdade do paciente de estabelecer o que mais lhe convém, atendendo ao princípio da autonomia da vontade. A inspiração deontológica dessa declaração também é de promover a qualidade de vida, mesmo quando todas as circunstâncias da vida do paciente são negativas, priorizando por manter a sua dignidade. É o que se depreende da seguinte passagem:

⁴⁶³ Conforme estimativas preliminares, a cada ano, 4,8 milhões de pessoas sofrem dores cancerosas de uma intensidade moderada a grave, sem receber qualquer tipo de tratamento. Organização Mundial da Saúde. Op. cit.

⁴⁶⁴ PERALES, Enrique Bonete. *Ética de la dependencia*. Bases Morales, debates políticos e implicaciones médicas de la Ley de Dependencia. Madrid: Tecnos, 2009. p. 149.

La medicina implica en toda circunstancia el respeto constante por la vida, por la autonomía moral y por la libertad de elección del paciente. En caso de enfermedad incurable y terminal, el médico puede limitarse a aliviar los sufrimientos físicos y morales del paciente, administrándole los tratamientos apropiados y manteniendo, mientras sea posible, la calidad de una vida que se acaba. Es obligatorio atender al moribundo hasta el final y actuar de modo que le permita conservar su dignidad.⁴⁶⁵

Tais disposições também são lembradas em outros documentos, como o Conselho de Europa que aprovou, em 25 de junho de 1999 uma recomendação intitulada “Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos”⁴⁶⁶.

No texto, o Conselho da Europa defende que os Estados membros advoguem pela generalização dos cuidados paliativos como o único meio de respeitar os direitos dos pacientes que estejam em estado de dependência, como é o caso de muitos idosos

O documento destaca diversos empecilhos existentes em hospitais ou *hospices* que obstaculizam um tratamento que leve em conta a autonomia e a dignidade do paciente. A falta de tratamento da dor física, a prolongação artificial do processo de morrer, o medo do paciente de converter-se em uma carga para a família ou a sociedade, a separação dos familiares nos últimos momentos, a discriminação social do moribundo, a restrição dos meios de suporte vital por razões econômicas, morrer submetido a sintomas insuportáveis, dentre outros fatores, devem ser medidas a ser combatidas nestes centros de saúde

Em virtude disso, a Assembleia do Conselho da Europa recomendou ao Comitê de Ministros e aos Estados membros a respeitar a dignidade dos pacientes em situação de dependência. Recomendou medidas que procurassem:

I.- Asegurar que los cuidados paliativos son un derecho legal e individual en todos los Estados miembros.

II.- Proporcionar un acceso equitativo a los cuidados paliativos a todas las personas moribundas o en fase terminal.

III.- Garantizar que los familiares y amigos son animados a acompañar al enfermo terminal o moribundo y reciben un apoyo profesional en tal empeño. Si la familia y/o las asociaciones de cualquier tipo resultan ser insuficientes o limitadas, se deben facilitar métodos alternativos o complementarios de asistencia médica.

IV.- Contar con organizaciones y equipos de asistencia ambulatoria, que aseguren la asistencia paliativa a domicilio en los casos en que esté indicada.

V.- Asegurar la cooperación entre todas las personas y profesionales implicados en la asistencia del moribundo o la persona en fase terminal.

VI.- Garantizar el desarrollo y mejora de los estándares de calidad en los cuidados del enfermo terminal o moribundo.

VII.- Asegurar que la persona en fase terminal o moribunda recibirá un adecuado tratamiento del dolor (a menos que el interesado se niegue) y cuidados paliativos, incluso si tal tratamiento tiene como efecto secundario el acortamiento de la vida.

VIII.- Garantizar que los profesionales sanitarios reciben formación para proporcionar una asistencia médica, de enfermería y psicológica a cualquier enfermo terminal o moribundo, en el seno de un equipo coordinado y según los estándares más altos posibles.

⁴⁶⁵ Idem, ibidem.

⁴⁶⁶ Universidad de Navarra. Centro de Documentación de Bioética. *Recomendación 1418* (1999). Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos. Disponível em: <http://www.unav.es/cdb/acoerec99-1418.html>. Acesso em: 25 mai. 2011.

IX.- Crear e impulsar centros de investigación, enseñanza y capacitación en los campos de la medicina y los cuidados paliativos, así como en tanatología interdisciplinar.

X.- Garantizar que al menos los grandes hospitales cuentan con unidades especializadas en cuidados paliativos y hospicios, en los que la medicina paliativa pueda desarrollarse como parte integral del tratamiento médico.

XI.- Asegurar que la medicina y los cuidados paliativos se asientan en la conciencia pública como un objetivo importante de la medicina.⁴⁶⁷

Estas diretrizes apontam o quanto a Europa preocupa-se com a questão do respeito aos direitos do paciente em situação de dependência tendo em vista os números cada vez mais crescentes de idosos. De outro lado, os países americanos estão vivenciando o mesmo processo: quer o relativo ao envelhecimento da população, quer quanto à necessidade de cuidados adequados a ser dispensados a essa população. O agravante dos países americanos está em que em muitos deles ainda não se vislumbra uma legislação adequada e nem políticas públicas para o enfrentamento desta realidade.

Conclusão

A busca da felicidade e o respeito à autonomia da vontade e da dignidade humana não devem ser paradigmas apenas dos jovens e adultos. Viver bem na terceira idade é também um mandamento para as sociedades modernas. Paradoxalmente a esses conceitos de dignidade e de bem viver, ainda não se conseguiu pluralizar atitudes de respeito ao ser mais velho e dependente. Simone de Beauvoir, em *A velhice*⁴⁶⁸, de 1970, já escrevia que “o idoso é uma espécie de objeto incômodo, inútil, e quase tudo que se deseja é poder tratá-lo como quantia desprezível”.

A expressão forte beauvoiriana não pode nos causar estranheza. Vivemos um tempo em que se descartam coisas e também pessoas. Os próprios centros de cuidados de idosos existem sem qualquer olhar institucional, como verdadeiros depósitos daqueles que “não tem mais utilidade”. Depois do abandono das famílias, que deveriam respeitar e proteger, o que esperar do Estado? Ora, em alguns casos o Estado deve dizer o que e como fazer no que diz respeito às pessoas que não podem expressar seu desejo, o que também abrange o tratamento médico.

Os cuidados paliativos vem em boa hora para tentar reverter o quadro que se apresenta na grande maioria dos países, de desrespeito quanto ao tratamento de saúde destinados aos dependentes. As tecnologias que tanto ajudam a prevenir doenças e salvar vidas não devem ser utilizadas de forma desmesurada. Quando o curar não é mais possível, todos os esforços devem ser realizados para paliar a dor, o sofrimento, a angústia e a depressão.

Referências

ACADEMIA Nacional de Cuidados Paliativos. *O que são cuidados paliativos?* Disponível em: <http://www.paliativo.org.br/ancp.php?p=oqueecuidados>. Acesso: 25 mai. 2011.

BAUMAN, Zygmunt. *A arte da vida*. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

BEAUVOIR, Simone de. *A velhice*. São Paulo: Nova Fronteira, 2003. p. 58.

INSTITUTO de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Condições de funcionamento e infraestrutura das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Série: Eixos do Desenvolvimento Econômico no Brasil. n. 93. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=8574:

⁴⁶⁷ Universidad de Navarra. Op. cit.

⁴⁶⁸ BEAUVOIR, Simone de. *A velhice*. São Paulo: Nova Fronteira, 2003. p. 58.

[71-dos-municipios-nao-tem-instituicoes-para-idosos&catid=10:disoc&Itemid=9.](#)

Acesso em: 25 mai. 2011

NIETZSCHE, Friedrich. *Assim falava Zarathustra*. São Paulo: Centauro, 2007.

PERALES, Enrique Bonete. *Ética de la dependencia*. Bases Morales, debates políticos e implicaciones médicas de la Ley de Dependencia. Madrid: Tecnos, 2009.

PESSINI, Léo. *Distanásia. Até quando prolongar a vida*. 2. Ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2007.

PORTAL Terra. *Estados Unidos serão o país dos obesos a partir de 2010*. Disponível em: <http://noticias.terra.com.br/ciencia/interna/0,,OI161593-EI298,00.html>. Acesso em: 25 mai. 2011.

REALE, Giovanni. *Corpo, alma e saúde*. O conceito do homem de Homero a Platão. Tradução Marcelo Perini. São Paulo: Paulus, 2002.

SÊNECA, Lucio Aneu. *Da vida feliz*. São Paulo: WMF, 2009. p. 23.

SÊNECA, Lúcio Anneo. Ca. 4 a.C-ca. 65 d.C. *Da vida retirada*; Da tranqüilidade da alma. Tradução de Lúcia Sá Rebello e Ellen Itanajara Neves Vranas. Porto Alegre: L&PM, 2009. p. 95.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde (OMS). *Nueva guía sobre cuidados paliativos de personas que viven con cáncer avanzado*. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np31/es/index.html>. Acesso em: 25 mai. 2011.

UNIVERSIDAD de Navarra. Centro de Documentación de Bioética. *Recomendación 1418* (1999). Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos. Disponível em: <http://www.unav.es/cdb/acoerec99-1418.html>. Acesso em: 25 mai. 2011.

MIRADA BIOÉTICA A LA EXPERIENCIA DEL CUIDADOR INFORMAL DE PERSONA CON CÁNCER EN ETAPA TERMINAL DE LA ENFERMEDAD

Karin Morales Manríquez⁴⁶⁹

Introducción

Chile se sitúa entre los tres países con la esperanza de vida más alta de América Latina, junto a Costa Rica y Cuba. Este hecho nos instala frente a un escenario de envejecimiento progresivo de la población y de aumento gradual de la prevalencia de algunas enfermedades crónicas, como aquellas que afectan el sistema circulatorio, cánceres y causas externas de muerte, como accidentes de tránsito, entre otras (1).

El cáncer es en Chile la segunda causa de muerte en los mayores de 15 años y representa el 21% de ellas, precedida sólo por las enfermedades cardiovasculares (2). La ciencia médica se ha visto obligada a responder a los enfermos con cáncer en aquellas situaciones en que la curación de sus enfermedades está lejos de ser alcanzada, transformándose en un imperativo ya no solo el “curar”, sino el alivio del sufrimiento a través del “cuidar”, dando paso a la medicina paliativa, especialidad que pretende dar apoyo y cuidado a las personas en las últimas fases de su enfermedad, para que puedan vivirlas tan plena y confortablemente como sea posible, objetivo incluido también en la declaración de los Derechos del Paciente Terminal establecidos por la OMS (2).

El sustento ético y conceptual para la actuación en el ámbito de los cuidados paliativos, se encuentra en la Ética del Cuidado, teoría que en su planteamiento reconoce la responsabilidad hacia los otros y el compromiso de ayudar al otro en su necesidad, de promover su dignidad, protegerlo, atenderlo y evitar que sea dañado, sentando así las bases para los cuidados paliativos. En este contexto la participación de la familia es fundamental y por ello, quienes adoptan el rol de cuidadores, deben ser considerados también como “un otro”, objeto del cuidado.

Este estudio exploratorio permitirá acercarnos a las familias que enfrentan la situación de tener a uno de sus miembros aquejados de un cáncer terminal, conocer sus vivencias, sus necesidades y a través de una mirada comprensiva tomar conciencia del impacto, los alcances y posibles consecuencias de esta experiencia

El descubrir las vivencias del cuidador desde su propia percepción, nos permite acercarnos a una realidad que exige la implementación de estrategias que permitan dar cumplimiento al compromiso ético de otorgar una asistencia integral y de calidad, atendiendo el conjunto de la situación familiar desde un punto de vista biopsicosocial y espiritual.

Planteamiento del problema

Las instituciones de salud en Chile son las encargadas de administrar el Programa de Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos y realizar todas las acciones que sean necesarias para el cumplimiento de los objetivos establecidos en él, debiendo para ello organizar los recursos de que disponen a fin de dar respuesta a las necesidades de

⁴⁶⁹ Enfermera Mg. en Bioética. Depto. Cirugía y Traumatología – Coordinación Académica de Bioética..Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera. Tesis de Grado Programa Mg. en Bioética Universidad de Chile. Director de Tesis. Prof. Psic. Anneliese Dörr A. Facultad de Medicina Universidad de Chile.

los pacientes y sus familias: contribuir a mejorar la calidad de vida del paciente y apoyar también a su familia. Uno de sus objetivos plantea específicamente: “preparar, apoyar y educar a la familia para que, juntos con el equipo de salud, cuiden del paciente en su propio hogar” (3), por lo que es absolutamente necesario realizar acciones que permitan conocer en profundidad a “quien cuida” para poder “prepararlo, apoyarlo y educarlo”.

Es necesario acercarse a la experiencia del cuidador, para comprender la realidad que viven tanto ellos, como sus familias y contribuir a la implementación de estrategias que permitan dar cumplimiento al compromiso ético de otorgar una asistencia integral y de calidad, atendiendo el conjunto de la situación familiar desde un punto de vista biopsicosocial y espiritual. Por otra parte, la búsqueda bibliográfica arroja que existe estudios en el área de los cuidados paliativos, pero la mayoría están centrados en el enfermo terminal y muy pocos se focalizan específicamente en el cuidador.

Resulta imprescindible que desde ellos mismos emerjan las estrategias que en definitiva pueden ser útiles para guiar acciones educativas y de cuidado específicas. Aún cuando cada experiencia es particular y única, puede precisamente servir, como guía

Pregunta de investigación

¿Cómo son las vivencias de los cuidadores informales de los pacientes adscritos al Programa de alivio del dolor por cáncer y cuidados paliativos en la novena región, en relación a los cuidados domiciliarios en la etapa terminal de la enfermedad?

Objetivos

Objetivo general:

Describir cuál es la experiencia de los que son y han sido cuidadores informales de pacientes adscritos al Programa de Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos durante el año 2010 en el radio urbano de la ciudad de Temuco, en relación con los cuidados domiciliarios en la etapa terminal de la enfermedad.

Objetivos específicos:

1. Describir la dinámica y la estructura de la familia de quien asume el rol de cuidador informal.
2. Describir cómo es la comunicación del cuidador con el enfermo.
3. Explorar aspectos espirituales y emocionales del cuidador informal.
4. Describir las redes de apoyo con que cuenta el cuidador informal

Relevancia del estudio

Relevancia Práctica del estudio

Existen al menos tres elementos importantes que dicen relación con nuestra actuación como equipo de salud:

- Toma de conciencia por parte del equipo de salud acerca del problema, sus alcances y posibles consecuencias, a través de una mirada comprensiva de la vivencia del cuidador de un enfermo terminal.
- Educación a todo el equipo de salud involucrado respecto de cómo cuidar al cuidador.
- Prevención en relación a la sobrecarga de los cuidadores y el desmedro en su calidad de vida.

Relevancia Teórica del estudio:

- Aportar y enriquecer el estado del arte respecto al estudio del tema.
- Aportar y enriquecer el estado del arte respecto a las implicaciones y efectos que puede tener el estado subjetivo del cuidador de un enfermo terminal.

- Aportar y enriquecer el estado del arte respecto al fenómeno de los cuidados paliativos.

Diseño de investigación

Para responder a los objetivos del proyecto, se propone desarrollar un estudio exploratorio descriptivo y se ha optado por un tipo de metodología cualitativa, que permitirá profundizar en la experiencia de los propios cuidadores, describiendo y analizando los significados que ellos le otorgan a ésta.

Muestra:

Se consideró como población objetivo a los cuidadores informales de los pacientes adscritos al Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco durante el año 2010, seleccionados por muestreo intencional desde la base de datos/fichero del policlínico, sin discriminación de género ni edad. El número de participantes fue de nueve, distribuidos en 2 grupos:

- Grupo N° 1: Cuidadores informales que estaban cumpliendo el rol de cuidar a un paciente en etapa terminal al momento de la investigación.
- Grupo N° 2: Cuidadores informales de pacientes que fallecieron durante el primer trimestre del año 2010

Recolección de datos

Como instrumento básico de recolección de información se utilizó la entrevista en profundidad, realizadas por el propio investigador, lo dio cuenta de la experiencia del participante. Se exploró cómo es su relación con el enfermo y el resto de la familia, de qué forma ejerce la autonomía en la toma de decisiones acerca de su familiar enfermo, cuáles son sus redes de apoyo y cómo ha sido la experiencia con éstas. También se indagó acerca de cuál es su percepción del rol que cumple como cuidador y qué sentimientos le provoca.

La profundidad de la recogida de datos, permitió conocer íntimamente al sujeto, sus sentimientos, pensamientos, acciones e intenciones, proceso que fue favorecido por el número limitado de participantes.

Con el fin de establecer la fiabilidad de los datos recogidos, se utilizó la estrategia de triangulación con la participación de 2 académicos de la de vasta experiencia en investigación en salud.

Consideraciones éticas

La investigación se ajusta a los requisitos éticos planteados por el autor Ezequiel Emanuel (23), ya que apunta al objetivo de conocer en profundidad, a los participantes para comprender y actuar desde la salud, de una manera más humana y eficiente y en este sentido el beneficio está a la vista.

El estudio resguarda la confidencialidad y autonomía del informante, su participación es voluntaria y se realiza una vez explicado en qué consiste dicha participación y obtenido el consentimiento.

El estudio ha sido aprobado, tanto por el Comité de Evaluación Ética Científico del Servicio de Salud Araucanía Sur, como por el Comité de Evaluación Ética Científico de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Frontera.

La investigación no presentó riesgos para los participantes, aunque estaba previsto el contacto con el equipo multiprofesional del Policlínico del Dolor a fin de asistir a quien lo requiriese ante cualquier situación surgida de las entrevistas, sin embargo esto no fue necesario.

Análisis de datos

Una vez transcrita la grabación de las entrevistas, se realizó un análisis de contenido del texto escrito, elaborando un sistema de categorías de los tópicos relevantes que permiten responder a los objetivos del estudio. Se definieron 5 macrocategorías a partir del marco teórico y de los objetivos del estudio, mediante un proceso inductivo – deductivo, para posteriormente elaborar una lista de unidades extraídas de los registros.

Lo anterior, sin perjuicio de atender a aquellos tópicos que emergieron del análisis y que implicó ampliar el sistema de categorías de acuerdo a los hallazgos. Se trabajó en un sistema manual de codificación de las unidades temáticas que estuviesen contenidas en las categorías pre establecidas por el investigador.

Las categorías pre establecidas son las siguientes:

1. FAMILIA: grupo de personas (organismo o sistema) que mantienen algún vínculo ya sea de carácter consanguíneo, social o legal (24).

Subcategorías:

1.1 Composición: número de personas que la componen y el parentesco entre ellas.

1.2 Dinámica: Forma de relacionarse entre ellos

2. ROL: comportamiento y normas que una persona como actor social adquiere y aprehende de acuerdo a status en la sociedad (25).

Subcategorías:

2.1 Rol interpersonal: comportamiento y normas frente a los demás

2.2 Rol intrapersonal: relación consigo mismo, autoimagen, autoconcepto.

3. COMUNICACIÓN: intercambio de sentimientos, opiniones, o cualquier otro tipo de información mediante un código común (habla, escritura u otro tipo de señales) (25).

Subcategorías:

3.1: comunicación con el enfermo

3.2: comunicación con la familia

3.3: comunicación con personas ajenas a la familia

4. REDES DE APOYO: instituciones, grupos o personas naturales que brindan algún tipo de protección, auxilio o favor (25).

Subcategorías:

4.1 Apoyo espiritual: fortalecimiento de alguna fe.

4.2 Apoyo emocional: cualquier forma de contención

4.3 Apoyo técnico: educación sobre cuidados específicos del enfermo

5. PROCESOS EMOCIONALES: sentimientos, emociones, estados emocionales, humor, pasiones, tendencias, instintos, etc. Indican estados internos personales, motivaciones, deseos, necesidades e incluso objetivo que orientan la forma de reaccionar y de enfrentar las vivencias (24).

Subcategorías:

5.1 sentimientos y emociones frente a la enfermedad.

5.2 sentimientos y emociones frente a los demás.

5.3 sentimientos y emociones frente a si mismo.

5.4 sentimientos y emociones frente al futuro.

Resultados

Los entrevistados resultaron ser en su totalidad del género femenino y fueron cuidadoras informales de padres, madres, esposos, hijos o sobrinos con cáncer en etapa terminal. Las edades de las entrevistadas fluctúan entre los 30 y 70 años y su ocupación es variada, encontrándonos con dueñas de casa, trabajadoras de nivel técnico y también profesional.

Entre los hallazgos del análisis destaca en la categoría roles) Cada mujer entrevistada, cumple múltiples roles dentro de la familia ,como son dueña de casa, madre , esposa, hija, y también cumplen un rol social, desempeñando labores dentro de alguna institución pública o privada: *“soy educadora diferencial y trabajo en una escuela especial”* (informante 9) Sin embargo el principal rol que cumplen es el de cuidar a su familiar enfermo, asumiendo los aspectos físicos, de higiene, de seguridad, alimentación, afecto, toma de decisiones, etc. y que solo en algunos casos tienen ayuda efectiva de algún miembro de la familia.El cuidado les ocupa casi todo o su tiempo, debiendo dejar de lado muchas cosas: *“Yo al menos, me tocó todo solita porque mi hermana estaba lejos y además que yo me preocupaba de ella, yo estaba con ella”*(informante 7), *“un día dijo me duele el talón y yo volé a comprarle una talonera.....la que le ponía la morfina, la que iba a la clínica del dolor y que le contaba al médico, que le llevaba las fotos..... Todo eso se lo hacía yo entonces él como que dependía hartito de mí”* (informante 9), Por otro lado, en ocasiones cuando el enfermo es el esposo, la mujer debe asumir más responsabilidades además de cuidarlo: *“...y él pasa a ser como un hijo más”... “se cambiaron los roles...yo ir a pagar cuentas, yo ver el asunto de los dineros, por ejemplo lo más básico que era que él picaba la leña pa’ la estufa picarla yo ahora y aprender muchas cosas que antes yo no hacía”* (informante 5). Más de una entrevistada debió dejar el trabajo remunerado para quedarse en casa cuidando al enfermo, pasando a ser este su rol principal.Una sola entrevistada estuvo con licencia médica, extendida por un médico psiquiatra, durante el periodo en que debió cuidar a su hijo.

Respecto a la percepción o imagen que ellas tienen de sí mismas, se observa que asumen una postura de pilar y fortaleza para los demás: *“Y más encima que uno tiene que hacerse fuerte para el resto”* (informante 9), sienten que son indispensables en el rol de cuidar *“rogándole a Diosito que no me pase ningún accidente porque eso es lo que pienso, que haría si me pasa algo, quien cuidaría a mi viejo”* (informante 2) y aunque estén tristes, cansadas o deprimidas, demuestran estar bien ante los demás y asumen el cuidado como una responsabilidad:

En cuanto a la comunicación con el enfermo, en la mayoría de los casos es bastante buena, llegando a conversar de todos los temas de manera fluida,

El lenguaje no verbal es usado en ocasiones en que las condiciones del enfermo no permiten otra forma, llegando a ser bastante satisfactorio para el cuidador: *“... la forma que teníamos para comunicarnos con él era haciéndole masajes con colonias con cremas, en realidad fue el tacto como un mundo que se nos abrió”, “nos mirábamos como mucho rato a los ojos, no se po pasaban minutos donde no hacíamos nada más que mirarnos o respirarnos”.* (informante 3).También hay casos en que la comunicación se hace difícil u hostil por los periodos de irritabilidad del enfermo.

Otra categoría que surgió de las entrevistas, se ha denominado, *Redes de Apoyo de tipo espiritual* donde la mayoría de las entrevistadas declaró ser creyente en Dios y que la fe ha sido fundamental en el enfrentamiento de la situación que viven como cuidadoras: *“... yo creo que eso (la fe) fue lo más fundamental para mí y para la familia”.* Sin embargo hay algunas cuidadoras que han pasado por momentos de cuestionamiento y dudas que en alguna medida las han alejado de su fe: *“estuve una época muy peleada, muy peleada con Dios, eh muy dolida con Dios, pero después ya me fui reconciliando de a poco”* (informante 3).

Respecto al apoyo emocional, algunas mujeres lo han obtenido de sus familiares más cercanos como son cónyuge e hijos. Otras tuvieron la oportunidad de contar con apoyo profesional: *“Si bueno, yo tuve la suerte de estar con un psiquiatra entonces él por toda esta situación, él me dio licencia médica”, “nosotros ya desde antes estábamos*

participando con mi hijo de una agrupación psicoterapéutica que se llama Redimir” (informante 3), *“si yo no hubiese estado con ese apoyo (psiquiatra) yo creo que no hubiese sido capaz con todo esto”* (informante 9)

Al indagar sobre redes de apoyo técnico, relatan obtener ayuda de sus familiares o personas cercanas a la familia, de instituciones de la comunidad y específicamente del policlínico que administra el Programa de Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos. Manifiestan que la ayuda efectiva es el cuidado del enfermo por parte de un familiar cercano, ya sea en la alimentación, la higiene corporal, movilización en cama o de relevo por momentos en que deben ausentarse: *“... además que iba mi mamá a cierta hora y ella me relevaba ponte tu para poder comer algo o ducharte o que se yo... tampoco él podía quedar solo porque se podía atorar le podía pasar cualquier cosa entonces si me duchaba quedaba mi mamá”* (informante 3) sin embargo no logran traspasar la responsabilidad del cuidado en su totalidad: *“Todo eso se lo hacía yo entonces él como que dependía harto de mi, de hecho yo me quedaba en las noches con él y me sentaba... y ahí me quedaba,... algunas veces lo extendía y dormía, si el dormía yo dormía si no, veíamos tele hasta tarde”* (informante 9).

En cuanto al apoyo recibido por alguna institución, se refieren específicamente al hospital y policlínico de dolor. Las opiniones son muy diferentes en un caso y otro, encontrando que hay gratitud y satisfacción en algunas, sensación de decepción en otras. *“el poli del dolor nos facilitó la máquina esa que, una maquinita que se enchufa y produce oxígeno. Venía la kinesióloga del poli y le decía cómo tenía que hacer los ejercicios. La clínica del dolor fue un apoyo grande”* (informante 9). Algunas entrevistadas perciben que el poli del dolor podría apoyar de manera más efectiva si contase con más recursos.

“hay una carencia de personal impresionante, yo creo que esa es la principal carencia que tienen”, “es impresionante la falta de recurso, yo no se cómo con pacientes que están en una situación tan particular hay tanta falta, tanta carencia,... es muy paupérrimo A pesar de estas apreciaciones, destacan la disposición del personal: *“la gente que venía acá, eh ellos tenían muy buena voluntad eran personas muy cariñosas, eh estaban bastante abiertos pero no daban abasto a las necesidades”* (informante 3). A otras, el policlínico del dolor les decepciona: *“.....No, no fue un buen apoyo”* informante (8).

Respecto al apoyo prestado al acudir a los servicios de urgencia, la experiencia para las entrevistadas, no es buena en general: *“No, nos hacían esperar horas, alrededor de 7 a 8 horas, porque las personas enfermas con cáncer terminal no los atienden en seguida, ellos hacen el triage de la atención y a los pacientes terminales los dejan pal final”*. (informante 8), *“cuando íbamos al hospital... estábamos mucho rato, a veces el hospital no es atención buena pa’ los que tienen esas enfermedades,... nosotros amanecíamos con ella y al final la atendían a ella y nosotros con esos fríos,... bueno hay que soportarlo porque como ella estaba con dolores...”* (Informante 7).

La categoría *Procesos Emocionales, frente a la enfermedad* muestra que un diagnóstico de cáncer es demoledor para la familia y que cambia la perspectiva de la vida, además de cambiar la forma de convivencia, rutinas y roles de quienes están más cerca: *“lo más duro para mí fue el día que a mi papá le detectaron su enfermedad, que en el fondo fue de un día para otro. Ahí nos cambió la vida a todos especialmente a dos hijas porque somos las que estamos más cerca” “cuando me dijeron que mi viejo ya no tenía sanación, se me fue todo ya para mí”*. (informante 2). Los sentimientos de rabia, pena, dolor, angustia, desesperanza, incredulidad, intranquilidad, impotencia, tristeza, estrés, incertidumbre entre otros, están presentes en todos los casos: *“...y te vas quedando con mucha impotencia y de ahí mucha rabia”* (informante 4), *“era como preocupante y*

andaba toda la familia alterada, en el sentido, alterado el sueño, todos con un poco como de estrés” (informante 8).

Los sentimientos y emociones experimentadas en relación al familiar enfermo tienen que ver con querer evitarle el sufrimiento: *“ya siente que su cuerpo está cansado entonces yo le digo, yo no quiero que él sufra, en el fondo, yo eso no, yo no quiero”* (informante 5). Hay sentimientos de obligación moral de cuidar. *“Yo creo que aparte de cariño yo pienso que es como la obligación de un hijo, acompañar a sus papás si puede, acompañar a sus papas hasta los últimos días, porque es una forma como de pagar el sacrificio que ellos también hicieron”* (informante 1). Otras sienten que es un privilegio. *“Yo creo más que nada es más un privilegio que una carga, porque uno cuando quiere mucho a una persona nunca va a ser una carga”* (informante 9). Experimentan temor ante la cercanía de la pérdida, temor a quedar sola: *“No quiero que se vaya, entonces a lo mejor, a lo mejor ahí estoy cometiendo un error pienso yo, eso yo me he dado cuenta yo sola, que estoy cometiendo un error yo porque yo no quiero que se me vaya”* (informante 2).

Algunas manifiestan un sentimiento de culpa y ven la situación como una especie de castigo, para otras la sensación de impotencia es inmensa: *“¿qué más puedes hacer? o sea no lo puedes ayudar entonces entre que te da la pena, te da la rabia, te da la angustia, que quieres llorar, que quieres gritar,...”* (informante 5).

Las entrevistadas experimentan una gran carga emocional por ser responsable del cuidado, soledad con poco apoyo de otras personas: *“como que todo giraba en torno a él y no en torno a la otra persona, o sea en el fondo ¿y a mí quién me ayuda?”* (informante 2) En algunos casos hay insatisfacción por el sistema de atención. *“esa etapa es fuerte, la del hospital, de ir allá y que no lo atiendan”* (informante 6).

Frente a sí mismas, las entrevistadas se ven como personas fuertes, que han debido mantenerse firme y como pilar de apoyo para los demás a pesar de sentirse deprimidas o cansadas: *“yo soy fuerte y tengo que seguir siéndolo”* (informante 8), *“la verdad que no se cómo una se puede poner tan corajuda en ese momento”* (informante 3), *“pero yo no podía como te digo, bajar la guardia, yo a veces me sentía muy deprimida”* (informante 4), *“A veces me sentía decaída. Me sentía mal, trataba de no llorar delante de ella”* (informante 6).

También hay satisfacción por cuidar de la mejor manera que pueden. *“me sentí orgullosa por cuidarla a ella, tenderle la mano, estar con ella. Claro yo cumplí con mis dos viejos al final, yo me siento feliz”* (informante 7), *“me preocupé hasta de los mínimos detalles”* (informante 9), aunque otras sienten que no lo han hecho tan bien: *“Mire yo de primera pensé que no lo había hecho todo bien... yo eso me echaba la culpa... porque yo sabía que a lo mejor podía haber hecho esto, podía haber hecho esto otro... uno igual se cuestiona”* (informante 8).

En relación a los sentimientos frente al futuro nos encontramos con temor al momento de la muerte del familiar *“uno no sabe cuándo va a pasar y si le va a pasar o no le va a pasar, entonces yo creo que eso como que... a eso yo creo que le tengo más miedo”*, *“yo creo que lo que estamos viviendo ahora no es nada a lo mejor con lo que me viene después, y bueno él siempre también dice que ojalá no tenga que pasar por ese periodo, que sea algo rápido algo fulminante”* (informante 5) y aparecen una vez más los sentimientos encontrados: *“...si, todas las noches igual también está esa cosa de que tu dices, eh no si quiero que se muera, obviamente que uno quiere que se muera dentro del contexto, pero cuando tú ves que la cosa se pone fea, tu ahí te das cuenta que en realidad no quieres que se muera”* (informante 3).

Explicando lo fuerte y dura que ha sido la experiencia del cáncer para la familia y mirando hacia adelante, una entrevistada expresó: “*ya hemos pasado por tantas cosas que ya, digo yo ¿qué más nos puede pasar?*”(informante 5).

Conclusiones y recomendaciones

1. El cuidador del enfermo en fase terminal es considerado un elemento muy importante en el cuidado del paciente, siendo prácticamente la extensión del sistema formal en el medio domiciliario del enfermo. Sin embargo esta concepción del cuidador conlleva el riesgo de considerarlo como un recurso para el sistema formal de salud y no como un ser individual, que tiene derecho a una atención integral, independiente del rol que desempeña.
2. Las necesidades del cuidador deben ser atendidas en primer lugar por la exigencia ética de responder y cuidar al otro en su precariedad , ayudarle en su necesidad y evitar que sea dañado En segundo lugar, porque al contribuir a mejorar la calidad de vida del cuidador, o previniendo su deterioro, aseguramos un cuidado de mejor calidad para el enfermo terminal.
3. El cuidador necesita información, educación, apoyo y mucha comprensión para poder desarrollar su tarea hasta el momento del fallecimiento de su familiar, periodo de mucha sobrecarga física, y de gran impacto y emocional, espiritual y social.
4. Solo es posible brindar una atención de salud ética y de calidad considerando como sujeto de atención al enfermo y al cuidador, como un binomio de gran vulnerabilidad, pero sin perder de vista la individualidad y las necesidades específicas de cada uno.
5. Los programas relacionados con la atención al enfermo terminal y cuidador informal, deben elaborarse considerando las reales necesidades de estas personas y los recursos necesarios para dar respuesta de buena manera.
6. Los cuidadores necesitan ser educados y orientados sobre la importancia del autocuidado, del descanso, de la alimentación adecuada, del tiempo de recreación, etc. Requieren ser estimulados a utilizar redes de apoyo en los aspectos emocionales, espirituales y sociales.
7. Los cuidadores, así como el resto de la familia necesitan al, igual que el enfermo, ser preparados de una manera integral para enfrentar el momento de la muerte.
8. La vivencia del cuidador es un hecho que no puede dejar indiferente a quienes se acercan para conocerle. Invita a la reflexión en y para la acción como profesionales.
9. Es necesario que las familias, el sistema formal de salud y la sociedad, valoren el rol del cuidador informal, como necesario y tremendamente importante, de modo que puedan sentirse estimulados y reconocidos en su dedicación y entrega.
10. La descripción de la experiencia del cuidador informal que emerge de este estudio, es un primer paso que puede contribuir a la elaboración de estrategias efectivas de atención integral para él y la familia, ampliar un campo de investigación sobre cumplimiento y evaluación de los programas establecidos en el área de los cuidados paliativos, sobre la percepción de los profesionales involucrados, la satisfacción de los usuarios, entre otros tópicos.

Referencias bibliográficas

- 1.- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS CHILE 2004. Mayor esperanza de vida al nacer y menor mortalidad infantil configuran la situación demográfica del país en el siglo XXI. INE. Disp. en:
http://www.ine.cl/canales/sala_prensa/noticias/2004/jun/not250604.php

- 2.- MINISTERIO DE SALUD CHILE Programa Nacional del Cáncer. Disp. en : <http://www.redsalud.gov.cl>
- 3.- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE 2005. Guía Clínica Alivio del dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos. 1st Ed. Santiago.
- 4.- Twycross Robert. 2000. Medicina paliativa: filosofía y consideraciones éticas. Acta Bioética v. 6 N1 Santiago, Chile.
- 5.- Padrón Chacón R. 2008. El paciente en estado terminal. Revista Bioética.
- 6.- Disp. en: <http://www.cbioetica.org/revista/82/821519.pdf>.
- 7.- Francisco del Rey C., Mazarrasa Alvear L. 1995. Cuidados informales. Revista de Enfermería; 18(202): 61-65. Disp. en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-13752007000200004&script=sci_arttext
- 8.- María del Mar García Calvente. El sistema informal de atención a la salud. Disp.en:[http://www.comtf.es/pediatria/congreso_aep_2000/Ponenciashtm/M%C2%AA M_Garcia_Calvante.htm](http://www.comtf.es/pediatria/congreso_aep_2000/Ponenciashtm/M%C2%AA_M_Garcia_Calvante.htm)
- 9.- García Martín –Caro C. y Martínez Marín L. 2005. Historia de la Enfermería. Evolución Histórica del Cuidado Enfermero. Harcourt. Madrid. p.15-63
- 10.- Zhang AY, Siminof LA 2003. The role of the family in treatment decision making by patients with cancer. Oncol Nurs Forum. ;30(6):1022-8.
- 11.- [Stajduhar KI](#), [Martin WL](#), [Barwich D](#), [Fyles G](#). 2008. Factores influencing family caregivers' ability to cope with providing end-of-life cancer care at home. [Cancer Nurs](#). ;31(1):77-8.
- 12.- [Mystakidou K](#), [Tsilika E](#), [Parpa E](#), [Galanos A](#), [Vlahos L](#). Caregivers of advanced cancer patients: feelings of hopelessness and depression.
- 13.- University of Texas at Austin, USA. A not-so-silent cry for help. Older female cancer caregivers' need for information.
- 14.- [Mok E](#), [Chan F](#), [Chan V](#), [Yeung E](#). Family experience caring for terminally ill patients with cancer in Hong Kong. School of Nursing, Hong Kong Polytechnic University, Hung Hom, Kowloon, Hong Kong.
- 15.- Ortiz de Cuevas LH, [López Campo JH](#). A program for the home care of patients with a symptomatic malignant terminal disease. [Cancer Nurs](#). 1995 Oct;18(5):368-73. Disp.en:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Ortiz%20de%20Cuevas%20LH%22%5BAuthor%5D>
- 16.- Antón Aparicio L., Mosquera Pena M. Impacto del cáncer en la dualidad individuo familia: Fenómeno del Big Bang. Disp.en:<http://www.infosarcomas.com/descargas/libros/17.pdf>
- 17.- Kübler Ross E. 1993. Sobre la muerte y los moribundos. Grijalbo, Barcelona España.
- 18.- Asociación Española Contra el Cáncer. Necesidades de la unidad familiar. Disp. en: <https://www.aecc.es/Paginas/PaginaPrincipal.aspx>.
- 19.- Rueda C Laura. 2006. La mujer en las profesiones de la salud. Acta Bioética Cuadernos del Programa Regional de Bioética. OPS/OMS. Año 2006 XII; N° 2.
- 20.- Montoya M. Gabriel. 2007. La Ética del Cuidado en el contexto de la salud sexual y reproductiva. Acta Bioética. Cuadernos del Programa Regional de Bioética.; Año 2007 XIII; N° 2
- 21.- Vázquez Verdera, Victoria 2009. La educación y la ética del cuidado en el pensamiento de Nel Noddings. Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación Universidad de Valencia. Disp. en <http://www.tesisexarxa.net/TDX-06221135957/index.html>
- 22.- Beauchamp T., Childress JF. 1999. Principios de ética biomédica. 4ª edición, Masson, Barcelona.

- 23.- Polit DF, Hungler BP. 1991. Investigación Científica en Ciencias de la Salud.. Interamericana. Mc. Graw- Hill 4ª edición, México.
- 24.- Emanuel E. 1999. ¿Qué Hace Que la Investigación Clínica Sea Ética? Siete Requisitos Básicos. Investigación en Sujetos Humanos: Experiencia Internacional. Ed. Por A. Pellegrini Filho y R. Macklin. Programa Regional de Bioética. División de Salud y Desarrollo Humano. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Serie Publicaciones pp. 43-44.
- 25.- Dörr A., Gorostegui A., Bascuñán M. 2008. Psicología general y evolutiva. Editorial Mediterráneo ,Chile. p.111-131,302-345.
- 26.- Real Academia Española. Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>
- 27.- SERNAM/FLACSO-CHILE/CEM. 2002.Trabajo y familia ¿Conciliación? Perspectivas de género. Olavarría José Ed. y Céspedes Catalina. Chile Ed.
- 28.- Astudillo W., Mendinueta C. 2000.Cómo ayudar a la familia en la terminalidad Ediciones Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. Primera Edición, España
- 29.- Gracia D. 1998. Bioética Clínica. Editorial El Buho.1ª edición. p.61-66,69-83.
- 30.- Escribar A., Pérez M., Villarroel R. 2004.Bioética. Fundamentos y dimensión práctica. Editorial Mediterráneo Ltda. Chile.p.23-104,182,304-354.
- 31.- Florenzano Urzúa R. Religiosidad y salud mental: ¿amigos o enemigos? Revista GPU;6,2.221 229. Disp. <http://www.gacetadepsiquiatriauniversitaria.cl/ediciones/a6vol6n2jun2010/pdf/REF%20Religiosidad.pdf>
- 32.- Kotow M. 2010. Bioética y Políticas Públicas. Nuevos Folios de Bioética Nª 3, Escuela de Salud Publica. Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- 33.- Arriaza P., Cancino G. Sanhueza O.2009. Pertenecer a algo mayor: experiencias de pacientes y cuidadores durante el cuidado paliativo en Chile. Ciencia y Enfermería XV (2): 95 -106.
- 34.- Gómez – Lobo A.2006. Los Bienes humanos. Ética de la ley natural. Editorial Mediterráneo. Chile.
- 35.- Watzlawick P., Beavin J. y Jackson D.1991. Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas. Editorial Herder, 8ª edición Barcelona.
- 36.- Rodríguez Gregorio, Gil Javier, García Eduardo 1996. Metodología de la investigación cualitativa Editorial Aljibe.
- 37.- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 1990. Alivio del dolor y tratamiento paliativo en cáncer. Informe de un Comité de expertos. Ginebra: Suiza.
- 38.- Consejo Internacional de Enfermeras. Cuidar a la familia - Las Enfermeras dispuestas siempre a ayudarte. 3, place Jean Marteau, CH-1201 Ginebra, Suiza. Disp. en: www.icn./indkit20002_01sp.pdf
- 39.- OPS/OMS 2004.Cuidados Paliativos y Bioética. Programa argentino de medicina paliativa – Guías de tratamiento para Enfermería. .Fundación FEMEBA Año IV – N° 1.Argentina.
- 40.- Drane James. 1999. El cuidado del enfermo terminal Publicación Científica. Organización Panamericana de la Salud N° 573.
- 41.- Revista Nursing. 1994. Aprender a decir adiós a un ser querido. Volumen Agosto-Septiembre 94, pag.39.
- 42.- Rodríguez Y .E. Castillo, M Vásquez 2005. Cultura, Ética e Investigación en Salud., El Rigor Metodológico en la Investigación Cualitativa Acta bioética v. 11 m. 1 Santiago. ISSN1657-9534. Disp.en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol34No3/cm34n3a10.htm>
- 43.- Osses Bustingorry S., Sánchez Tapia I., Ibáñez Mansilla F 2006. Investigación Cualitativa en Educación: Hacia la generación de teoría a través del proceso analítico.

Estud. Pedagóg. vol.32, n.1pp.119-133. Disp.en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0718

44.- Hernández Sampieri R., Fernández Collado C., Baptista Lucio P. 1998.

Metodología de la investigación. Mc Graw-Hill Interamericana Editores S.A. México.

45.- Núñez Castillo G., Gloria, Cerón Serrano A. 2001. Proyecto de trabajo grupal con mujeres cuidadoras principales informales de familiares mayores dependientes.

Cuadernos de trabajo social, p.353- 359 .Disp.en:

<http://revistas.ucm.es/trs/02140314/articulos/CUTS0101110353A.PDF>.

46.- Barbera E. Martínez I. 2004. Psicología y género. Pearson Educación S A. Madrid, España.

47.- Delgado J., Gutiérrez J. 1999. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales. 3ª edición. Editorial Síntesis S A. Madrid, España.

PACIENTE TERMINAL: PROPORCIONALIDAD VERSUS ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO

Caso clínico

Inés Toro Aguayo, Claudio Yáñez Lagos, Cristian Vargas Manríquez

Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chile

Email: ines.toro@gmail.com

Paciente varón de 55 años de edad, consultó por dolor dental, úlceras gingivales y tumor submandibular durante el último trimestre del 2010. Fue hospitalizado en el servicio de cirugía, donde se realizó antibioticoterapia y exodoncia por la sobreinfección de su lesión y por las características de ella se solicitó biopsia, la cual constató un “Carcinoma Epidermoide Queratinizante bien diferenciado”.

En el estudio de etapificación se encontró invasión local, múltiples metástasis ganglionares y pulmonares, por lo que al referirlo al comité oncológico este decide que debe derivarse a quimioterapia de inducción y reevaluarlo. Ésta se realizó con muy mala respuesta, y el tumor continuaba en crecimiento, por lo que se decide iniciar manejo paliativo.

El paciente disminuye su alimentación progresivamente, por las dificultades que le generaba el tumor, proponiéndosele la instalación de una sonda nasoyeyunal, medida que es rechazada por el paciente. Se decide alta hospitalaria, derivándolo al Programa de Cuidados Paliativos de su Cesfam.

El paciente fue trasladado a su ciudad natal. Al ingreso al programa, se encontraba caquético, deshidratado, con tratamiento analgésico adecuado, antibióticos por úlcera profunda en el tumor sobreinfectada. El tumor que ocupada la mandíbula derecha y la base de la lengua le impedía totalmente la alimentación, hidratación y tratamiento oral. Se instaló una vía venosa para hidratación y tratamiento, pero por mal manejo del cuidador, en cuanto a la vía y muy malos accesos venosos esta medida no perdura. Persiste el rechazo a sonda que nuevamente se le propone, pensándose la instalación de una gastrostomía, pero no se gestiona por ser desproporcionada. La Vía subcutánea también fue infructuosa por el estado nutricional.

El paciente se deteriora progresivamente, por su difícil manejo se propone el uso de parches de buprenorfina que se gestionarían en Hospital por no disponer de ellos en el CESFAM. Días después el paciente fallece en su hogar.

Discusión

Frente a esta situación: ¿fue éticamente aceptable la decisión del paciente de no permitir la instalación de una sonda nasoyeyunal, para evitar el encarnizamiento, y tener una espera digna de la hora de su muerte natural? o ¿fue un “suicidio” lento por inanición? ¿Sería la utilización de una gastrostomía un ensañamiento terapéutico, si es para alimentación y manejo más efectivo del dolor?

Un Tratamiento es la “ejecución de intervenciones curativas para la recuperación de la salud y la reintegración personal y social del paciente”⁴⁷⁰, buscando su bienestar integral. En ocasiones nos encontramos frente a un paciente que no podemos curar, pero que requiere de nuestro trabajo para aliviar su dolor y sufrimiento que le aquejan desde su condición insanable, todas intervenciones que no deben quedarse fuera de los objetivos del manejo de un paciente en etapa terminal.

⁴⁷⁰ Carta de los Agentes de la Salud. Pontificio Consejo para la pastoral de los Agentes de la Salud. 1994

Ahora, el tratamiento médico no se puede desligar de la persona ni parcializarlo a algunos de los ámbitos que abarcan este complejo ser. Frente a algunas terapias que mantienen e incluso prolongan la vida surge la duda si son un bien real para el paciente o niegan el derecho a morir con toda serenidad y dignidad humana. Hoy podemos mantener vivos a pacientes que en el pasado no hubiesen sobrevivido una noche, “gracias” a los avances tecnológicos con los que contamos hoy en día. Pero de todas las terapias que se pueden llegar a utilizar, ¿realmente cuales debemos entregar a nuestro paciente?

Así surge la discusión entre medios ordinarios versus extraordinarios, proporcionado versus desproporcionado, en que distintos autores intentan aclarar que es lo bueno para la vida del paciente, y otros, lo bueno para su calidad de vida. Biomédicamente podemos referirnos a los medios extraordinarios como los que sostienen la vida en situaciones extremas, y que no se contaba con ellos en el pasado, pero no podemos acotar la reflexión ética a esto, es más, el que asume que la bioética es sólo un asunto de cambios tecnológicos, se resta de la complejidad de la situación que aqueja a su paciente, y en la mayoría de los casos el punto de conflicto no está centrado en el avance tecnológico en sí.

Moralmente se define como Medios Ordinarios a todos los tratamientos y operaciones que ofrecen una esperanza razonable de beneficio para el paciente y que puede obtenerse y emplearse sin excesivo gasto, dolor u otra inconveniencia. Los Medios Extraordinarios son todas las medidas que no pueden obtenerse sin excesivo gasto, dolor u otra inconveniencia, o que, si son empleados, no ofrecerían una esperanza razonable de beneficio⁴⁷¹. En estas definiciones queremos destacar algunos puntos:

-“*para el paciente*”: en las cuestiones al final de la vida no se puede generar un ley o norma rígida en cuanto a los pasos a seguir en el tratamiento del paciente terminal, pues cada persona vive su enfermedad de forma distinta y única, *su* sufrimiento trasciende a *su* ser integral, afectando *su* esfera vital y a *su* entorno directo de diversas formas, por lo que al decidir si un tratamiento puede ser ordinario en una situación particular, en otro paciente, con la misma enfermedad, en el mismo estadio, con similares dolores, la misma medida puede ser extraordinaria al aplicarla. Por lo tanto, evaluar si un tratamiento es ordinario o no debemos reflexionarlo siempre frente a cada nuevo paciente, e incluso en el mismo frente a una situación clínica que cambia cada día.

- “*razonable beneficio*”: el primer bien del paciente es su vida, por lo que ese debe ser el centro de la terapia, pero cuando ésta busca la paliación de síntomas, cuando ya el curar es imposible, no debe volverse una lucha contra la muerte, sino un acompañamiento hacia el fin natural de la vida, que no ignore la dignidad que se le debe por ser persona. Para muchos, se vuelve difícil, tanto objetiva como subjetivamente, el determinar cuando el beneficio es mayor que la carga, pero sí coincidimos en que el sostener una vida afligida por un dolor insoportable, la carga es evidentemente mayor. Frente a esto, el paciente puede rechazar un tratamiento por serle inútil o demasiado gravoso, que sólo agregaría dolor y sufrimiento a la vida que tiene, que es la única que le queda por ser vivida.

Los medios pueden ser extraordinarios moralmente cuando el fin de sostener la vida encuentra sus límites en la aplicación de medios demasiado costosos para el paciente²:

-cuando hay cualidades excesivamente onerosas directamente asociadas con los medios usados,

⁴⁷¹ Pajares, V. *La Calidad de la Vida*. Roma, Ateneo Pontificio Regina Apostolorum, 2005: 148-149

- cuando cualidades excesivamente onerosas son causadas por el tratamiento de sostenimiento vital, lo que genera que el beneficio obtenido en la extensión de la vida no resulta ventajoso para el paciente,
- cuando se perpetúan situaciones o cualidades excesivamente onerosas por el tratamiento de sostenimiento de la vida.

Hay que preguntarse ahora si por carga onerosa nos referimos a la naturaleza del tratamiento en sí o la condición actual del paciente. Moralmente debemos distinguir entre no ocasionar una carga nueva y rechazar una carga existente, de la que no quiero hacerme responsable; en otras palabras, suspender un tratamiento que es fútil o no realizarlo porque gravará el dolor del paciente, versus terminar la vida, por considerar a ésta como la carga que el paciente no puede soportar.

La Distanasia o encarnizamiento terapéutico designa a todos aquellos tratamientos que tienen como única finalidad el prolongar la sobrevida, sin mejorar su calidad⁴⁷², es decir, sólo prolongan la agonía del paciente, pero en ningún caso restituyen la salud ni alivian o cuidan del paciente, estas prácticas en general son rechazadas por los agentes sanitarios, pues la prolongación de la vida en el enfermo terminal no debe ser en sí misma la finalidad de la práctica médica, sino que se debe mirar siempre a calmar los sufrimientos. Se configura el ensañamiento terapéutico en dos casos: cuando se utilizan medios técnicos en quien está prácticamente muerto, por lo tanto después de la muerte clínica y cuando se intervienen con terapias médicas o quirúrgicas en sentido desproporcionado respecto a los efectos previsibles⁴⁷³. El ensañamiento terapéutico debe evitarse y el paciente o médico pueden renunciar a medios desproporcionados sin que esta situación conforme suicidio o eutanasia.

Como agentes de Salud debemos centrarnos en el tratamiento y sus consecuencias, más que en la calidad de vida, pues al decidir sobre la base de los medios nos mostramos conscientes de nuestra obligación de cuidar la vida y tratar de determinar los límites de estas obligaciones, mientras que al centrarnos sobre la calidad de vida, nos arriesgamos a elegir cual persona es más valiosa, según su condición y no sobre su humanidad. No es justo elegir que vida es digna de ser vivida, mediante juicios sobre su calidad, sino que valorar un tratamiento si merece ser llevado a cabo según la condición actual del paciente y el grado de mejoría que podría obtener es lo que nos corresponde en nuestra labor profesional. Claro está, que un buen tratamiento mejorará la calidad de vida actual del paciente, derivándose desde la perspectiva de un tratamiento y no de la calidad de vida actual del paciente. La calidad de vida es relevante en la toma de decisiones médicas, sin tener que subordinarlas al análisis de la relación entre costo y beneficio, subordinando el valor de la vida humana a este.

Quizás el punto más complejo del caso que hoy presentamos es que el medio en discusión es la alimentación e hidratación del paciente. Alguien podría decir que si un enfermo puede comer y beber con alguna esperanza de vida debe hacerlo, pero si su ánimo o la depresión es tanta, que la alimentación es casi una tortura, podría ser considerada una imposibilidad, sobre todo cuando la esperanza de vida es casi nula. Pero el alimento y la hidratación no son un fármaco, algo ajeno a la conformación biológica, sino que son de por sí un medio ordenado a lo natural, y no sólo al hombre, sino que a toda la vida animal y, el hombre no está obligado a mantener su vida por cualquier medio o a cualquier costo, pero sí a defenderla con todos los medios ordenados a ello, pues si rechaza los medios ordinarios, demuestra querer su muerte: es

⁴⁷² Chomalí, F. *Bioética, El valor de la vida humana a la luz de la razón y la fe*. Santiago de Chile, Ediciones El Mercurio Aguilar. 2009. 301

⁴⁷³ Sgreccia, E. *Manual de bioética I. Fundamentos y ética biomédica*. Madrid, Biblioteca de Autores Cristianos. 2007. 877

muy distinto no querer prolongar la vida en agonía a querer o buscar acortar la propia existencia. Y no se puede obligar a aceptar una terapia que se aborrece o genera mayor animadversión y sufrimiento que la propia enfermedad y la llegada de la muerte.

El paciente en cuestión presentaba el síndrome Caquexia – Anorexia, el cual se observa en el 80 a 90% de los enfermos de cáncer⁴⁷⁴, lo que empeora la calidad de vida, aumenta la morbimortalidad teniendo una sobrevida muy pobre, genera importante dificultad y angustia tanto para el paciente, como a su familia. Todo esto se incrementa más cuando existe disfagia y obstrucciones del tracto digestivo superior donde se agrega la dificultad de la ingesta. El tratamiento de este síndrome requiere que el equipo tratante los mejore por medios nutricionales o farmacológicos que se tengan disponibles. Al paciente terminal, no se les debe forzar la ingesta, sino optimizarla según preferencias personales, tolerancia y técnicas alimentarias. Es importante tener un objetivo razonable con respecto a las intervenciones nutricionales y farmacológicas a aplicar, pues si bien es importante el apoyo nutricional, este debe estar siempre orientado al ámbito de la paliación en forma de alimentación asistida. No se considera aceptable el uso de alimentación parenteral en el ámbito de los cuidados paliativos, a menos que sea indispensable para el apoyo de otras medidas paliativas que requieran un estado nutritivo satisfactorio. Es importante educar a la familia que es parte del proceso terminal está limitación de la alimentación, que no tiene sentido presionarlo para que ingiera alimentos, instalar sondas u otras medidas de alimentación artificial que podría aumentar aún más la agonía. No se ha demostrado que el no hidratar a un paciente moribundo se asocie a mayor sufrimiento o que acelere la muerte, además la instalación de una vía parenteral puede tener costos y complicaciones mayores⁴⁷⁵, la utilización de vías subcutáneas han demostrado ser seguras y fácilmente accesibles. Sin embargo, si un paciente moribundo lo desea, siempre debe ayudársele a beber o comer aunque sea en cantidades ínfimas, pues el contacto humano, la dedicación y el mínimo gusto, son parte del cuidado y le traerán algo de alivio.

Para muchos en el mundo actual cuando no se puede garantizar una apropiada calidad de vida están a favor de adelantar la muerte, para “liberar del sufrimiento”, la ilicitud ética está en la intervención que el hombre, y más aún la medicina, aporte por comisión u omisión a este delito, una contradicción inmensa, pues por siglos han buscado y cuidado la vida.

Si bien, el “matar” y “dejar morir” tienen el mismo resultado con una diferencia temporal, la muerte del paciente, no podemos dar la misma valoración ética, pues la intencionalidad de la primera desprecia el Valor inviolable de la vida humana, superponiendo otros criterios, como la calidad de vida, utilidad social, etc, y decidiendo arbitrariamente que vida merece ser vivida, desde una mirada externa. En cambio, muchos clínicos y autores, que no están dispuestos a prolongar la agonía, que en ningún caso es algo humanitario extender la vida artificialmente “luchando en contra de la enemiga muerte”, tampoco están dispuestos a acortar el don de la vida, pero sí el “dejar morir”, permitiendo un tránsito tranquilo hacia el último resquicio de vida, a su fin natural, no realizando tratamientos extraordinarios y abandonando el uso de aquellos que no conforman para el paciente un beneficio o alivio real, pero asistiendo hasta el final con el cuidado, el alivio del dolor y sufrimiento y terapias ordinarias que fuesen necesarias para su condición de enfermedad terminal o alguna patología aguda concomitante. Desde esta perspectiva no se compara que vida merece ser vivida, sino se

⁴⁷⁴ Palma, A; Taboada, P; Nervi, F. *Medicina Paliativa y Cuidados Continuos*. Santiago, Ediciones UC, 2010. 139, 143

⁴⁷⁵ Palma, A; Taboada, P; Nervi, F. *Medicina Paliativa y Cuidados Continuos*. Santiago, Ediciones UC, 2010. 273.

reconoce en el paciente que sufre, que sabe que no tiene cura, el deber del Agente de la Salud de “CUIDAR Y ALIVIAR”, proporcionando los medios terapéuticos ordinarios, obligatorios moralmente.

Como último punto, vamos a recordar que por el principio de Libertad y responsabilidad que le atañe el cuidado de la propia vida, la persona tiene la obligación de cuidarse y hacerse curar/cuidar”. Con el paso del tiempo se ha dado paso desde el paternalismo médico Hipocrático a una participación más decisiva del paciente y sus familiares más próximos en las resoluciones médicas, lo que ha dejado una saludable co-responsabilidad en estas⁴⁷⁶, responsabilidades que deben estar basadas en la acreditación de las capacidades idóneas, para que la decisión médica adquiera tanto validez moral como rigor científico-técnico, y puedan ser ejecutadas en pro de la vida del enfermo y la defensa de su dignidad.

En resumen, a la persona con una enfermedad terminal se le deben proporcionar todos los cuidados posibles de los cuales pueda sacar un “beneficio saludable”.

El paciente en cuestión falleció acompañado, en su seno familiar, sin intervenciones que le generaran mayor agonía, aceptando las punciones, medicamentos que aliviaban en parte su dolor, pero sobre todo recibiendo el cariño y compañía de su familia y el intento de un equipo sanitario que buscó acompañarle, sin aumentar la agonía, pero tampoco abandonándole. Así vivió su última gota de vida, aceptando la hora que inevitablemente a todos nos toca.

Como Agentes de Salud no debemos olvidar ni dejar de practicar jamás aquel viejo y conocido adagio: “Curar a veces, aliviar a menudo, consolar (cuidar) siempre”, pues la vida es digna de ser vivida y acompañada hasta el último suspiro

⁴⁷⁶ Pizzi, T; Muñoz, A; Fuller, A. *El Dolor, la Muerte y el Morir*. Santiago de Chile, Editorial Mediterráneo, 2001. 219.

EVALUACIÓN CRÍTICA DEL MANEJO DEL PACIENTE POSTRADO, UNA VISIÓN PERSONALISTA

Claudio Yáñez Lagos, Inés Toro Aguayo, Cristian Vargas Manríquez

Universidad Católica de la Santísima Concepción

Email: claudioyl@gmail.com

...La salud pública, la cuestión de la distribución de los recursos, los diversos programas del adulto mayor, postrados, alivio del dolor...todas estrategias para intentar reducir afecciones físicas y/o emocionales de seres humanos afligidos por el dolor y el sufrimiento de su diario vivir. Sin embargo, ¿qué sucede con la realidad de su ser, de su familia, su destino, el pronóstico de su enfermedad, el acompañamiento del mítico médico de cabecera?... ¿Está preparado el profesional sanitario y el servicio de salud público para apoyar y afrontar este aspecto del ser humano? ¿Cómo afrontar las complicaciones agudas de su enfermedad? ¿Existe un derecho de atención domiciliaria por un especialista? ¿Es suficiente este programa de salud? ¿Qué aspectos del ser humano son transgredidos?...

La Medicina Paliativa es la atención activa y total de los pacientes y su núcleo familiar por parte del equipo de salud cuando ya no existe posibilidad de cura de su patología y la expectativa de vida es relativamente corta⁴⁷⁷. En Chile la Medicina Paliativa está protegida por el régimen de Garantías Explícitas en Salud, haciéndose cargo de los pacientes con diagnóstico de Cáncer Terminal, en cualquiera de sus formas⁴⁷⁸. ¿Qué sucede con aquellos pacientes postrados sin patología neoplásica?

Existe otro grupo de pacientes que no tienen cura y su enfermedad no es oncológica, pero requieren de cuidados continuos para mantener su salud, que ya está secuestrada por diversas patologías y requieren de la solidaridad y subsidiariedad de la sociedad para evitar o enlentecer el progresivo deterioro de su salud, pues son incapaces de cuidar de sí mismos.

Según el primer estudio de la discapacidad en Chile ENDISC del año 2004 el 12,9 % de los chilenos vive con discapacidad, definida como aquella persona que presenta deficiencia de sus funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en sus actividades y restricciones en su participación. La octava región, en particular, presenta un nivel de discapacidad mayor al nacional superando el 15%. De estas personas 58.622 presentan discapacidad severa, es decir, ven gravemente afectada la realización de sus actividades diarias, necesitando apoyo y ayuda de terceras personas y si nos limitamos al grupo de adultos mayores 2 de cada 5 presenta discapacidad, 3 veces más que la población general. Por otro lado, 2 de cada 3 personas discapacitadas reciben atención de salud principalmente en el sistema público (77,1%)

Según el Índice de KATZ una persona postrada es aquella que requiere apoyo, guía y supervisión TOTAL en las actividades de la vida diaria y, la atención sanitaria, que el programa ministerial de pacientes postrados les ofrece, es el conjunto de acciones de carácter sanitario que se realiza en domicilio para atender los problemas de salud de las personas que se encuentran en dicha situación y que les resulta imposible trasladarse fuera de su casa.

⁴⁷⁷ Palma, A; Taboada, P; Nervi, F. *Medicina Paliativa y Cuidados Continuos*. Santiago, Ediciones UC, 2010. 22

⁴⁷⁸ MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. Guía Clínica Alivio del dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos. 1st Ed. Santiago: Minsal, 2005.

Actualmente, en Chile, el cuidado de los adultos mayores dependientes recae en sus familias, y la política nacional para ellos, afirma que “parte importante de esta problemática, debe ser resuelta por la comunidad y, muy especialmente, al interior de la familia, la cual debe ser ayudada en esta tarea por toda la sociedad”⁴⁷⁹. Las tendencias actuales muestran un desbalance creciente entre quienes requieren de cuidados y quienes son capaces de darlo, de forma inversamente proporcional, más aun en una sociedad donde la familia está en crisis y para muchos el núcleo de toda sociedad es un “problema más”.

Poco a poco nuestro Sistema de Salud, en un intento de solidaridad por los ciudadanos más vulnerables y mejorar las condiciones para los pacientes con discapacidad severa que requieren Atención domiciliaria, es que se ha ido creando instancias en beneficio de este grupo, que aún no son parte de las Garantías explícitas en Salud, pero si están dentro de los programas en Atención Primaria de Salud.

Así se creó el Programa de Discapacidad Severa, el cual se ocupa de los pacientes postrados a nivel primario, cuyo objetivo es “Mejorar la calidad del cuidado de la persona postrada y aliviar a la familia cuidadora, disminuyendo la carga del cuidador/a, impidiendo de este modo la institucionalización”⁷, lo que se lleva a cabo mediante atención domiciliaria por el equipo de salud primario, capacitación y apoyo comunitario a la cuidadora y “estipendio” (\$21.532) al cuidador responsable de persona postradas que califican como pobres o indigentes. Además de mantener un registro electrónico de los beneficiarios del programa, que permite la observación de Indicadores de Atención Domiciliaria a los pacientes con Discapacidad Severa: Cuidados domiciliarios por paciente, Población con discapacidad Severa atendida en el Programa, por tipo de paciente, sexo y edad, Proporción de pacientes con escaras, Cuidadores Capacitados que reciben pago y Registro actualizado en página web⁴⁸⁰.

Pero bastará con informar o capacitar a personas sin conocimientos médicos, de enfermería y menos aún antropológicos, para desempeñar esta supervisión total del paciente. Hoy en día en nuestro país ¿Quién es el encargado a nivel primario de procurar y velar por el correcto desempeño de este programa de salud? ¿Qué profesionales sanitarios participan de este programa? Según la estructuración del programa sanitario el rol determinante está a cargo de profesionales de enfermería, kinesiología y paramédicos. No existe aparentemente apoyo psicológico ni médico directo, solo si fuese necesario es informado para organizar una visita o programar una consulta.

Por lo tanto frente a estas diversas necesidades surge la obligación de evaluar el manejo del paciente postrado dentro del servicio público de salud, bajo una visión valórica de carácter personalista.

Los estudios registrados por el instituto nacional de estadística desde 1992 evidencian que la principal causa de muerte en hombres y mujeres en la población chilena son las muertes por enfermedades del sistema circulatorio, como el Infarto agudo al miocardio y los accidentes cerebro-vasculares, cuyo rol es determinante a la hora de evaluar las principales causas de postración de los pacientes. Debido a que gran porcentaje de ellos son pacientes secueledos de accidentes cerebrovasculares o con patologías crónicas como insuficiencia cardíaca con síntomas invalidantes como disnea de reposo, ortopnea, anasarca, sin incluir a los pacientes con cáncer terminal quienes son parte de otro programa ministerial de alivio del dolor y cuidados paliativos, que asombrosamente

⁴⁷⁹ División Prevención y Control de Enfermedades, Programa Adulto Mayor. NORMA DE CUIDADOS DOMICILIARIOS DE PERSONAS QUE SUFREN DE DISCAPACIDAD SEVERA. Julio 2006

⁴⁸⁰ Resolución Exenta 554, Dirección Subdepartamento de Asesoría Jurídica, Santiago 27-4-2011.

deja fuera pacientes con dolores crónicos, pero que no cumplen criterios de inclusión al programa por no sufrir de neoplasia alguna. ¿Pero qué opciones de evaluación a nivel secundario tienen estos pacientes? ¿Existe algún derecho a esos servicios? No se caerá en una visión sesgada o pormenorizada del valor intrínseco de la naturaleza del ser humano independiente de la enfermedad que posea. No será que nuestro actuar médico se deja llevar por el sistema de salud y nos impide apreciar las injusticias de estos programas, o solo se tratará de un mal menor. En teoría el derecho a la vida, a una adecuada calidad de vida y a la integridad física y psíquica son aseguradas a todas las personas, tanto en la constitución chilena como en los tratados internacionales, por ello es una garantía, dichos bienes jurídicos debieran ser protegidos. La indiferencia médica y sanitaria que se deja arrastrar por programas de salud que probablemente no son ciento por ciento competentes también debe llamarnos la atención. Según el Código de ética del Colegio Médico de Chile “los principios éticos que gobiernan la conducta de los médicos los OBLIGA a defender al ser humano ante el dolor, el sufrimiento SIN DISCRIMINACIÓN DE NINGUNA ÍNDOLE”.⁴⁸¹

El cuidado del ser humano aun con discapacidad o estado de postración debería motivar a los diversos agentes sanitarios a orientar todas sus prácticas a su cuidado, porque es un momento determinante para demostrar la vocación de servicio de cada profesión. El desempeño como agente de la salud no es puramente técnico, sino una reflexión pluridimensional, visualizando al ser humano como un todo, su religiosidad, sus creencias, su visión y concepción de la muerte, el conocimiento de su enfermedad, la educación sanitaria a su familia, etc. En este contexto, además, es evidente la necesidad de incorporar agentes sanitarios o pastorales con experiencia en acompañamiento en la fase terminal de la vida, que eduque al paciente y familiares sobre el sentido de la muerte, que significa, que permita o facilite como intermediario la comunicación entre familiares y enfermos, que ayudemos al paciente a perder el miedo a la muerte, y vivir con tranquilidad sus últimos días, todas tareas que probablemente no se puedan desenvolver a cabalidad en una visita domiciliaria de 45 minutos.

El pluralismo ético y cultural actual ha puesto en peligro progresivo esta concepción humanista de la medicina y la ha vuelto un “servicio” similar a cualquier otro, donde las prestaciones sanitarias son simples trámites, dejando atrás la concepción del médico de familia.

Se logra ver en la base de este “abandono social” de los pacientes postrados, una concepción individualista de la persona y el mundo, la cual se ha arraigado fuertemente en nuestra sociedad y en América Latina, visión que considera a la dignidad humana según la eficacia económica y la capacidad de libertad individual⁴⁸², cegándose a la justicia social y olvidándose del bien de aquellos que no pueden buscarlo por sus propios medios. Otra corriente que segrega a estos pacientes es la visión utilitarista, donde “tener – poder y placer” son sinónimo de felicidad, dando paso a que el valor de la vida humana se asocie a sus capacidades más que a su ser y prosperen conceptos como “calidad de vida” por sobre la “sacralidad de la vida”⁴.

La propuesta Personalista se basa en 4 principios jerarquizados⁴⁸³:

1. Principio de la Defensa de la vida física de cada persona, teniendo en cuenta su unidad e inviolabilidad.

⁴⁸¹ Código ética Colegio médico de Chile

⁴⁸² Chomalí, F. *Bioética, El valor de la vida humana a la luz de la razón y la fe*. Santiago de Chile, Ediciones El Mercurio Aguilar. 2009. 112, 111

⁴⁸³ Sgreccia, E. *Manual de bioética I. Fundamentos y ética biomédica*. Madrid, Biblioteca de Autores Cristianos. 2007.

2. Principio terapéutico, el cual da paso a las intervenciones en un paciente en beneficio de su totalidad.
3. Principio de Libertad y Responsabilidad, defendiendo la autonomía de la persona, pero encuadrándola para que sea ejercida en dirección al bien real del individuo.
4. Principio de Sociabilidad y Subsidiariedad que reconoce al hombre como un ser social, generando el derecho de ser parte de la sociedad y que esta le proteja, y además, el deber de asistir a otros.

A partir de esto se puede apreciar que surge como derecho humano la Solidaridad, la que debe buscar el Bien común entendido como el orden en la comunidad en virtud del cual cada miembro de la sociedad podría gozar lo que ahora denominamos “adecuada calidad de vida”⁴⁸⁴. La justicia social exige una particular asistencia a aquellas personas más débiles, cuya situación actual de vida les hace depender de los sanos y más jóvenes, muchos de los cuales sólo están preocupados de sí mismos.

Dentro de las relaciones humanas claramente hay desigualdades, y frente a estas existe la obligación para el más fuerte de respetar y proteger la Vulnerabilidad del débil, y no someterlo o explotarlo. La Vulnerabilidad a todos nos afecta en algún momento, sobre todo cuando se experimenta una enfermedad, que exige remediarse y un respeto especial por la persona enferma y por justicia, dar a cada uno asistencia según sus necesidades.

La Bioética de un sistema de salud demuestra la sociedad que se quiere ser, del modo como distribuye sus recursos entre los miembros más vulnerables. Por el cuarto principio personalista, en la asistencia sanitaria, la sociedad debe proveer “Medios de Salud” a quienes no puedan alcanzarlos por sí mismos, lo que implica asistencia universal. Pero esto debe ajustarse a las cuentas económicas. La Distribución de Recursos en Salud es muy activo en racionar y optimizar los recursos sanitarios, teniendo en cuenta la relación costo – beneficio. Para que un Sistema Sanitario sea sostenible se tiene que basar en la solidaridad, poniendo la asistencia al paciente como prioritaria, incluso cuando no exista curación a su enfermedad, pues por las características propias de la naturaleza humana la victoria sobre la enfermedad y la muerte siempre son temporales, mientras que la vulnerabilidad y necesidad de apoyo es inherente al hombre. De este modo nos alejamos del utilitarismo aplicado a los sujetos, evitando sacrificar a una persona por el bien de la sociedad, lo cual es absolutamente inaceptable.

Finalmente el agente de la salud debe y está obligado a reflexionar sobre la naturaleza tanto del ser humano como de la profesión que ejerce, sin embargo aún estamos a tiempo de seguir avanzado como sociedad y agentes sanitarios en el cuidado de nuestros pacientes con discapacidad severa, dada la extensa falencia en atención, gestión, organización y sobre todo humanidad.

⁴⁸⁴ Pajares, V. *La Calidad de la Vida*. Roma, Ateneo Pontificio Regina Apostolorum, 2005. 174