

BIOÉTICA PARA LA TOMA DE DECISIONES

Parte 1

2ª Edición

Francisco Javier León Correa

Diego León Rábago

Victoria Eugenia Navarrete Cruz

(Coordinadores)



FELAIBE

BIOÉTICA PARA LA TOMA DE DECISIONES



Universidad
de Guanajuato
Campus Guanajuato



IX CONGRESO
LATINOAMERICANO
Y DEL CARIBE DE
BIOÉTICA

17-20 ABRIL 2013. GUANAJUATO, MÉXICO

Copyright: Los autores

Edita: Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética (FELAIBE)

1ª edición: Santiago de Chile, 2014.

ISBN 9789563519013

Prohibida su reproducción total o parcial

Diagramación y edición: Alejandra León Arratia

Índice de contenidos

Prólogo. Bioética para la toma de decisiones

Francisco León Correa, Diego León Rábago, Victoria Eugenia Navarrete.....8

Parte 1ª.- TOMA DE DECISIONES EN BIOÉTICA

No berço da bioética: o encontro de um *credo* (V.R. Potter), com um *imperativo* (F. Jahr) e um *princípio* (H. Jonas). **Leo Pessini.....12**

Introducción de la *etikhe* en la *politea*: una aplicación práctica pedagógica de la Ética para la Erradicación de la Pobreza. **Armando Pérez de Nucci.....43**

Fundamentar la bioética desde Cuba. **René Zamora Marín.....57**

Principales aportes de la Ética Ricoeuriana y ética cívica en la fundamentación filosófica de la Objeción de Conciencia (OC) en salud. **Adela Montero Vega.....71**

La casuística como perspectiva metodológica de la ética aplicada y la bioética. **José Salvador Arellano Rodríguez.....81**

Algunos problemas de objetar en conciencia en los campos de la salud y la educación. **Gilberto Gamboa Bernal.....101**

La bioética hoy: reflexión y acción. **Beatriz E. Cárdenas, Mª del Carmen Cid, Manuel Ortega, Ángel O. Cruz, Adrián Pacheco, Alba Cerna.....111**

Leopoldo Zea en los temas éticos y bioéticos. **Vivian Auffant Vázquez.....123**

La naturaleza humana, ¿aporta a la bioética? **Andrés Fabián Toledo.....135**

Relación médico paciente en residentes de medicina familiar. Modificación por actividades participativas y reflexivas en bioética. **César Gutiérrez Samperio, Ma. Guadalupe del Rocío Guerrero Lara, José Trinidad López Vázquez, Lilia Susana Gallardo Vidal.....143**

Autonomía del profesional de enfermería en la atención a los pacientes. **Elizabeth Piña de Vásquez.....155**

Arqueología y genealogía de la bioética. **Mauricio Ávila Barba.....167**

El científico y los dilemas bioéticos de la biología contemporánea. **Fernando Anaya Velázquez, Felipe Padilla Vaca y Sergio Arias Negrete.....178**

Fundamentación ética y antropológica de los principios de la bioética. **Rolando Monteza Calderón.....189**

Parte 2ª.- DECISIONES INSTITUCIONALES Y NORMAS JURÍDICAS

La ética organizacional en salud ante la sociedad. La presencia y responsabilidad social de la bioética. Raúl Garza Garza	203
La importancia de la formación multidisciplinaria de los comités. Victoria Eugenia Navarrete Cruz	215
Los consultores éticos clínicos. Juan Pablo Beca	222
La responsabilidad científica. Fernando Anaya Velázquez	235
Comités de ética y bioética en investigación para las ciencias sociales: hacia su consolidación en el ámbito colombiano. Diana Rocío Bernal Camargo	241
El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca. Mª Del Carmen Cid Velasco, Beatriz Cárdenas Morales, Mirna Liliana Cruz Ramos, Alba Cerna López, Ángel Octavio Cruz Iriarte, Adrián Pacheco Ramírez	251
Hacia un Comité de Ética de la Investigación, docencia y bienestar animal en la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, Michoacán. Adriana Mejía Estrada, María de Jesús Ortiz González, Ana Cristina Ramírez Barreto, Beatriz Salas García	259
Formación de una red de comités de bioética en la atención primaria Servicio de Salud M. Sur Oriente. Edith Mora	269
El Rol de la Mediación en la toma de decisiones Bioéticas: un puente hacia la bioética. Mary Cele Riveraa Martínez	278
Una aproximación filosófica a los comités de ética en investigación. Maria Teresa Sánchez Mier	283

Normas jurídicas

Deliberación en Bioderecho. Dora Nevaresa Muñiz	294
La bioética, la vulnerabilidad y la reforma al Código Civil Argentino. Miriam Magdalena Sanders Bruletti	311
La inconstitucionalidad del Artículo 143 del Código Civil para el Estado de Oaxaca: un análisis de la resolución de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Miguel Ángel León Ortiz	328
Concepciones alternativas en bioética y biojurídica en una muestra de docentes bogotanos. Genny Paola Sáenz Aldana, Luisa Fernanda Salinas Farfán, Jairo Ricardo Pinilla González	342
Una aproximación multipaís de la utilidad de los Códigos de Ética de Farmacia en la toma de decisiones éticas. Sandra M. Fábregas, Regina Wikinski, Magaly Pedrique, Raquel Rodríguez	355

La información sobre el origen biológico como Derecho Fundamental de la persona. **Ronald Cárdenas Krenz**.....371

Parte 3ª DECISIONES CON PERSONAS VULNERABLES Y MULTICULTURALIDAD

Multiculturalidad

Bioética. Tensiones entre globalidad y localidad. **Gloria Inés González Ramírez**.....388

El derecho a la protección de la salud de los pueblos indígenas: problemáticas, desafíos y una solución. **Ma. Elizabeth de los Rios Uriarte**.....400

Esclavitud, libertad y toma de decisiones. **María Guevara Sanginés**.....413

Violencia

Violencia y salud. **Ricardo Paez Moreno, Luis Felipe Reyes Magaña**.....426

Códigos de ética y situaciones de conflicto. **Ezequiel Imanol Martínez González**.....441

Vulnerabilidad

Variaciones en la estancia media ocasionadas por las caídas de pacientes ingresados en un hospital de agudos especializado en geriatría. **Josefina Alonso Fernández, Rosa María Simó Martínez, María Dolores Menéndez Fraga, Nieves Castaño Sánchez, Fernando Vázquez Valdés, María Jesús Virgós Soriano**.....452

¡Discapacidad "a la carta"! *Wannabes*. ¿Una cuestión bioética? **Soledad Arnau Ripollés**.....465

Búsqueda de soluciones ante la vulnerabilidad: dilemas y retos. **Irma Alejandra Coronado**.....492

La bioética en el cuidado del adulto mayor. **Montserrat Ivonne Cruz Jiménez**.....494

La compleja dimensión de la vulnerabilidad. **María de los Dolores Delgado Ochoa, Julieta Cecilia González Ramírez, Octaviano H. Domínguez Márquez**.....501

La violencia hacia los niños. **Jocelyn Alejandra González Bastida**.....509

El mejor interés en pediatría. **Ledesma F y otros, CEA Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P. Garrahan**.....512

Bioética y calidad de vida en la tercera edad. **Agustin Loría Argai**.....515

Enfoque bioético de la infección por VIH/SIDA en grupos vulnerables. **Miriam Beatriz Machado Amador**.....526

Aspectos bioéticos relacionados con la necesidad y oportunidad de denunciar la actividad sexual en adolescentes menores de 14 años en Chile. **Adela Montero, Electra González, Vania Martínez, Ingrid Leal, Blanca Bórquez.....540**

Los derechos y deberes en salud, una nueva legalidad en Chile. **María Isabel Rivera Obando, Elizabeth Núñez Carrasco.....542**

Atención al fenómeno de las drogas desde la casuística. **Jorge Vélez Vega.....548**

Infección por VIH/Sida y acceso a la salud en contextos de vulnerabilidad. **Eduardo María Warley, Fernando Warley.....551**

Prólogo

Bioética para la toma de decisiones

En marzo del 2013 tuvo lugar en Guanajuato, México, el IX Congreso de la Federación Latinoamericana y del Caribe de Bioética. Estuvo organizado por la Universidad de Guanajuato junto con la directiva de FELAIBE, y participaron profesionales y especialistas en bioética de bastantes países. Se presentaron en salas simultáneas XX comunicaciones, hubo XX conferencias y XX mesas redondas. Estos Congresos, celebrados cada dos años desde el comienzo de la Federación, han sido un espacio de diálogo y de intercambio de opiniones y experiencias entre personas de los diferentes países, y entre los primeros especialistas en Bioética en América Latina y las nuevas generaciones que se han ido incorporando a este ámbito del saber ético aplicado de forma creciente en estos años. Han contribuido también a crear lazos de colaboración académica entre investigadores de varios países, a dar a conocer las experiencias de los comités de ética de investigación, de los comités de ética asistenciales o clínicos, de la docencia de la Bioética en muy numerosas Universidades.

Gran parte de los trabajos presentados en el VIII Congreso celebrado en Viña del Mar en el 2011 se ha editado con los siguientes títulos: *Ética Clínica y Comités de Ética en Latinoamérica (2011)*, *Docencia de la Bioética en Latinoamérica. Valores y experiencias compartidas (2011)*, *Bioética y Sociedad en Latinoamérica (2012)*, *Bioética global y debates al principio y final de la vida en Latinoamérica. 20 años de FELAIBE (2012)* (disponibles en formato Pdf en la página web de FELAIBE: www.bioeticachile.cl/felaibe).

Ahora queremos poner a disposición de la comunidad bioética latinoamericana los textos de conferencias, mesas redondas y comunicaciones del Congreso de Guanajuato. Estuvo centrado en propuestas desde la Bioética para la toma de decisiones. Ha sido esencial en el desarrollo de la Bioética el establecimiento de procesos y modelos de deliberación y toma de decisiones, muy especialmente en el ámbito de la ética clínica, pero también en otros de desarrollo más reciente analizados desde una visión social de la Bioética. Decisiones del médico con su paciente, pero también del equipo de salud entre los diferentes profesionales, decisiones de la dirección de los servicios y gerencia de las instituciones prestadoras de atención en salud, los procesos de toma de

decisiones en las instituciones de salud, en los comités de ética, en la elaboración e implementación de las políticas de salud y reformas de los sistemas de salud, etc.

En una publicación reciente Mark Siegler habla de cuatro etapas en la relación médico-paciente en los Estados Unidos: la década del setenta, con un planteamiento paternalista, donde el médico decidía y el paciente obedecía; la década de los ochenta, donde se convierte en central el principio de autonomía del paciente desde el planteamiento principialista en Bioética, de forma que el paciente es quien decida y el médico sólo propone e informa; una tercera etapa en los noventa, donde ya no deciden ni el médico ni el paciente, con una medicina centrada en el *managed care* y donde deciden los gerentes, las aseguradoras, etc.; la cuarta etapa, desde el 2000, es la de la toma de decisiones compartidas, entre todos aquellos que van a estar afectados, los que deciden las políticas de salud, junto con los prestadores, los profesionales, y los pacientes y usuarios de los sistemas de salud. No es fácil establecer en cuál de esas etapas estamos en cada uno de nuestros países, y lo más probable es que estemos en varias a la vez, con restos de paternalismo todavía muy presentes, y con una medicina cada vez más defensiva, guiada por criterios económicos y gerenciales en los sistemas privados, con una falta clara de solidaridad entre lo público y lo privado en numerosas ocasiones, y desigualdades e injusticias que no se resuelven a pesar de los intentos diversos de reformas de los sistemas de salud.

Para poder manejar mejor la abundante producción académica presentada en el Congreso, hemos dividido en dos los textos. Incluimos en este primer volumen una serie de comunicaciones dedicadas más directamente a la toma de decisiones en Bioética, las decisiones a nivel de las instituciones de salud, con los comités de ética, y las decisiones institucionalizadas en las normas jurídicas legalmente aprobadas, en una segunda parte. En la tercera parte, se analizan las decisiones que afectan a personas con especial vulnerabilidad, multiculturalidad y violencia.

En el segundo volumen se han incluido las decisiones al inicio y al final de la vida, las decisiones éticas en la investigación clínica, y una serie de temas variados que estuvieron presentes en el interés de los participantes en el Congreso, entre ellos Bioética y biodiversidad, Bioética y cine, Bioética y Psicología. Se añade finalmente una parte dedicada a las experiencias docentes en Bioética, que tratan de preparar a los profesionales y alumnos de pregrado para una buena toma de decisiones.

Se editan estos volúmenes cuando estamos ya preparando con gran interés el siguiente Congreso, el décimo de FELAIBE, en San José de Costa Rica. Será una nueva oportunidad de transmitir experiencias y conocimientos, cada vez más académicos, en este ámbito de la Bioética, que hemos visto crecer y madurar en estos años en la mayoría de nuestros países, y que deseamos también promover en Costa Rica y en toda Centroamérica.

Francisco Javier León Correa

Diego León Rábago

Victoria Eugenia Navarrete Cruz

(Coordinadores)

Parte 1ª.- TOMA DE DECISIONES EN BIOÉTICA

No berço da bioética: o encontro de um *credo* (V.R. Potter), com um *imperativo* (F. Jahr) e um *princípio* (H. Jonas)

Leo Pessini

Professor Doutor no programa de pós-graduação em Bioética, mestrado e doutorado, do
Centro Universitário São Camilo em São Paulo
Presidente das Organizações Camilianas Brasileiras

O que lhes peço é que pensem a bioética como uma nova ética científica que combina a humildade, responsabilidade e competência, numa perspectiva interdisciplinar e intercultural e que potencialize o sentido de humanidade.

Van Ranseelaer Potter

Respeite todo ser vivo, como princípio e fim em si mesmo e trate-o, se possível, enquanto tal.

Fritz Jahr

Aja de tal maneira que os efeitos de tua ação sejam compatíveis com a permanência da vida humana autêntica na Terra.

Hans Jonas

Resumo

Este artigo faz uma incursão nas origens históricas da bioética resgatando historicamente três protagonistas importantes. Um mais conhecido e reconhecido, Van Rensselaer Potter nos EUA e o outro completamente desconhecido e que somente muito recentemente temos notícia, em 1997, trata-se do filósofo, teólogo, pastor e educador alemão Fritz Jahr. Ficamos sabendo que a expressão Bioética, foi utilizada pela primeira vez por Fritz Jahr, na Alemanha, em 1926 e 1927 num artigo publicado na revista científica Kosmos, intitulado “*Bioética: uma revisão do*

relacionamento ético dos humanos em relação aos animais e plantas". Jahr ampliou o conceito do imperativo Kantiano e propõe o Imperativo Bioético "*respeite todo ser vivo, como princípio e fim em si mesmo e trate-o, se possível enquanto tal*". O conceito de bioética de Fritz Jahr inclui, além do ser humano, todas as formas de vida. O terceiro protagonista na fase inicial do surgimento da bioética é Hans Jonas, filósofo judeu-alemão, que vai elaborar o seu *princípio da responsabilidade*, pensando e elaborando uma ética frente ao domínio crescente da civilização técnico-científica. A expressão Bioética ganhou certificado de nascimento e se consolida nos EUA durante os anos 70 e depois é "exportada" para o mundo, a partir dos anos 80 do século passado, a partir dos trabalhos de Van Rensselaer Potter e mais a fundação do *Instituto Kennedy de Bioética* (1971) junto à Georgetown University em Washington, DC.

Introdução

A bioética, levando-se em conta a perspectiva do norte-americano bioquímico Van Rensselaer Potter e a data da publicação de seu primeiro artigo em 1970 já completou 43 anos de existência desde quando o termo foi cunhado. Pesquisas recentes na área deslocam desta data para a década de 1920, mais precisamente 1926-27 na Alemanha e descobrem a figura de Fritz Jahr. No momento a pesquisa em curso identifica como sendo a data de 15 de dezembro de 1926 como sendo seu primeiro escrito sobre bioética intitulado: *Ciências da vida e ética: velho conhecimento em novas roupagens*. Neste artigo ele apresenta pela primeira vez o imperativo bioético. Fato histórico neste sentido foi o lançamento do livro *Fritz Jahr and the Foundations of Global Bioethics: The Future of Integrative Bioethics* (Fritz Jahr e os fundamentos da Bioética global: o futuro da bioética integrativa) editado por Muzur Amir & Hans-Martin Sass no 8o. Congresso Internacional de Bioética Clínica realizado em São Paulo (16-19 de maio de 2012). Não sem uma pontinha de ironia no folder de divulgação do livro lê-se: "Você sabe quem inventou 'bioética'? Não, não, os americanos! Foi Fritz Jahr um pastor em Halle an der Saale. Em 1926-27 ele se contrapôs criticamente ao imperativo categórico de Kant com o seu Imperativo Bioético: 'respeite todos os seres vivos como um fim em si mesmo e trate-os como tal, se possível' " (MUZUR & SASS, 2012).

Nossa jornada reflexiva em torno do berço da bioética se faz em três momentos fundamentais, com três protagonistas. Começamos com Potter nos EUA em 1970 com seu "*credo bioético*" e o conceito de "*bioética como ponte para o futuro*" (POTTER, 1971) e voltamos no tempo histórico para a década de 20 do século passado, mais precisamente aos anos de 1926-27 com Fritz Jahr,

com a sua proposta do *Imperativo bioético*, que inclui uma visão ética para além dos seres humanos, uma ética para todos os seres vivos: “*Respeite todo ser vivo, como princípio e fim em si mesmo e trate-o, se possível, enquanto tal*” (JAHR, 1926). O terceiro protagonista e o filósofo Judeu- Alemão, Hans Jonas (1979), que elabora o *princípio da responsabilidade*, ao nos propor uma ética frente à civilização técnica, no cultivo de uma “heurística do medo”, não deixando o *homo faber* dominar o *homo sapiens*. Concluimos nossa reflexão (PESSINI, SIQUEIRA; HOSSNE, 2010) com uma aproximação entre os três protagonistas pioneiros na agenda bioética no seu nascedouro e que profeticamente se antecipam aos fatos e exigências éticas de hoje para que possamos garantir o futuro da vida no planeta. A atualidade desta questão é inquestionável, somente lembrando a discussão em andamento no mundo patrocinada pela ONU, quando em 2012 esta organização programou para o Brasil, no Rio de Janeiro a realização da Conferência para o Desenvolvimento Sustentável com o mote “*o futuro que queremos*”. Trata-se da Conferência Rio +20.

1- O pioneirismo de Van Rensselaer Potter nos EUA (1970)

1.1. Conhecendo a pessoa

No dia 6 de setembro de 2001 falecia o Dr. Van Rensselaer Potter (1911-2001), em Madison, pequena cidade do Estado de Wisconsin, no meio-oeste dos Estados Unidos. Potter, nasceu no Estado da Dakota do Sul em 27 de agosto de 1911, morreu quando acabara de completar 90 anos. Seu avô morreu de câncer aos 51anos, um ano antes de seu nascimento, do qual herdou o nome, vindo a se chamar, Van Rensselaer Potter II. Sua mãe morreu num acidente de carro quando ele tinha sete anos, e tornou-se muito ligado ao pai, desde então. Potter deixa esposa, três filhos, 6 netos e duas irmãs.

Recebemos um comunicado de sua neta Lisa Potter, que trabalhou muito de perto com seu avô de 1994-1997 auxiliando-o nas publicações de bioética e em conferências. Textualmente lemos: "Lamentamos em informar que Van faleceu ontem (6/09) às 05h20min da tarde; Ele estava confortável e a família mantinha-se presente ao lado do leito. Eu segurava sua mão quando exalou o último suspiro. Sei que ele sentiu o apoio e amor da família. Ele morreu logo após seu 90º aniversário e teve a chance de ver muitos membros da família. Sentiremos muito sua falta".

Foi ele quem cunhou o neologismo *bioethics* em 1970. Chamá-lo de "pai da bioética", como muitos o fazem, seria exagerado segundo alguns estudiosos na área da história da bioética, e dizer que ele é somente autor do neologismo "*bioethics*", seria não fazer justiça com a estatura de sua pessoa como pesquisador e pioneiro da bioética, já que acabou sendo marginalizado pelos seus compatriotas. Potter, poucos dias antes de sua partida deixou uma mensagem final endereçada aos amigos da sua "rede de bioética global". Nesta mensagem ele demonstra ressentimento pelo não reconhecimento de seu trabalho em bioética em seu próprio país.

Por um longo período de tempo 1980-1990, ninguém reconheceu meu nome e quis ser parte de uma missão. Nos EUA houve uma explosão imediata do uso da palavra *bioethics* pelos médicos, que falharam ao não mencionar meu nome ou o título das minhas quatro publicações 1970-1971. Infelizmente, a sua imagem de bioética atrasou o surgimento do que existe hoje.¹

A biografia de Potter é particularmente relevante para a história de uma ideia, o conceito de autonomia desempenha até hoje, um papel predominante na ética biomédica norte-americana. Antes de focar direitos individuais, ele enfatiza responsabilidades pessoais. Potter inclusive, não só elaborou, bem como viveu seu credo de ativista, que enfatiza responsabilidade social e ambiental. Na condição de um bioeticista virtuoso que era, não só viveu sua visão de bioética, como também, convocou outros também a fazê-lo, alertando que para alguém merecer ser chamado de bioeticista deveria seguir tal credo, o que apresentaremos na íntegra ao longo deste texto, após análise do legado intelectual de Potter. Destaca-se, portanto, uma forte ênfase na ética das virtudes na bioética Potteriana, que adquire quase um tom de pregação.

Potter era considerado um distinto membro da "*Unitarian Society of Madison*" (Sociedade Unitariana de Madison), uma organização de inspiração cristã, que segue o espírito de Jesus de Nazaré e, que defende a perspectiva de uma religião liberal. Entre outros objetivos desta organização, lê-se como sendo o primeiro, "a integridade de vida" que significa totalidade (*wholeness*). Para as pessoas de genuína integridade, todos os objetivos e questões de vida estão interrelacionados. Os Unitarianos, constituem-se numa confraria de livre pensamento em que são aceitos como membros, "... *peessoas de todas as opiniões teológicas, que desejam se unir a nós na promoção da verdade, justiça, reverencia e caridade entre os homens*". Trata-se de uma associação

¹ Dear Global Bioethics Network. Final Message. Disponível em : http://mcardle.oncology.wisc.edu/faculty/bio/potter_v.html. Acessado em: 23 nov 2004.

aberta, em que o ateu honesto pode se declarar como tal, sem nenhum medo, bem como o crente piedoso falar de sua ligação pessoal com o universo e com Deus sem embaraço.

Textualmente lemos: “... a única exigência que fazemos e que esperamos é que sejamos honestos conosco mesmos e com os outros”.² Embora não tenha lido nenhum comentário em que se faça esta ligação com a organização dos Unitarianos, percebe-se uma profunda ligação do credo bioético potteriano e a filosofia desta organização.

Potter trabalhou mais de 50 anos na Universidade de Wisconsin, em Madison, nos Laboratórios MacArdle para a pesquisa de Câncer, aposentando-se em 1982. Doutorou-se em bioquímica. Pela sua contribuição original sobre a compreensão do metabolismo das células cancerígenas, foi reconhecido por sua eleição para a Academia Nacional de Ciências. Foi Presidente da Sociedade Americana de pesquisa sobre o Câncer em 1974, além de ter servido em inúmeras outras organizações científicas de grande prestígio nos EUA.

Potter, após sua aposentadoria da Universidade praticamente passou a residir em sua casa de campo em meio a um bosque, nas cercanias de Madison, onde na varanda feita de madeira rústica, recebia amigos, estudantes, onde sentia-se em comunhão com a natureza. Nos últimos anos de vida, dedicou-se ao cuidado de sua esposa, Vivian, tragicamente deficiente por causa de artrite. Por opção, deixa de viajar e dar conferências pelo mundo afora, ficando junto de sua companheira.

A última viagem que Potter realizou para o exterior, foi para a Itália em 1990, a convite do Prof. Bruneto Chiarelli, Prof. de Antropologia da Universidade de Florença (Itália) para falar sobre Bioética Global. Estava então com 79 anos, e não mais viajando devido à idade, mas recebendo inúmeros convites para participar de eventos de bioética, ele envia vídeos de suas palestras. Temos assim três vídeos: 1) 1998 – sobre Bioética Global, por ocasião do IV Congresso mundial de Bioética (Tóquio) à convite do Prof. Hyakuday Sakamoto; 2) 1999, um vídeo para o Congresso Mexicano de Bioética, à convite do falecido Prof. Manuel Velasco Soares; e 3) 2000 – um vídeo para o Congresso Internacional de Bioética organizado pela Sociedade Internacional de Bioética (Gijón- Espanha), convite do Prof. Marcelo Palácios.

² Disponível em: <http://www.harvardsquarelibray.org/unitarians/madison.html>. Acessado em 19/11/2004.

Uma resolução elaborada pelo corpo docente da Universidade de Wisconsin em memória de Van Rensselaer Potter, além de destacar a importância de sua vida profissional como pesquisador e professor de oncologia no Laboratório McArdle de Pesquisa de Câncer durante mais de 50 anos enfatiza que

[...] sua maior contribuição para a comunidade científica são os mais de 90 pós-doutorados que orientou e estudantes de graduação que inspirando-se nele, muitos tornaram-se proeminentes em vários campos da ciência, sendo que um deles foi agraciado com o Prêmio Nobel. (...) Para Van a ciência, não era um 'trabalho' mas, uma experiência ética, apaixonada e criativa. Além do mais, ele não separava o cientista do processo científico ou o cientista do contexto social do empreendimento científico. Esta filosofia, motivado pelo seu conceito de "humildade com responsabilidade", o conduziu à fase final de sua produtiva carreira.³

Esta fase final é justamente a fase da bioética, dos últimos 30 anos de vida. A pessoa de Potter é lembrada pelo seus colegas de docência na Universidade de Wisconsin como "*um ser humano iluminado, preocupado com o cuidado humano de tudo, para que todos pudessem viver, não numa utopia, mas em um mundo esteticamente belo e sustentável, uma vida satisfatória e feliz*".⁴

1.2. O legado intelectual

Potter, que chamou a bioética de "ciência da sobrevivência humana"⁵, traçou uma agenda de trabalho para a mesma que vai desde a intuição da criação do neologismo em 1970, até a possibilidade de encarar a bioética como uma disciplina sistêmica ou profunda em 1988. Alguns lances mais importantes deste itinerário são interessantes de recordar, iniciando pela pergunta de como surgiu o neologismo bioética.

Nos anos 1970-71, Potter cunha o neologismo "*Bioethics*" utilizando-o em dois escritos. Primeiramente num artigo intitulado "*Bioethics, science of survival*", publicado em **Persp. Biol. Med** **14:27-153**, 1970 e no livro *Bioethics bridge to the future*(1971). Esta publicação é dedicada a Aldo

³ Memorial Resolution of the Faculty of the University of Wisconsin-Madison. On the death of professor emeritus Van Rensselaer Potter II. Disponível em: [http://mcardle.oncology.wisc.edu/faculty/bio/PotterGlobal Bioethics.html](http://mcardle.oncology.wisc.edu/faculty/bio/PotterGlobal%20Bioethics.html).

⁴ Memorial Resolution of the faculty of the University of Wisconsin – Madison. On the death of professor emeritus Van Rensselaer Potter II. Faculty Document 1628. Madison 1 April 2002. Disponível em : http://mcardle.oncology.wisc.edu/faculty/bio/potter_v.html.

⁵ Potter,VR. Bioethics: bridge to the future.Chapter one: Bioethics. The Science of Survival 1971; 1-29.

Leopold, um renomado professor na Universidade de Wisconsin que pioneiramente começou a discutir uma "Ética da terra". Este neologismo apareceu na mídia, em 19 de abril de 1971, quando a Revista Time publicou um longo artigo com o seguinte título "*Man into superman: the promise and peril of the new genetics*", em que o livro de Potter foi citado.

Na contracapa do seu livro *Bioethics: bridge to the future* lemos:

Ar e água poluída, explosão populacional, ecologia, conservação —muitas vezes falam, muitas definições são dadas. Quem está certo? As idéias se entrecruzam e existem argumentos conflitivos que confundem as questões e atrasam a ação. Qual é a resposta? O homem realmente está colocando em risco o seu meio ambiente? Não seria necessário aprimorar as condições que ele criou? A ameaça de sobrevivência é real ou se trata de pura propaganda de alguns teóricos histéricos?

Esta nova ciência, bioética, combina o trabalho dos humanistas e cientistas, cujos objetivos, são sabedoria e conhecimento. A sabedoria é definida como o conhecimento de como usar o conhecimento para o bem social. A busca de sabedoria tem uma nova orientação porque a sobrevivência do homem está em jogo. Os valores éticos devem ser testados em termos de futuro e não podem ser divorciados dos fatos biológicos. Ações que diminuem as chances de sobrevivência humana são imorais e devem ser julgadas em termos do conhecimento disponível e no monitoramento de "parâmetros de sobrevivência que são escolhidos pelos cientistas e humanistas."⁶

Potter pensa a bioética como uma ponte entre a ciência biológica e a ética. Sua intuição consistiu em pensar que a sobrevivência de grande parte da espécie humana, numa civilização decente e sustentável, dependia do desenvolvimento e manutenção de um sistema ético. Em 1998 ao olhar este primeiro momento de sua reflexão afirma:

O que me interessava naquele momento, quando tinha 51 anos, era o questionamento do progresso e para onde estavam levando a cultura ocidental todos os avanços materialistas próprios da ciência e da tecnologia. Expressei minhas idéias do que, segundo meu ponto de vista, se transformou na missão da bioética: uma tentativa de responder à pergunta frente à humanidade: que tipo de futuro teremos? E temos alguma opção? Por conseguinte a bioética transformou-se numa visão que exigia uma disciplina que guiasse a humanidade como uma 'ponte para o futuro [...].'⁷

Na introdução de seu livro *Bioethics: Bridge to the Future*, diz que: " Se existem duas culturas que parecem incapazes de dialogar - as ciências e humanidades - e se isto se apresenta como uma

⁶ Potter VR. *Bioethics: bridge to the future*. New Jersey: Prentice-Hall., Englewood Cliffs; 1971. Ver Introdução, p. VII-VIII.

⁷ Vídeo apresentado por ocasião do IV Congresso Mundial de Bioética- 1998 (Tóquio).

razão pela qual o futuro se apresenta duvidoso, então, possivelmente, poderíamos construir uma ponte para o futuro, construindo a bioética como uma ponte entre as duas culturas⁸.”

No termo bioética (do grego “*bios*”, vida, e “*ethos*”, ética) “*bios*” representa o conhecimento biológico, a ciência dos sistemas vivos e “*ética*” representa o conhecimento dos valores humanos. Potter almejava criar uma nova disciplina em que acontecesse uma verdadeira dinâmica e interação entre o ser humano e o meio ambiente. Ele persegue a intuição de Aldo Leopold e neste sentido antecipa-se ao que hoje se tornou uma preocupação mundial que é a ecologia.

É importante registrar que existe outro pesquisador que reivindica a paternidade do termo bioética. É o obstetra holandês, André Hellegers da Universidade de Georgetown, em Washington, D.C. que seis meses após a aparição do livro pioneiro de Potter, *Bioethics: bridge to the future*, utiliza esta expressão no nome do novo centro de estudos: *Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*. Hoje este Centro é conhecido simplesmente como Instituto Kennedy de Bioética. Hellegers animou um grupo de discussão de médicos e teólogos (protestantes e católicos) que viam com preocupação crítica o progresso médico tecnológico que apresentava enormes e intrincados desafios aos sistemas éticos do mundo ocidental. Para Warren Thomas Reich, historiador da bioética e organizador das duas primeiras edições da *Encyclopedia of Bioethics* (1978 e 1995), "o legado de Hellegers" está no fato de que ele entendeu sua missão em relação à bioética como "uma pessoa ponte entre a medicina, a filosofia e a ética". Este legado é o que acabou ganhando hegemonia e tornou-se um "*estudo revitalizador da ética médica*"⁹.

Portanto, no momento de seu nascimento, a bioética tem uma dupla paternidade e um duplo enfoque. Temos duas perspectivas bem distintas, de um lado problemas de macrobioética, com inspiração na perspectiva de Potter e, por outro, problemas de microbioética ou bioética clínica, com clara inspiração no legado de Hellegers. Potter não deixou de expressar sua decepção em relação ao curso que a bioética seguiu. Reconheceu a importância da perspectiva de Georgetown, porém afirmou que "minha própria visão da bioética exige uma visão muito mais ampla".

⁸ Potter VR. *Bioethics: bridge to the future*. New Jersey: Prentice-Hall., Englewood Cliffs; 1971. Introdução, p. IV.

⁹ Reich WT. *Shaping and Mirroring the Field: The Encyclopedia of Bioethics*. In: Walter JK., Klein EP (editors) *The Story of Bioethics: from seminal works to contemporary explorations*. Georgetown University Press, Washington, D.C.; 2003. Reich WT. *Encyclopedia of Bioethics*, 2nd. ed Introduction; 1995. p. XIX-XXXII.

Pretendia que a bioética fosse uma combinação de conhecimento científico e filosófico (o que mais tarde chamou de *Global Bioethics*), e que não fosse simplesmente um ramo da ética aplicada, como foi entendida em relação à medicina.

No ano de 1988, Potter amplia a bioética em relação a outras disciplinas, não somente como ponte entre a biologia e a ética, mas com a dimensão de uma ética global. Diz ele:

A teoria original da bioética era a intuição da sobrevivência da espécie humana, numa forma decente e sustentável de civilização, exigindo o desenvolvimento e manutenção de um sistema de ética. Tal sistema (a implementação da bioética ponte) é a bioética global, fundamentada em intuições e reflexões fundamentadas no conhecimento empírico proveniente de todas as ciências, porém, em especial do conhecimento biológico... Na atualidade este sistema ético proposto segue sendo o núcleo da bioética ponte com sua extensão para a bioética global, o que exigiu o encontro da ética médica com a ética do meio ambiente numa escala mundial para preservar a sobrevivência humana.¹⁰

Potter em sua apresentação de vídeo para o *IV Congresso Mundial de Bioética* promovido pela Associação Internacional de Bioética (Tóquio, 4-7 de novembro de 1998), cita o pensamento do célebre teólogo liberal católico alemão Hans Kung, da Universidade alemã de Tubinguem, mundialmente conhecido, inclusive no Brasil com várias de suas obras traduzidas para o português. Potter lembra que Hans Kung no seu projeto “Ethos Global” chamou atenção para uma Ética Global para a política e economia, em relação a qual todas as nações e povos das mais diferentes tradições culturais e crenças devem se responsabilizar. Ressalta que o coração da ética global de Kung, está no humano, o que é louvável, embora sua ética global não seja bioética, seus preceitos básicos pareçam aceitáveis por todos; esta perspectiva não é suficiente, pois é preciso explicitar o respeito pela natureza e diferentes culturas, para além das culturas judaica e cristã.

Em 1998, Potter expõe a idéia da bioética profunda, retomando o pensamento do Prof. Peter Whitehouse da Universidade de Cleveland (Ohio). O Prof. Whitehouse, assumiu a idéia dos avanços da biologia evolutiva, em especial o pensamento sistêmico e complexo que comporta os sistemas biológicos. A bioética profunda pretende entender o planeta como grandes sistemas biológicos entrelaçados e interdependentes, em que o centro já não corresponde ao homem como em épocas anteriores, mas que a própria vida, o homem é somente um pequeno elo da grande

¹⁰ Van Rensselaer Potter. *O Mundo da Saúde*, ano. 22, v. 22, n.6 nov. dez. 1998. Este Texto é o Script do Vídeo elaborado e apresentado especialmente para o IV Congressos mundial de Bioética (4-7 denovembro/1998) em Tóquio.

rede da vida. Neste cenário o ser humano é somente um pequeno elo na grande rede da vida, situando-se na trilha aberta pelo pensamento do filósofo norueguês Arne Naess, no início dos anos 70 do século passado (NAESS, 1973).

1.3. Ciência e religião juntas frente ao desafio ético de garantir o futuro da vida na Terra

Num artigo publicado na Revista *The Scientist* com o sugestivo título *Science, Religion Must Share Quest for Global Survival* (A ciência e a religião devem partilhar da mesma busca em relação à sobrevivência global)¹¹ diz Potter que nós não podemos mais ficar confortáveis com a idéia de que no futuro, se as coisas piorarem, a ciência terá as respostas. O momento para agir e provar nossa competência ética, bem como técnica é hoje.

Uma questão central para os nossos esforços deve ser a promoção do diálogo entre a ciência e a religião em relação à sobrevivência humana e da biosfera. Durante séculos, a questão dos valores humanos foi considerada como estando para além do campo científico e propriedade exclusiva dos teólogos e filósofos seculares. Hoje devemos sublinhar que os cientistas, não somente têm valores transcendentais, mas também os valores que estão embutidos no ethos científico necessitam ser integrados com aqueles da religião e filosofia para facilitar processos políticos benéficos para a saúde global do meio ambiente.¹²

Na busca de companheiros para esta causa, Potter registra que muitos livros e artigos abordaram os problemas do meio ambiente e saúde humana, mas relativamente poucos enfocaram a questão da sobrevivência da espécie humana no futuro. Entre os autores citados temos: Hans Jonas com sua obra *The Imperative of Responsibility: In Search of an Ethic for the Technological Age* (University of Chicago Press, 1993); o sociólogo Manfred Stanley com sua obra *The Technological Conscience: Survival and Dignity in an Age of Expertise* (University of Chicago Press, 1981); e Hans Kung, conhecido teólogo católico, autor de inúmeras obras teológicas e que foi o mentor e redator da famosa *Declaração para uma Ética Global*, documento final do Parlamento Mundial das Religiões, que se reuniu em Chicago em 1993.¹³

¹¹ Potter VR. *Science, Religion Must Share Quest For Global Survival*, (1994, May 16). *The Scientist*, 8, (10), 1-12.

¹² *Ibidem*, p. 3.

¹³ Kung H.; Schmidt, H. (Edited by). *A Global Ethic and Global Responsibilities. Two Declarations*, SCM Press Ltd, London, 1998. Ver a íntegra desta declaração em português na nossa obra: Pessini, L.; Barchifontaine, CP. *Problemas atuais de*

É sobre este último autor que Potter vai tecer alguns comentários que nos interessam aqui na perspectiva de construção de uma ponte entre a ciência e a religião. Potter tem uma apreciação crítica em relação à perspectiva da ética global de Kung. Afirma que no cerne da moral religiosa defendida por Kung, não está incorporada a preocupação com o rápido crescimento populacional. Destaca que entre as maiores religiões mundiais, em particular o Catolicismo e o Islamismo, estão entre as que mais contribuem para a “atual e assustadora taxa de crescimento populacional”.

Segundo Potter, somente a ciência tem as técnicas para analisar mudanças populacionais e seu impacto. Hans Kung, pelo menos ao formular um Ética Global, apontou que a sobrevivência humana é uma questão chave, idéia esta que nenhum outro teólogo até então sequer tinha mencionado. Embora outros líderes religiosos tenham proclamado que a vida é sagrada e têm defendido os direitos humanos, somente Kung colocou a sobrevivência humana na agenda da reflexão ética. Os cientistas por sua vez, há muito tempo abraçaram no coração de seus esforços, o desafio do bem estar humano e implicitamente a sobrevivência humana, portanto estão credenciados para colaborar na causa pela sobrevivência humana e da biosfera.

Potter vai além ao dizer que, não somente os teólogos, mas também os filósofos seculares falharam em pensar sobre a sobrevivência humana e da biosfera como uma questão ética. A reflexão ética ficou restrita a relações interpessoais ou sociais entre os humanos, excluindo, portanto questões de comportamento relacionadas com crescimento populacional e problemas ecológicos. Potter destaca como importante da famosa Declaração sobre Ética Global: não pode haver sobrevivência sem uma ética mundial, que não existirá paz mundial sem a paz entre as religiões e uma aliança entre crentes e não-crentes (ateus, agnósticos e outros) respeitando-se mutuamente, pode também ser necessária para a concretização de uma ética mundial comum a todos os humanos.

Os cientistas devem aplaudir os esforços de Hans Kung ao apontar para construção de uma aliança reconciliatória entre crentes e aqueles que não são fundamentalmente caracterizados como religiosos, incluindo entre estes, penso, a maioria dos cientistas. Precisamos unir as forças frente a responsabilidade global da sobrevivência humana e seu apelo pelo 'respeito mútuo', é necessário para uma ética mundial comum.¹⁴

Em vários de seus escritos Potter manifesta uma profunda preocupação com o rápido crescimento da população mundial, lembrando que os demógrafos projetam que para meados do século XXI a população do mundo dobrará. A abordagem desta questão revela o lado de um militante obcecado com a questão populacional, que tem um viés um tanto alarmista. Hoje a questão demográfica tem uma série de novos fatores cruciais que preocupam, que Potter nem sequer mencionou. Sua pregação de que o crescimento populacional deveria ser interrompido, fica ironicamente visível na placa de seu velho carro, na inscrição das letras YES ZPG (*Zero Population Growth*), que significa Sim, crescimento populacional zero¹⁵. No seu credo bioético, que apresentamos na íntegra mais adiante neste trabalho, explicita que o compromisso em relação à saúde pessoal e familiar, se expressa em *"limitar os poderes reprodutivos de acordo com objetivos, nacionais e internacionais"*. Potter pensa que a gravidade do problema da superpopulação, não poderá ser resolvida enquanto as maiores religiões se opuserem a qualquer tentativa de limitação da fertilidade. Claro que este diálogo entre ciência e religião, não é fácil e se pergunta se não poderia construir um consenso e uma aceitação política pelos governos. A busca por uma ética mundial, partilhada tanto pela religião como pela ciência não poderia ser expressa em princípios concretos para a ação? Fica a inquietação angustiante desta busca, porém sem a certeza de se encontrar uma resposta satisfatória, no presente momento histórico. Neste diálogo entre ciência e religião, sintetizando as questões chaves desta questão, vale destacar o que Potter diz a propósito da "Declaração das Religiões sobre uma Ética Global".

¹⁴ Potter VR. Science, Religion Must Share Quest For Global Survival.. *The Scientist*, 1994, 8, (10), p. 7.

¹⁵ Whitehouse P. *In Memoriam*. Van Rensselaer Potter: The original Bioethicist. *Hastings Center Report*, nov.-dec. 2001, p. 12.

Estamos conscientes de que as religiões não podem resolver os problemas econômicos, políticos e sociais da terra. Contudo, elas podem prover o que não podemos conseguir através dos planos econômicos, programas políticos e regulamentações legais. As religiões podem causar mudanças na orientação interior, na mentalidade, nos corações das pessoas e levá-las para uma conversão de um falso caminho para uma nova orientação de vida.

As religiões, contudo, são capazes de dar às pessoas um horizonte de sentido para suas vidas e um lar espiritual. Certamente as religiões podem agir com credibilidade somente quando eliminarem os conflitos que surgem entre elas mesmas e desmantelarem imagens hostis e preconceitos, medos e desconfiança mútuas.¹⁶

Enfim, a Ciência e a Religião, ambas têm uma longa batalha histórica, de hegemonia pela verdade.¹⁷ Quando hegemônica, uma tenta negar a outra, agora precisam andar juntas, demãos dadas em função de um objetivo maior, uma causa que interessa a toda a humanidade: garantir o futuro da vida (humana e cósmico-ecológica) no planeta terra.

Um dos documentos mais reveladores da personalidade de Potter, que fez da bioética sua causa de vida e conclama os seus seguidores a fazê-lo o mesmo, se quiserem ser chamados de bioeticistas, se expressa no chamado “*credo bioético*” Potteriano (PESSINI, 2006).

1.4. O credo bioético de Potter¹⁸

1. Creio na necessidade de uma ação terapêutica imediata para melhorar este mundo afligido por uma grave crise ambiental e religiosa.

Compromisso: Trabalharei com os outros para aperfeiçoar a formulação de minhas crenças, desenvolver credos adicionais e procurar um movimento mundial que torne possível a sobrevivência e o aprimoramento do desenvolvimento da espécie humana em harmonia com o meio ambiente natural e com toda a humanidade.

¹⁶ Potter VR. Science, Religion Must Share Quest For Global Survival. *The Scientist*, 1994, 8, (10), p. 11.

¹⁷ Peters T ; Nennett G. (Orgs.) *Construindo pontes entre a ciência e a religião*. São Paulo: Editora Unesp; Edições Loyola, 2003. Trata-se de uma excelente obra multidisciplinar que nos posiciona frente a esta questão secular.

¹⁸ Potter VR. *Global Bioethics: Building on the Leopold Legacy*. Appendix 2 – A bioethical Creed for Individuals. p. 193-195.

2. Creio que a sobrevivência futura bem como o desenvolvimento da humanidade, tanto cultural, quanto biologicamente, é fortemente condicionado pelas ações do presente e planos que afetam o meio ambiente.

Compromisso: Tentarei adaptar um estilo de vida e influenciar o estilo de vida dos outros, bem como ser promotor para um mundo melhor para as futuras gerações da espécie humana, e tentarei evitar ações que coloquem em risco seu futuro, ao ignorar o papel do meio ambiente natural na produção de alimentação e fibras.

3. Creio na unicidade de cada pessoa e na sua necessidade instintiva de contribuir para o aprimoramento de uma unidade maior da sociedade, de forma que seja compatível em longo prazo com as necessidades da sociedade.

Compromisso: Ouvirei aos pontos de vistas dos outros, sejam estes de uma minoria ou de uma maioria, e reconhecerei o papel do compromisso emocional em produzir uma ação efetiva.

4. Creio na inevitabilidade do sofrimento humano que resulta da desordem natural das criaturas biológicas e do mundo físico, mas não aceito passivamente o sofrimento que é resultado da desumanidade do homem para com o próprio homem.

Compromisso: Enfrentarei meus próprios problemas com dignidade e coragem. Assistirei os outros na sua aflição e trabalharei com o objetivo de eliminar todo sofrimento desnecessário na humanidade.

5. Creio na finalidade da morte como uma parte necessária da vida. Afirmando minha veneração pela vida, creio na fraternidade humana e que tenho uma obrigação para com as futuras gerações da espécie humana.

Compromisso: Viverei de uma forma tal que será benéfica para as vidas de meus companheiros humanos de hoje e do futuro, e que serei lembrado com carinho pelos meus entes queridos.

6. Creio que a sociedade entrará em colapso se o ecossistema for danificado irreparavelmente, a não ser que se controle mundialmente a fertilidade humana, devido ao aumento concomitante na competência de seus membros para compreender e manter a saúde humana.

Compromisso: Aperfeiçoarei as habilidades ou um talento profissional que contribuirão para a sobrevivência e aprimoramento da sociedade e manutenção de um ecossistema saudável. Ajudarei os outros no desenvolvimento de seus talentos potenciais, mas ao mesmo tempo cultivando o auto-cuidado, autoestima e valor pessoal.

7. Creio que cada pessoa adulta tem uma responsabilidade pessoal em relação à sua saúde, bem como, uma responsabilidade para o desenvolvimento desta dimensão da personalidade em sua descendência.

Compromisso: Esforçar-me-ei por colocar em prática as obrigações descritas como compromisso bioético para a saúde pessoal e familiar. Limitarei meus poderes reprodutivos de acordo com objetivos, nacionais ou internacionais.

As palavras finais de Potter do vídeo apresentado no IV Congresso Mundial de Bioética (Tóquio, 1998), constituem-se numa agenda desafio futuro para a bioética. Resgatamos esta fala ao concluirmos a apresentação de sua pessoa, obra e legado para a bioética:

À medida que chego ao ocaso de minha experiência sinto que a bioética ponte, a bioética profunda e a bioética global, alcançaram o umbral de um novo dia que foi muito além daquilo que eu imaginei. Sem dúvida, necessitamos recordar a mensagem do ano de 1975 que enfatiza a humildade com responsabilidade como uma bioética básica que logicamente segue da aceitação de que os fatos probabilísticos, ou em parte a sorte, tem consequências nos seres humanos e nos sistemas viventes. A humildade é a consequência característica que assume o "posso estar equivocado", e exige a responsabilidade de aprender da experiência e do conhecimento disponível. Concluindo, o que lhes peço é que pensem a bioética como uma nova ética científica que combina a humildade, responsabilidade e competência, numa perspectiva interdisciplinar e intercultural e que potencializa o sentido de humanidade.¹⁹

Uma declaração de ouro que Potter nos presenteia no ocaso de sua vida e que é de uma atualidade indiscutível. Passamos a seguir a explorar a figura de outro protagonista em busca das origens da bioética, Fritz Jahr com seu escrito histórico de 1927.

2. Descobrindo a figura e as intuições originais de Fritz Jahr

2.1. Alguns dados sobre a descoberta de Fritz Jahr

Até muito recentemente, o bioquímico norte-americano Van Rensselaer Potter (1911-2001) era reconhecido como sendo a primeira pessoa que tinha utilizado o neologismo "*bioethics*". In 1997, contudo o professor Rolf Lothar da Universidade Humboldt de Berlin, numa conferencia em Tugingen, menciona o nome de Fritz Jahr, a quem Lothar credita ter cunhado a palavra *Bio-Ethik*

¹⁹ Van Rensselaer Potter. O Mundo da Saúde 1998; 22, (6): 374. Este texto é o Script de um vídeo que Potter preparou exclusivamente para o IV Congresso Mundial de Bioética, realizado em Tóquio, nov 1998.

em 1927. Segundo seu relato, Lothar ouviu pela primeira vez o termo “bioética” no início dos anos 90 do século passado. Uma vez que o termo lhe pareceu de alguma forma familiar, começou a procurar na pilha dos números publicados do famoso periódico *Kosmos*, deixado pelo seu avô, onde encontrou o editorial do volume de 1927 e o histórico artigo de Fritz Jahr intitulado “*Bioética: uma revisão do relacionamento ético dos humanos em relação aos animais e plantas*”.

A notícia sobre a descoberta de Fritz Jahr eventualmente espalhou-se graças ao trabalho de Eve-Marie Engels da Universidade de Tübingen que organizou o congresso que Lothar participou e que editou os anais. Engels menciona a descoberta de Lothar num artigo sub você “*Bioethik*” no *Metzler Lexicon* em 1999 e num artigo de 2001. Este artigo foi traduzido em português e republicado em 2004 na revista brasileira *Veritas* de Porto Alegre (Eve-Marie-Engels. “O desafio das biotecnias para a ética e a antropologia”, *Veritas* (Porto Alegre) 50, no. 2 (2004: 205-228). Este texto chamou a atenção do biólogo José Roberto Goldim que vai escrever o artigo “*Bioética? Origens e complexidade*” para a *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre* 26, ano. 2 (2006): 86-92. Na prestigiosa revista científica *Perspectives in Biology and Medicine* 52(2009): 377-380 escreveu: Revisitando o início da bioética: da contribuição de Fritz Jahr (1927) (“*Revisiting the beginning of bioethics: the contribution of Fritz Jahr (1927)*”).

Temos uma análise mais detalhada das idéias de Jahr foi elaborada por Hans-Martin Sass, conterrâneo de Jahr e que trabalhou por longos anos no Instituto Kennedy de Bioética em Washington, D.C. Enquanto o pensamento de Fritz Jahr começa a ser investigado, sua vida é ainda um mistério a ser decifrado. Uma pesquisa preliminar dos arquivos na casa de Jahr em sua cidade natal de Halle, Alemanha, trouxe muitos fatos interessantes de que falaremos doravante.

Paul Max Fritz Jahr nasceu em 18 de janeiro de 1895, em Halle, Alemanha Central, onde ele passou toda a sua vida, embora trocando de endereço muitas vezes. Hoje esta cidade tem aproximadamente 234 mil habitantes. Seus pais, Gustav Maximilian (1865-1930) e mãe, Auguste Marie Langrock (1862-1921) eram protestantes, mas Fritz foi batizado segundo o ritual católico. Seus estudos iniciais foram feitos na Fundação Francke, ligada ao pietismo protestante de seus idealizadores (August Hermann Francke e Phillip Jakob Spener); na Universidade, Jahr estudou filosofia, música, história, economia nacional e teologia. Durante o verão de 1915 ele trabalhou como voluntário de guerra e em 19 de março de 1921, ele recebeu as sagradas ordens, como pastor.

Jahr começou a ensinar em 1917 até 1925 ele trabalhou como professor em 11 diferentes escolas de ensino elementar. A partir de 1925 ele começa a ser atuante na Igreja. Os primeiros quatro anos ele foi um cura da Igreja St. John em Dieskau (perto de Halle), mais tarde, 1929-1930 em Braunsdorf, e finalmente 1930-1933, pastor em Kanena. Deve ter sido um tanto sofrido para ele, pois antes de subir ao púlpito para pregar ele sentia tonturas que o obrigavam a medicar-se.

Em 26 de abril de 1932, Jahr casou-se com Berta Elise Neuholz e não tiveram filhos. Viveram na Albert-Schmidt-Strasse 8, Halle, endereço que Jahr passou a residir em 1923 quando tinha 18 anos. Neste local ele vive primeiramente com os seus pais e mais tarde, até 1930, somente com seu pai que era maníaco-depressivo. Em 1932, tempos turbulentos para a Alemanha, Fritz se aposenta dos serviços da Igreja devido a “exaustão nervosa”. Em 1 de março de 1922, aos 38 anos, ele se afasta definitivamente do serviço, somente um mês após Hitler ter assumido o poder na Alemanha. Durante a guerra, a sua família passa por dificuldades financeiras, agravadas pelo sofrimento de sua esposa que sofria de esclerose da coluna vertebral (backbone sclerosis). Ela vivia numa cadeira de rodas e morreu em 18 de junho de 1947. Fritz Jahr passou seus últimos anos de vida trabalhando como professor de música. Suas qualidades pedagógicas eram profundamente apreciadas. Fritz Jahr morreu em 1 de outubro de 1953 aos 58 anos de idade em sua casa em Halle (MUZUR & RINCIC, 2011).

A década de 20 do século passado foi um momento complicadíssimo em termos políticos, econômicos e culturais na Alemanha e Europa. A Grande Depressão começava e os Nazistas estavam no processo de assumir a política, a sociedade e a opinião pública. Segundo Hans Martin Sass, naquela época, há 85 anos,

Jahr torna claro que o conceito, cultura e missão da bioética estão com a humanidade, talvez, desde os tempos pré-históricos e não foi herança de uma cultura ou de apenas um continente: o respeito ao mundo da vida, aos seres humanos, às plantas, aos animais, ao ambiente natural e social e à terra, a reverência taoísta à natureza, a compaixão budista, com todas as formas de sofrimento da vida, o chamado de Francisco de Assis para a fraternidade com as plantas e os animais, a filosofia de Albert Schweitzer do respeito por todas as formas de vida, são exemplos primordiais da profunda compaixão humana com a vida inanimada e do comprometimento humano em respeitar outras formas de vida (SASS, Post Scriptum, 2012, p. 484).

2.2. O nascimento da bioética chamada “integrativa”

Começam a surgir publicações em torno de Fritz Jahr bem como eventos científicos, entre os quais destacamos o “1º. Congresso Internacional sobre Fritz Jahr e as raízes européias da bioética” que foi realizado na Croácia, na cidade portuária de Rijeka de 11-12 de março de 2011. Nesta mesma bela cidade portuária do mar Adriático foi realizada em 2008 o **VIII Congresso Mundial de Bioética** organizado pela Associação Internacional de Bioética. Fruto do congresso sobre Fritz Jahr foi a Declaração de Rijeka em que os participantes afirmam: *“Fritz Jahr já utilizou o termo ‘bioética (‘Bio – Ethik’) em 1927). Seu ‘imperativo bioético’ (respeite todos os seres vivos como um fim em si mesmo, e trata-os, se possível, como tal!) deve orientar a vida pessoal, profissional, cultural, social e política, bem como o desenvolvimento e a aplicação da ciência e da tecnologia”*.

Os assinantes da Declaração de Rijeka afirmam que a bioética contemporânea por vezes ficou reduzida ao âmbito das questões de ética médica (consentimento informado, princípios, relação médico paciente, direitos do paciente, etc) e que necessitamos de uma ampliação desta bioética, e introduzem o conceito de **bioética integrativa**.

É necessário que a bioética seja substancialmente ampliada e transformada conceitual e metodologicamente, para que possa considerar as diferentes perspectivas culturais, científicas, filosóficas e éticas (abordagem pluralista), integrando estas perspectivas em termos de conhecimentos que orientem e de ações práticas (abordagem integrativa)”. Segue a nota afirmando: “Esta bioética integrativa terá que harmonizar, respeitar e aprender com a rica pluralidade de perspectivas individuais e coletivas, e com as culturas da comunidade global.

Almeja-se que a bioética se torne “um campo verdadeiramente aberto de encontro e diálogo de várias ciências e profissões, visões e perspectivas de mundo, que foram reunidas pra articular, para discutir e para resolver questões éticas relacionadas à vida como um todo e em cada de suas partes a vida em todos os seus tipos, formas, estágios e manifestações bem como às condições da vida em geral”.

Almejando o reconhecimento e o crescimento da bioética, esta se “tornará um ‘ponte para o futuro’, uma ‘ciência da sobrevivência’, uma sabedoria como conhecimento de como utilizar o conhecimento” (como Van R. Potter definiu no início dos anos 70) da medicina e da tecnologia modernas (JAHR, 2011, p.587).

2.3. Fritz Jahr: “O Imperativo Bioético” – nas origens da Bioética

Relembrando, reconectando os fatos e alinhando os acontecimentos históricos do início da bioética nos EUA sabemos que histórica publicação do livro *Bioethics: Bridge to the Future* (Bioética: Ponte para o futuro) por Van Rensselaer Potter (Madison, WI) em 1971 e a criação do Instituto Kennedy de Ética na Universidade Georgetown (Washington, D.C.) em 1971 por André Hellegers, com o apoio de Sargent Shriver e da Família Kennedy, são os fatos que marcam oficialmente o “nascimento” do termo e conceito de bioética naquele país. Pesquisa realizada pelo estudioso pioneiro da bioética nos EUA, Warren Reich, que é o editor-chefe das duas primeiras edições da Enciclopédia de Bioética, identifica Potter, Hellegers e Shriver – como “pais” da bioética nos EUA. Menciona-se um duplo local de nascimento em Madison-WI e em Washington DC.

Recentes pesquisas no âmbito bioéticas nos trazem uma grande novidade em relação às origens da mesma. Somos levados a recuar no tempo e na história e encontrar em 1927, na Alemanha em Halle an der Saale, Fritz Jahr. Ele é um pastor protestante, filósofo e educador que publicou no influente periódico científico alemão, *Kosmos*, um artigo intitulado: “*Bio-Ethics: A Review of the Ethical Relationships of Humans to Animals and Plants*” (Bioética: uma revisão do relacionamento ético dos humanos em relação aos animais e plantas). Nesta publicação, Jahr, propõe um “*Imperativo Bioético*”, ampliando o imperativo moral de Kant “*Age de tal modo que consideres a humanidade, tanto na tua pessoa, como na pessoa dos outros, sempre como fim e nunca como simples meio*, para todas as formas de vida. “*Respeite todo ser vivo, como princípio e fim em si mesmo e trate-o, se possível, enquanto tal*” é o imperativo bioético de Jahr. O conceito de bioética de Jahr inclui essencialmente todas as formas de vida, não exclusivamente o ser humano.

Segundo Diego Gracia, ilustre bioeticista espanhol, teríamos duas diferenças básicas em relação à Kant em relação ao “*Imperativo bioético*” de Jahr.

A primeira é que inclui a todos os seres vivos na categoria de fins em si mesmos, em vez de relegar a todos os não humanos a categoria de simples meios. Segundo, Jahr não formula o imperativo em termos categóricos, mas em termos hipotéticos. Diz que se deve tratar como fins em si mesmos, “na medida do possível”.

Consequentemente a bioética de Jahr não pertence às chamadas “*éticas da convicção*”, como Max Weber algum ano antes denominou, mas sim faz parte das chamadas “*éticas da responsabilidade*”. Não é por acaso que Jahr utiliza frequentemente o termo responsabilidade para dar o seu enfoque específico de bioética” (GRACIA, 2011, p. 210).

Jahr ao refletir sobre o crescente progresso da fisiologia de seu tempo e os desafios morais relacionados com o desenvolvimento de sociedades sempre mais seculares e pluralistas redefine as obrigações morais em relação a todas as formas de vida, humanas e não humanas, criando um conceito de bioética, como uma disciplina acadêmica, princípio e virtude. Embora Jahr não tivesse exercido uma influência histórica como era de se esperar, pois viveu em tempos turbulentos, tanto política quanto moralmente, sua visão e argumentos éticos, de que uma nova ciência e tecnologia exigem uma nova reflexão (e solução), ético-filosófica, é uma contribuição esclarecedora para a terminologia, incluindo o entendimento das dimensões “*geo-éticas*” da bioética.

O pensamento de Jahr em relação ao Imperativo bioético está espalhado em inúmeros de seus escritos e ele não fez uma apresentação sistemática de seu Imperativo. Nesta perspectiva é muito útil ver como Han-Martin Sass tenta elaborar uma leitura coerente e interpretação do imperativo bioético. Ele identifica pelo menos seis aspectos na perspectiva de Jahr em expandir o imperativo de Kant:

- 1) O Imperativo Bioético guia as atitudes éticas e culturais bem como as responsabilidades nas ciências da vida e em relação a todas formas de vida (...)
- 2) O imperativo bioético fundamenta-se na evidencia histórica e outras em que a compaixão é um fenômeno empiricamente estabelecido da alma humana’. (...)
- 3) O Imperativo Bioético fortalece e complementa o reconhecimento moral e os deveres em relação aos outros no contexto Kantiano e deve ser seguido em respeito à cultura humana e as obrigações morais mútuas entre os humanos (...).
- 4) O Imperativo Bioético tem que reconhecer, administrar e cultivar a luta pela vida entre as formas de vida e contextos de vida natural e cultural. (...).
- 5) O Imperativo Bioético implementa a compaixão, o amor e a solidariedade entre todas as formas de vida como um princípio fundamental e virtude da regra de ouro do Imperativo Categórico de Kant que são recíprocos e somente formais (...).
- 6) O Imperativo Bioético inclui obrigações em relação ao próprio corpo e alma como um ser vivo (SASS, 2009, p. 22).

Nos anos em que Jahr escrevia, estavam se estabelecendo os conceitos fundamentais da física atômica, o que pouco depois levaria a construção das primeiras armas nucleares. Quando em 1945 foram jogadas em Hiroshima e Nagasaki, e na década seguinte apareceram outras bombas muito mais potentes, as denominadas bombas de hidrogênio, a humanidade começou a

reconsiderar suas relações com a vida e o meio ambiente. Pela primeira vez na história o ser humano se via com a capacidade técnica necessária para exterminar a vida da face da terra. A vida em geral, e não somente a vida humana, começava a se converter num problema. Isto fez com que se disparassem vários alarmes e surgissem vários movimentos dedicados a promover a “responsabilidade da ciência”. Os novos avanços da tecnociência trouxeram novos problemas e estes exigiam necessariamente uma nova Ética. Se na primeira metade do século XX foi a idade de ouro da Física, a segunda seria a idade de ouro da Biologia molecular (GRACIA, 2011, p 210).

É importante registrar que o conceito de bioética não foi pronta e facilmente aceito na Alemanha. Era considerado por demais controverso (“*produto americano*”). Somente a partir de 1986 que o termo é oficialmente introduzido e passa a ser utilizado com mais frequência. É justamente um compatriota de Jahr, o bioeticista alemão Hans-Martin Sass, que há anos trabalha no Instituto Kennedy de bioética em Washington D.C., nos EUA, que resgata do silêncio da história, a figura de Fritz Jahr, bem como seu arrojado e avançado conceito de bioética (1927), cuja visão está no centro de todos os debates bioéticos neste início de século XXI (PESSINI; BARCHIFONTAINE; HOSSNE; ANJOS, 2012).

3. Hans Jonas: O principio da responsabilidade

*Quando a esperança não é mais a inspiração, então
talvez seja o medo o que pode nos conduzir à razão...*

Hans Jonas

3.1. Itinerário intelectual e sua obra fundamental

Hans Jonas (1903-1993) nasceu na Alemanha, filho de imigrantes judeus. O filósofo alemão-Judeu, Hans Jonas foi aluno de Martin Heidegger na Universidade de Freiburg (1921-23) e na Universidade de Marburg (1924-1928). Entre os anos de 1940-45 foi soldado da brigada judia do exército Britânico. Em 1949, transferiu-se para o Canadá, onde foi professor visitante nas Universidades de Montreal e Ottawa. Em 1955 mudou-se para os Estados Unidos, em Nova York e faleceu nesta cidade em 1993, aos 90 anos. Hans Jonas foi marcado por uma forte influência do pensamento de Heidegger, da fenomenologia de Husserl, dos estudos históricos com Rudolf Bultman, além de pertencer ao círculo intelectual de Hannah Arendt, Karl Jaspers, entre outros.

Sua experiência com o holocausto provocou profundas mudanças na compreensão da existência humana diante do progresso científico e tecnológico. Sua reflexão filosófica e ética tem atrás de si uma grande tragédia de destruição da humanidade, ou seja, a II Guerra mundial que dizimou quase 100 milhões de seres humanos. Jonas elabora sua reflexão na esteira da preocupação e “medo” e destruição atômica. No imediato pós-guerra, da segunda metade do séc. XX existia um pavor generalizado diante do novo poder de destruição, que se concretizou com a invenção da Bomba Atômica. O ser humano dava-se conta de ter poder e ser capaz de destruir a si-próprio e o mundo ao seu redor.

A obra fundamental e mais famosa de Hans Jonas é **“O Princípio Responsabilidade: ensaio para uma ética para a civilização tecnológica** da à luz em 1979 em alemão, com tradução para o Inglês em 1994, e para o português em 2006 (JONAS, 2006) Esta obra se constitui a Bíblia da primeira geração tecnológica insatisfeita do após Guerra. E constituiu-se num grande sucesso editorial para além do campo filosófico. Sua 1a. versão intitulada *Tractatus Ethico-Politicus*, lida por Hannah Arendt, filósofa alemã, sua amiga, assim saúda a obra: *“Antes de começarmos a falar de pormenores, quero dizer que um coisa eu tenho clara: este livro é aquele que o bom Deus tinha em mente para ti. “E está deliciosamente escrito”.*

Jonas foi um dos filósofos que ganhou mais notoriedade no período pós-guerra na Alemanha. Como nenhum outro pensador de sua época, Jonas chamou atenção para um dos problemas mais sérios postos à ética no século XXI: o problema da ameaça do futuro da humanidade, a “autodestruição do planeta”, causada pelo conceito moderno de progresso (saber é poder) com a exploração da natureza pela técnica.

A proposta de Hans Jonas em sua obra fundamental, O Princípio da responsabilidade é de “elaborar uma nova ética para a civilização tecnológica pautada pelo princípio da responsabilidade”. Uma nova ética para os novos tempos supera “a ética antropológica”, e nasce uma “ética bio-cosmocêntrica”, em que o horizonte de referência não é mais apenas o ser humano, circunscrito ao aqui e agora, do tempo presente (Ética tradicional), mas a vida do cosmos, com todos os seres vivos, o mundo da biosfera (extra-humano) no futuro.

Para Jonas a técnica adquiriu na contemporaneidade atributos que eram típicos da divindade na antiguidade, “onipotência e onipresença”. Assiste-se o inescrupuloso extermínio da natureza e a desumanização do ser humano. Para ele, a técnica não é algo em si, ruim, nem poderia ser rotulada, à “*priori*”, de má ”! É o seu mau emprego que gera consequências negativas e danosas para o próprio ser humano. Perante o caráter apocalíptico e catastrófico da técnica bem sucedida, devemos refletir, desenvolver uma postura de reverência e temor. Temos aqui desenhado um dos principais conceitos do pensamento Jonasiano, o conceito de “*Heurística do temor*”, que abordaremos mais adiante neste reflexão sobre Hans Jonas.

O pensamento Jonasiano chama a atenção do fato de a tecnologia crescentemente ser vista como “vocação e novo imperativo” da humanidade. Diante dessa tendência, assinala que o *homo faber* (cerne da técnica, mas depois por ela de algum modo subjugado) se pôs acima do *homo sapiens*, do humano inteligente e do bom senso. Assim, ao analisar os efeitos da tecnologia em relação a natureza e ao ambiente externo, pondera as repercussões desta no ser humano e em sua essência, quando este se transforma em “objeto da técnica”, ou seja, o ser humano, ao mesmo tempo que cria e desenvolve “artefatos” que facilitam a sua vida, como máquinas, aparelhos e instrumentos de comunicação e outros, se torna cada vez mais aprisionado por suas próprias criações. Para Jonas, o ser humano na era da técnica é representado pela imagem de Prometeu desacorrentado. Liberado do castigo eterno dos grilhões e da ave de rapina que vem lhe devorar o fígado, agora ele está entregue unicamente a si mesmo.

Diz Jonas nas primeiras páginas da introdução de sua obra fundamental, O Princípio da Responsabilidade:

O Prometeu definitivamente desacorrentado, ao qual a ciência confere poderes jamais conhecidos e a economia o impulso irrefreável, clama por uma ética que através de freios voluntários, impeça o poder dos homens de se transformar em uma desgraça para eles mesmos. A tese de partida deste livro é a promessa da técnica moderna se converteu em ameaça, ou que esta se juntou àquela de modo indissolúvel, eis o que configura a tese que é o ponto de partida deste livro (JONAS, O Princípio da Responsabilidade, p. 21).

Vivemos hoje, numa sociedade de risco, em que cada novo passo adiante no domínio da natureza, implica não apenas prudência, mas também precaução responsável. Perguntamo-nos se, no futuro, a compaixão, a solidariedade e o cuidado não serão preteridos em favor da busca e sedução biotecnológica. Hans Jonas, visionário de um futuro a ser construído superando o descaso

para com a natureza e superação da desumanização humana, nos convida a fugir da superficialidade das aprovações ou condenações frívolas, superando aspectos ideológicos, utópicos e fundamentalistas, do aqui e agora de nossa história, e avançar mediante o diálogo respeitoso frente ao diferente e diverso com base no princípio da responsabilidade. Esta perspectiva sem dúvida pode ser fator de superação de utopias que semeiam e alimentam uma visão apocalíptica de destruição da humanidade. O compromisso de todos com a dignidade do ser humano e com o futuro (as gerações futuras são consideradas por Jonas como sendo nosso próximo) da vida no planeta nos ajuda a fazer a passagem do imperativo técnico-científico, para o imperativo ético da responsabilidade.

3.2. Algumas características do Princípio da Responsabilidade

Jonas propõe um dever moral de responsabilidade com a existência humana futura, colocando a responsabilidade no centro da ética. O objeto da ética não se circunscreverá apenas ao bem humano, mas se estenderá ao bem das coisas extra-humanas, abarcando a biosfera. O seu ponto de partida é a “heurística do temor”, como um sentimento fundador da responsabilidade e essa, como força capaz de moldar um imperativo ético para este novo tempo.

Para Jonas o imperativo categórico de Kant, apresenta uma preocupação somente com o presente, não incluindo as gerações futuras. O imperativo Jonasiano é assim apresentado:

Aja de modo a que os efeitos de tua ação sejam compatíveis com a permanência de uma autêntica vida humana sobre a Terra”. Ou em termos negativos: “Aja de modo que os efeitos da tua ação não sejam destrutivos para a futura possibilidade dessa vida”, ou simplesmente: “Não ponha em perigo as condições necessárias de continuidade indefinida da humanidade sobre a Terra”; ou, outra vez formulado positivamente: ‘Inclua em tua escolha presente, a futura integridade do homem, como um dos objetos do teu querer (JONAS, O Princípio reponsabilidade, 2006, p.47-48).

Podemos destacar as palavras-chave de cada uma dessas formulações: 1a. *autenticidade*, a 2a. *possibilidade*, a 3a. *continuidade* e a 4a. *integridade*. São diferentes formulações do mesmo “princípio responsabilidade”, que ele também chama também de “imperativo”. Ao comparar com o Imperativo categórico Kantiano, ele diz que se:

O imperativo categórico de Kant se endereçava ao indivíduo e seu critério era momentâneo (...). O novo imperativo invoca outra coerência: não aquela do ato em acordo com ele mesmo, mas aquela de seus 'efeitos' últimos para a continuidade da atividade humana no futuro. (...) nosso imperativo se estende em direção a um previsível futuro concreto, que constitui a dimensão inacabada de nossa responsabilidade (JONAS, O princípio responsabilidade, 2006, p.48-48).

O imperativo é tomado como um axioma, sem justificação ou maior fundamentação. O arquétipo de responsabilidade total é o recém-nascido, face sua total vulnerabilidade e radical dependência dos pais, e ao mesmo tempo seu profundo traço/marca impresso como alteridade "presente". A sua total vulnerabilidade exige cuidados e se torna mais forte ainda porque o estado da criança está fora dos parâmetros de reciprocidade (alteridade assimétrica). e se insere num contexto de uma relação de gratuidade, tipificando a materialização mais profunda do sentimento de proteção e acolhida daquele pequenino ser, no caso em questão, um bebê. Sem este cuidado, o bebê não sobreviverá, mas morrerá.

Assim se expressa Jonas:

O recém-nascido reúne em si a força do existente, que se auto reconhece e a queixosa importância do 'não ser ainda', o incondicional fim de todos os viventes e o 'ainda ter de se tornar' das suas próprias capacidades, para garantir aquele fim. Esse 'ter de se tornar' é um estado intermediário – uma suspensão do ser indefeso sobre o não ser – que uma causalidade externa terá de socorrer. Na insuficiência radical do recém-nascido está previsto ontologicamente que seus pais o protejam contra sua queda no nada e que se encarreguem de seu devir futuro. A aceitação desse encargo estaria contida no ato de procriação. Sua observância (mesmo que por meio de outras pessoas) torna-se um devir irrecusável diante de um ser cuja existência autônoma dela depende inteiramente. (JONAS, O princípio responsabilidade, 2006, p.223-224).

Outra definição que Jonas dá de responsabilidade, muito interessante é esta: "o cuidado que se tem por dever para com algum outro ser que, uma vez ameaçado, faz com que o cuidado se converta em preocupação diligente" (JONAS, 1979, p. 91).

3.3. A heurística do temor

Diz Jonas que "*quando a esperança não é mais a inspiração, então talvez seja o alerta do medo o que pode nos conduzir à razão*". Para isto ele propõe que façamos uma heurística do temor, ou seja, sem o pressentimento do futuro, o presente seria uma terra sem cuidados. Numa época, em

que falamos do *“crepúsculo do dever”* (LIPOVETSKY, 2005), da *“liquidificação”* das relações – tudo se torna líquido, fluído, gasoso - BAUMAN, 2011), da política e da liberdade, parece não haver mais sentido defendermos princípios para a ética. Nas Cartas sobre o humanismo, a ideia heideggeriana de *‘pastor do ser’* adquire uma dimensão pedagógica em Jonas. Em Heidegger temos um apelo quase desesperado e dominado pela descrença para encontrar uma saída para a técnica, temos a angústia que quase nos paralisa. Em Jonas estamos diante de uma urgência quase apocalíptica, a heurística do temor, como substituto das projeções anteriores de esperança, nas promessas de redenção utópica da moderna tecnologia. Neste contexto fica evidente o resgata da ideia de Heidegger de sermos o *“pastor do ser”*.

Estaria Jonas fazendo apologia do temor? Jonas constata que valorizamos a vida como algo sagrado, na medida em que conhecemos o que é sua aniquilação, ou, por exemplo, por meio de mandamento *‘não matarás’*. A perda de algo ou a mera representação de sua perda provoca instantaneamente uma valorização do mesmo objeto em questão.

Da mesma maneira, sabemos o que significa a liberdade por conhecermos o que é a sua falta, quando, por exemplo, ficamos presos numa prisão ou doentes num leito de hospital. Tais privações reais ou fictícias podem ter um efeito positivo sobre nossa disposição e modo de agir. *“Nós precisamos de ameaças à imagem humana (...) para que, com o pavor suscitado, nós consigamos assegurar uma imagem humana autêntica”*. (JONAS, 1984, p. 63). Segue ainda Jonas: *“Sobre o mal, nós, não temos incertezas quando o experimentamos; sobre o bem, temos certeza, na maioria das vezes, quando dele nos desviamos* (JONAS, p. 63-64, 1984).

O mal imaginado como consequência de nossas opções e ações (no futuro) deveria servir de contraponto ao agir concreto aqui e agora. Este mal imaginado deve assumir um caráter de *mal experimentado’*. Eis o que o temor pode, Segundo Jonas, oferecer enquanto princípio heurístico. Com isso, o primeiro dever da ética do futuro é: entrever ou vislumbrar os efeitos de longo prazo de nossas ações.

Para Jonas, a prudência *“é o cerne de o nosso agir moral”*. Ele se utiliza da heurística do medo para fazer frente ao poder de evolução evocado pela técnica: trata-se de uma distorção hipotética da condição futura do Ser optando pela primazia do mau prognóstico, pois *“é necessário dar mais profecia da desgraça do que da salvação”* (JONAS, 2006, p. 77). Ao refletirmos sobre as ameaças,

vislumbrando o mal, podemos escolher a melhor ação para o presente. O medo aqui tem sentido de aprendizado, pois antecipa as condições desastrosas a serem evitadas.

Joseph Ratzinger (Papa Bento XVI) utiliza o mesmo argumento Jonasiano frente ao poder técnico destrói a natureza, desumaniza o ser humano e compromete o futuro da vida no planeta. Na trilha da *'heurística do medo'* Jonasiana, ao comentar sobre as novas formas de poder a partir da existência da bomba atômica, na segunda metade do século XX. *"Na prática, por um longo período, foram a concorrência entre os blocos de poder reciprocamente opostos e o medo de iniciar a própria destruição com a destruição do outro que nos protegeram dos horrores da guerra nuclear. A demarcação recíproca do poder e o medo em torno da própria sobrevivência, revelaram-se como forcas salvadoras"*. (RATZINGER, Folha de São Paulo, 24 de abril de 2005).

O pensamento Jonasiano se aproxima e de certa forma fortalece a sensibilidade e a ação do movimento ecológico contemporâneo quando pensa num agir humano, numa ética da responsabilidade no futuro da vida de todos os seres vivos no Planeta. Vide declarações do ONU sobre o meio ambiente e em especial a Carta da Terra que teve seu nascimento na ECO 92 no Rio de Janeiro (RJ) e que reconhecida em 2000 teve sua aprovação pela UNESCO e que deve ser assumida por todos os países membros.

4. Que futuro, assumindo nossa responsabilidade, construiremos juntos?

Ao finalizarmos esta reflexão poderíamos fazer duas perguntas, uma a respeito de origem e outra a respeito de futuro: *Oh, bioética de onde vens?* Com Fritz Jahr (1926) e Potter (1970) temos indicações preciosas de suas origens. *Mas, para onde vais?* O futuro passa na perspectiva dos dois protagonistas analisados que se antecipam profeticamente a toda a problemática ecológica de hoje, e tem muita sintonia com a causa ecológica das Nações Unidas, e de ilustres ativistas na área entre outros, Mikahil Gorbachev. Este último identifica *três grandes desafios* a serem enfrentados em nosso tempo. O *primeiro* trata-se da necessidade de manter a paz no mundo. A comunidade internacional tem de estar unida também na luta contra o terrorismo que não pode ser justificado por nenhuma consideração política ou moral. O *segundo* desafio é a luta contra a pobreza no mundo. Como pode o "milhão dourado" de pessoas bafejadas pela sorte permanecer indiferente diante do espetáculo da miséria em que se debate a metade da população do planeta, reduzidas a viver com um ou dois dólares por dia, passando fome todos os dias, sem acesso à água potável e

sem condições decentes de higiene? O *terceiro* desafio identificado está ligado ao meio ambiente. Entramos em sério conflito com o nosso próprio habitat – com a mãe natureza. Esses três desafios são interdependentes. Sem combater a pobreza serão inúteis também todas as medidas ecológicas. Mas se não nos preocuparmos com a ecologia, todos os nossos esforços para construir um mundo mais justo estarão fadados ao fracasso e nossos descendentes terão que pagar pelo nosso comportamento insensato e depredador da natureza. A própria vida na Terra corre o risco de desaparecer, tornando-se somente um episódio efêmero na história do nosso universo. (SASS, 2011).

Os três desafios propostos não dizem respeito somente aos governos e às organizações internacionais, mas a cada um de nós. Chegou a hora de todo cidadão do planeta Terra pensar na contribuição pessoal que pode dar para essa tarefa comum. *“Somos responsáveis, diante das gerações futuras, pela conservação da vida na Terra”. (...) “Hoje, a humanidade precisa de uma nova filosofia de vida, de uma nova ética que cristalizará os valores fundamentais, comuns a todas as tradições religiosas, uma ética baseada no consenso entre as nações e os povos do mundo”.*

Gorbachev nomeia este projeto como sendo um processo de elaboração de uma ética global e conclui dizendo: “a exemplo do grande escritor americano William Faulkner, eu me recuso a aceitar a possibilidade do fim da humanidade, quaisquer que sejam as provações que tenha que enfrentar. Este é o meu credo de um incorrigível otimista”²⁰. Lembrando a Carta Terra, da qual foi um dos principais líderes de todo o processo, quando diz que: “Estamos diante de um momento crítico na história da terra, numa época na qual a humanidade deve escolher o seu futuro (...)”. Para seguir adiante, “(...) devemos reconhecer que, no meio de uma magnífica diversidade de culturas e formas de vida, somos uma família humana e uma comunidade terrestre com um destino comum. Devemos somar forças para gerar uma sociedade sustentável global baseada no respeito pela natureza, nos direitos humanos universais, na justiça econômica e numa cultura de paz”. Almejamos que nosso tempo seja lembrado “pelo despertar de uma nova reverência diante da vida, por um compromisso firme de alcançar a sustentabilidade, pela rápida luta pela justiça, pela paz e pela alegre celebração da vida”²¹.

²⁰ *Ibidem*, 118-119.

²¹ *Ibidem*, p. 135.

Um dos mais importantes documentos de bioética da contemporaneidade elaborados pela UNESCO, intitulado “*Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos*, de 2005 aponta entre os objetivos da declaração “*promover o respeito da biodiversidade*” e entre os princípios fundamentais, “*responsabilidade para com a biosfera*”, proteção da biodiversidade e biosfera em que o ser humano vive.

Levando em consideração perspectivas novas dos últimos Congressos Mundiais, vemos que a bioética vai avançando globalmente (geograficamente) ampliando sua compreensão epistemológica, bem como sua abrangência temática, enfrentando os desafios emergentes e sinalizando prioridades a seguir. Jahr em 1927, na Alemanha e Potter no início dos anos 70, são os dois protagonistas pioneiros que apontam para um dos maiores desafios que a humanidade tem neste início de milênio: a responsabilidade humana para garantir o futuro da vida no planeta terra. Resgatarmos a sua contribuição intelectual para o campo da bioética, para além do hegemônico paradigma bioético principialista (Instituto Kennedy e Georgetown University, Washington, D.C, EUA) é uma questão de justiça histórica.

A bioética com **Potter** (1970) se apresenta como um **credo pessoal e uma ponte**. Um credo de valores a serem cultivados, protegidos e concretizados na vivência diária. Na figura metafórica da ponte, a proposta de diálogo inter, multi e transdisciplinar nas várias áreas do conhecimento humano, mas é também temos uma *ponte para o futuro*. Com **Fritz Jahr** (1926), resgatamos a visão englobante e integrativa da bioética que para além do ser humano (ética tradicional) no presente se preocupa com o futuro e engloba todos os seres vivos. É o que ele chama de **imperativo bioético**. Finalmente com **Hans Jonas** (1979), com o **princípio da responsabilidade**, temos o veículo que nos permite no presente urgente e emergente de nossa história trafegar por esta ponte, com segurança, sem riscos de acidentes, protegendo a vida de todos os seres vivos no futuro.

Daí a provocação inicial do subtítulo de nosso artigo ganha sentido: o encontro de um credo (Potter- 1970), com um imperativo (Jahr- 1979) e um princípio (Jonas- 1926-27). Os valores apontados a serem defendidos, proclamados e protegidos nestes elementos, - credo, imperativo e princípio, nos levam ao berço do pensamento bioético e nos projetam para o amanhã da humanidade com esperança. É sempre saudável voltarmos às origens e como diz T. S. Eliot: “*Não*

cessaremos de explorar e no final de toda nossa busca chegaremos onde começamos e conheceremos o lugar pela primeira vez!”.

Bibliografía

BAUMAN, Zygmunt. **44 Cartas do mundo líquido moderno**. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

GORBACHEV M. **Meu manifesto pela terra**. São Paulo, Planeta, 2003.

GRACIA, Diego. Bioética in: CASABONA, Carlos María Romeo (Director) **Enciclopedia de Bioderecho y Bioética**. Tomo I, a-h, Granada, 2011, p.209-227.

JAHN, Fritz: Wissenschaft vom Leben um Sittenlehre, in: Dei Mittelschule. Zeitschrift für das gesamte mittlere Schulwesen, 1926, 40:604-6-5 (15. Dezember 1926)

JAHN – Annual of the Department of Social Sciences and Medical Humanities at the University of Rijeka – Faculty of Medicine. Declaração de Rijeka sobre o futuro da bioética. Tradução de José Roberto Goldim, vol. 2, no. 4, 2011, pp. 587-588.

JONAS, H. **O Princípio da responsabilidade: Ensaio de uma ética para a civilização tecnológica**. Tradução Marijane Lisboa, Luiz Barros Montez. Rio de Janeiro: Contraponto & PUC-Rio, 2006.

JONAS, H. Técnica, medicina y ética. Barcelona, Buenos Aires, México; Paidós, 1979.

LIPOVETSKY, Gilles. **A sociedade pós-moralista. O crepúsculo do dever e a ética indolor dos novos tempos democráticos**. Trad. Armando Braio Ara. Baureri: Manole, 2005.

MUZUR Amir & RINCIC, Iva, “Fritz Jahr (1895-1953): a life story of the ‘inventor’ of Bioethics and a tentative reconstruction of the chronology of the discovery of his

Word” in: **JAHN - Annual of the Department of Social Sciences and Medical Humanities at University of Rijeka – Faculty of Medicine- JAHN, VOL 2, No.4, 2011, P. 385-394.**

MUZUR, Amir & SASS, Hans-Martin (Eds.). **Fritz Jahr and the Foundations of Global Bioethics: The Future of Integrative Bioethics**. Munster, Lit Verlag, 2012.

NAESS A. The shallow and the deep, long-range ecology movements: a summary. **Inquiry** 1973; 16:95:100.

PESSINI, Leo, “Bioética: das origens à prospecção de alguns desafios contemporâneos” in: PESSINI, L. & Barchifontaine, C.de Paul (Orgs.). **Bioética e Longevidade Humana**. São Paulo, Edições Loyola, Centro Universitário São Camilo, 2006, pp. 5-46.

PESSINI, Leo; SIQUEIRA, J.E; HOSSNE, W.Saad (Org.). **Bioética em tempo de incertezas**. São Paulo, Centro Universitário São Camilo & Edições Loyola, 2010.

PESSINI, I.; BARCHIFONTAINE, C. de Paul; HOSSNE, W. Saad; ANJOS, Márcio F. dos (Orgs.). **Ética e Bioética Clínica no pluralismo e Diversidade: teorias, experiências e perspectivas**. São Paulo/Aparecida, Centro Universitário São Camilo & Ideias e Letras, 2012. Cf. especialmente a II parte – Fritz Jahr - Ensaio em Bioética e Ética - 1927-1947 p. 438-482.

POTTER, Van Rensselaer. **Bioethics; bridge to the future**. Englewood Cliffs: prentice hall, 1971.

POTTER Van Rensselaer. **Global Bioethics: building on the Leopold Legacy**. East Lansing, Michigan State University Press, 1988.

RATZINGER, JOSEPH. O homem desceu até o fundo do poço do poder, até a fonte de sua própria existência, in: **Folha de São Paulo**. 24/04/2005.

ROA-CASTELLANOS, Ricardo Andrés & BAUER, Cornelia. Presentación de la palabra bioética, del imperativo bioético y de la noción de biopsicología por Fritz Jahar em 1929 in **Revista Bioetikós**, Centro Universitário São Camilo, 2009,3(2)158-170.

SANTOS, Robinson dos. O problema da técnica e a crítica à tradição na ética de Hans Jonas, in: SANTOS, Robinson dos; OLIVEIRA, Jelson; ZANCANARO, Lourenço (Orgs.). **Ética para a civilização tecnológica: Em diálogo com Hans Jonas**. São Paulo: São Camilo, 2011. p.22-40.

SASS, Hans-Martin. **Post Scriptum** da II parte – Fritz Jahr - Ensaios em Bioética e Ética 1927-1947 in: PESSINI, I.; BARCHIFONTAINE, C. de Paul; HOSSNE, W. Saad; ANJOS, Márcio F. dos (Orgs.). **Ética e Bioética Clínica no pluralismo e Diversidade: teorias, experiências e perspectivas**. São Paulo/Aparecida, Centro Universitário São Camilo & Ideias e Letras, 2012, pp. 484-494.

SASS, Hans-Martin. “The many faces and colors of the Bioethics Imperative” in: MUZUR, Amir & SASS, Hans-Martin (Eds.). **Fritz Jahr and the Foundations of Global Bioethics: The Future of Integrative Bioethics**. Munster Lit Verlag, 2012, p. 281-291.

_____. The Earth is a Living Being: We have to treat her as such! In: **Eubios Journal of Asian and International Bioethics**, EJAIB, vol. 21(3) May 2011, p. 73-77.

_____. “European Roots of Bioethics: Fritz Jar’s 1927 Definition and Vision of Bioethics”, in: COVIC, Ante-Gosie, Nada & TOMASEVIC, Luka (eds.) **From New Medical Ethics to Integrative Bioethics**, Pargamena, Zagreb, 2009, p.22-25.

SILVEIRA, Denis Coitinho. *Uma análise do Princípio da Responsabilidade de Hans Jonas: suas implicações metaéticas*, in: SANTOS, Robinson dos; OLIVEIRA, Jelson; ZANCANARO, Lourenço (Orgs.). **Ética para a civilização tecnológica: Em diálogo com Hans Jonas**. São Paulo: São Camilo, 2011, p. 235-267.

SIQUEIRA, J.E. **Ética e tecnologia: uma abordagem Segundo o princípio da responsabilidade de Hans Jonas**. Londrina: Editora UEL, 1988.

Introducción de la *etikhe* en la *politea*: una aplicación práctica pedagógica de la Ética para la Erradicación de la Pobreza (EPEP)

Armando M. Pérez de Nucci

Doctor en Filosofía y Medicina, Tucumán, República Argentina

Contacto: perezdenucci@gmail.com

No se puede pensar en una política que excluya a los pobres de su praxis y de su acción social, de su medicina asistencial, de su consideración de excluidos y vulnerables. No hay reflexión bioética válida sin la presencia de los pobres de Latinoamérica.

(A.P.D.N.)

La medicina de comienzos del siglo XXI es una ciencia de problemas y decisiones éticas. Frente al poderío que entrañan los nuevos conocimientos, basados en la creencia del progreso indefinido, aparecen como protagonistas actuales la perplejidad y la desorientación de los científicos que a veces no pueden asumir y muchas veces aplicar correctamente, en forma racional y moral, estos conocimientos en la persona de los pacientes concretos y reales, como tampoco determinar cuáles son los límites para aplicarlos.

El estado actual de la Relación Médico Paciente, punto central del acto médico, ha sido denominado por Díaz Berenguer como caótico y el resultado desastroso de una medicina que él llama *desalmada*.¹ El término no es desacertado, teniendo en cuenta que ha habido, a lo largo de los siglos, un proceso de “vaciamiento” de todo lo que no fuera orgánico o biológico en ella. Decía hace algunos años que la labor del médico era *dispensadora de esperanza* por un lado² y con

¹ Díaz Berenguer A. *La Medicina Desalmada*. Uruguay: Ediciones Trilce; 2004.

² Pérez De Nucci A. De la sala de espera a la sala de la esperanza. *Humanizar*, Buenos Aires, 1997, Nro 10, página 13.

tendencia a *animanizar o espiritualizar* los contenidos de ella³. Con ambas designaciones quería expresar que la mera relación entre médico y paciente que no tuviera en cuenta la personalización del proceso patológico y sus contenidos, no tenía razón de ser, al menos en la esfera anímico espiritual y psicológica del individuo.

Uno de los problemas de actualidad, a la que he dedicado numerosos estudios, ha sido el de la pobreza de fines del siglo XX y comienzos del XXI, que se plasmara en mi trabajo de tesis doctoral en filosofía, que encara el fenómeno desde el punto de vista de la Antropología Médica y la Bioética.⁴

En primer lugar, el proceso de pauperización que ha sufrido gran parte de la población de nuestra nación, ha visto nacer nuevas o, al menos, distintas formas de enfermar, curar y morir. El acto médico se ha visto transformado y conformado por el factor pobreza, constituyendo ya un problema de la dimensión macro de la bioética.⁵

¿De qué manera el proceso de pobreza ha modificado substancialmente las distintas etapas del acto médico?

En primer lugar, en la constitución tradicional de la familia. Las desigualdades extremas en el acceso a oportunidades socioeconómicas, han modificado la estructura familiar, creando condiciones de miseria y marginación. Muchas familias se destruyen por este fenómeno ,otras tantas se disgregan y el fenómeno emergente es que la mayoría no se constituyen siquiera, creando consecuentemente otros problemas, algunos de ellos relacionados con la salud y el acto médico propiamente dicho, como los embarazos adolescentes, *funciones afectivas y morales*,

³ En efecto, en los diversos procedimientos que existen en Medicina Tradicional del NOA, existe esta tendencia a "animanizar" o espiritualizar los contenidos y prácticas, bajo la creencia acerca que "todo tiene vida", todo esta animado, que he descrito en *La Medicina Tradicional del Noroeste Argentino*. Ob.cit.

⁴ *Antropoética del Acto Médico*. Tesis Doctoral en Filosofía. Tucumán: Ediciones Universidad Nacional de Tucumán; 2007.

⁵ Manzini J. Ética de la prescripción médica en un país pauperizado. V Jornadas de Bioética del Consejo Superior de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, Junín, Septiembre de 2004. También en Armando M. Pérez De Nucci: "Ética, Pobreza y Salud: el paradigma de la medicina actual". Conferencia inaugural de la misma reunión. Resúmenes de las Jornadas.

*exaltadas en religiones como la cristiana y la judía, entre otras, cumplía funciones esenciales para el bienestar colectivo.*⁶ A partir de entonces, la situación de la familia cambió drásticamente.

Consecuencia de este desajuste en la estructura familiar, aumentaron los problemas relacionados con la salud de los involucrados, sobre todo las mujeres. Las patologías relacionadas con embarazo, parto y lactancia aumentaron considerablemente, así como también la morbimortalidad materna e infantil, derivadas entre otras causas de las complicaciones de abortos clandestinos, la desnutrición de niños alimentados deficitariamente, las enfermedades profesionales derivadas del trabajo de la mujer sola, obligada a mantener el hogar, entre otras. Es lo que Kliksberg denomina “feminización de la pobreza”.⁷ Los nacimientos ilegítimos han aumentado considerablemente su número, justamente por la renuencia de las parejas a formar una familia, al igual que la cantidad de madres precoces, lo que aumenta la morbimortalidad de embarazo y parto.

La pobreza ocupa un lugar destacado en nuestro escenario latinoamericano y no puede ser soslayada de nuestra realidad y nuestra identidad, ni soslayada política o sanitariamente, sino mas bien objeto de nuestra preferencia y dedicación como bien lo manifiesta Vidal, un estudioso del tema desde la filosofía, cuando afirma que

La condición de pobre, en cuanto condición, es el lugar privilegiado en el cual se manifiesta la sensibilidad ética y en el cual surge la praxis moral [...] la sensibilidad moral y el empeño ético pasan siempre por la criba de la situación que vive el pobre y es...el ámbito de la realidad en el cual primaria y fundamentalmente se da la auténtica moralidad. La preferencia por el pobre es un criterio de moral.⁸

La presencia de la pobreza en todos los aspectos de la vida nacional, pero particularmente en el campo de la salud y en el político, ha generado un importante espacio de reflexión, sobre todo en relación con los campos citados como dos pilares fundamentales del desarrollo de nuestro país, que son la educación y la política sanitaria, unidas íntimamente una con la otra, ya que no es posible educar suficientemente a educandos portadores de desnutrición, como asimismo implementar programas de educación sanitaria a analfabetos. En ese sentido, afirmaba hace ya unos años que “pobreza, ética y salud constituyen hoy una asociación ineludible para poder

⁶ Kliksberg B. Un tema ético central: el impacto de la pobreza sobre la familia en América Latina. En Kliksberg B (Comp). *La Agenda Ética pendiente en América Latina*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2005: 72.

⁷ *Ibidem*, 85.

⁸ Vidal M. *La preferencia por el pobre, criterio de moral*. *Studia Moralia* 20; 1982: 277.

inteligir nuevas formas de vivir, enfermar, curar y morir en la Argentina de comienzos del siglo XXI[...]"⁹

A este respecto, el de la pobreza, la medicina y la política, manifiesta Ellacuría que

Si la filosofía lo es de la realidad, la filosofía latinoamericana no puede desconocer la realidad del neocolonialismo y del colonialismo interno, ni la realidad de la opresión, la resistencia y la marcha histórica de los pueblos. Tampoco puede desconocer la ideología de la occidentalización como la planetarización y las ideologías del pueblo o el mestizaje como reformas adaptativas de la occidentalización [...].¹⁰

No es tarea fácil la resolución de la problema de la pobreza en el contexto de la salud y de la sociedad en general. Es un problema candente de nuestras sociedades latinoamericanas y requiere un cambio que debe pasar al menos por los siguientes factores condicionantes:

Preservación y fortalecimiento de los espacios públicos remanentes ,desarrollo de la capacidad de interacción y de la red social de contención espontánea, solidaridad como construcción social, eliminación de la exclusión, respeto por la interculturalidad y reflexión filosófica profunda acerca de los problemas de la medicina actual, con aportes desde estas dos disciplinas [...].¹¹

La pobreza y la inequidad tienen expresiones severas y urticantes en los índices de mortalidad infantil y materna, ya de por si históricamente altos en el noroeste argentino. Harto conocidos han sido los casos de muerte por desnutrición en nuestra zona, para insistir aquí sobre ellos.

Entre las causas más importantes, está la falta de atención médica institucionalizada ya mencionada, lo que viene a agravar mas aún este especie de desleimiento del acto médico tal cual viniera siendo desarrollado casi desde los orígenes de la medicina.

La aparición de conductas sociales inadecuadas, tales como la criminalidad en jóvenes, es motivo de preocupación desde la psiquiatría, que ve en el sociópata el emergente de problemática relacionada con la falta de recursos y de contención del núcleo familiar, disgregado cuando no destruido. La ausencia de figura paterna incrementa las posibilidades de esta patología. El

⁹ Tesis Doctoral. *Op.cit.*, 13.

¹⁰ Ellacuría SJ. *Irrupción del pobre y quehacer filosófico. Hacia una nueva racionalidad*. Buenos Aires: Editorial Bonun; 1993, 167.

¹¹ Perez De Nucci A. Propuesta del desarrollo de una Ética para la erradicación de la pobreza (EPEP). Tesis doctoral. *Ob.cit*, 108.

desempleo juvenil, que en el año 2002 alcanzó el 39.5% de la masa laboral disponible de jóvenes, es un factor agravante de esta situación.

Sobre esta situación, opina Kliksberg que las acentuadas disparidades sociales de la región tiene impactos regresivos en múltiples áreas: reducen la capacidad de ahorro nacional, limitan el mercado interno, afectan la productividad, causan diversos efectos negativos sobre el sistema educativo, perjudican la salud pública, potencian la pobreza, favorecen la exclusión social, erosionan el clima de confianza interno y debilitan la gobernabilidad democrática...¹².

Como se ve, en la opinión de expertos internacionales no médicos, la modificación en negativo de la salud humana, ocupa un lugar destacado en el proceso de empobrecimiento de nuestros países. Casi todos los autores consultados insisten en el perjuicio existente para la salud pública en las naciones que han experimentado procesos inflacionarios, devaluativos o de pauperización progresiva.

La pobreza es la gran gestora de los cambios que ha experimentado el acto médico en los años que transcurrieron desde el final del año 2001 en adelante. Ha condicionado una forma de acto médico que ha degradado la relación entre el médico y su paciente. Hay un déficit en la formación intelectual humanística del estudiante de medicina actual. En medicina hemos perdido, más que la formación humanística de la carrera, la visión humanizante del paciente como sujeto del acto médico. El paciente, en nuestros días, está siendo considerado un objeto mensurable e instrumentífico. Algo fácilmente estudiable a través de la tecnología impersonal y alejada de la realidad vital de éste. Un ente mensurablemente demostrable, que se puede pesar, fotografiar, radiografiar, estudiar desde el laboratorio, documentar siempre como una cosa, no como un individuo. Quien cosifica al paciente es justamente el mismo médico, un médico pobre como su paciente porque, por un lado, está siendo obligado a cobrar magros salarios en la universidad, en los hospitales y en la práctica privada, y por otro se ve obligado a asistir mayor número de paciente de los que puede para cubrir ese déficit de ingresos, más allá de lo que el tiempo puede dar. Entonces tiende a cosificar, a estandarizar conductas que le ahorren tiempo a su práctica y recursos al sistema al que pertenece. Este es un fenómeno de la pobreza que podemos llamar bifronte porque no solo es pobre el paciente, también lo es su médico y ambos interactúan en el mismo sistema perverso.

¹² Kliksberg B. *Ob.cit.*, 79.

La modificación del acto médico puede concretarse en los siguientes hechos distorsivos:

1.- El carácter histórico social del mismo está condicionado por el fenómeno pobreza, creando condiciones de desigualdad en la atención médica, ya se trate de atención pública, socializada o particular de los problemas de la salud de la población, viéndose limitadas notoriamente las posibilidades de acceder a un sistema médico eficiente y de contenidos suficientes en tiempo, dedicación y recursos para los más pobres .

2.- El momento afectivo del acto médico, elemento fundante de la relación médico paciente, se ve afectado por falta de tiempo en la dedicación a los pacientes debido a la sobrecarga de éstos en los sistemas públicos, a tal punto que muchos hospitales suelen otorgar quince números de atención por hora, con lo cual el tiempo dedicado a cada consulta se reduce a solamente cuatro minutos, tiempo quizás suficiente para iniciar una relación medico paciente, pero de ninguna manera para consolidarla o acrecentarla en el tiempo. Al mismo tiempo, la atención médica se compartamentaliza dentro de la llamada “medicina en equipo”, con la cual se fragmenta al paciente en tantos compartimentos como especialistas lo asistan, lo que tiende a despersonalizarlo. No es posible, de esta manera, coejecutar con el paciente el acto médico de ninguna manera.

3.- Como consecuencia de lo anterior, deja de ser personalizado y dirigido a sujetos concretos, sino su consecuencia, reemplazo de personas por números estadísticos, lo que Laín Entralgo llamó alguna vez “la percha del paciente”, aquel cartelito colocado a la cabecera de la cama que tenía un número, un cuadro térmico y otro de presión arterial, sin mayores datos biográficos del mismo.

4.- Pierde el acto médico su función de dispensador de esperanza, ya que no se genera la confianza suficiente por falta de tiempo y oportunidades.

5.- El proceso de curación se demora, o se convierte en insuficiente por falta de recursos temporales y económicos del médico y del paciente.

Por todo lo aquí expuesto, no es posible reformular los fundamentos y los contenidos del acto médico tradicional, sin erradicar o, al menos tratar de erradicar la pobreza y sus consecuencias inmediatas sobre la salud de la población, tema que pasaré analizar a continuación. Y ello, a mi criterio, solamente puede efectuarse a través de cambios de conducta y acciones basadas en el comportamiento ético de los individuos y las instituciones, base de la propuesta de conformar y desarrollar una Ética para la Erradicación de la Pobreza (EPEP). Ha sido ésta una propuesta que está en marcha desde el año 2008 en lo que a la formación de recursos humanos y difusión de los problemas derivados de esta situación se refiere. En esta oportunidad para iniciar a ser desarrollada el año 2013 y que es presentado en el Congreso de Bioética de Guanajuato, se entra

en la fase referida a la formación de recursos en la política y los políticos, con la idea de que la Bioética permita formar a legisladores, gobernantes y autoridades referidas al campo de la salud y relacionada con los problemas interconectados en la pobreza y sus consecuencias sobre los habitantes de un país.

¿Por qué pensar la pobreza y la salud desde la filosofía? ¿Por qué filosofar desde los pobres? Al menos son éstas dos de las preguntas iniciales que me planteé al iniciar el estudio y la intelección de este tema para tratar de acercar una propuesta a la problemática del pauperismo y el deterioro de la salud de nuestro pueblo a comienzos del siglo XXI. Según Iván Petrella, es necesario pensar la pobreza desde la filosofía porque

[...] es el ejemplo mas concreto de una teología que trata de pensar desde un lugar donde la mayor parte de la gente es pobre y pensar desde la pobreza es ver la realidad global tal cual es [...] A mis alumnos siempre les digo que recuerden siempre que un cuarto de la población mundial vive con menos de un dólar por día, mientras que la mitad vive con menos de dos dólares por día [...] El pensar desde la pobreza desenmascara las limitaciones de la teología y de la filosofía occidental, que casi siempre se han visto como objetivas y de relevancia universal.¹³

Desde mi punto de vista, que es dual, porque tiene dos caras como el dios Jano —la de la Medicina y la de las Humanidades— en la Latinoamérica de las desigualdades y la pobreza, el pensamiento filosófico y el acercamiento de propuestas desde esta disciplina, es perfectamente lógico y necesario. En primer lugar, porque los médicos debemos superar lo que Kant llamó la *minoría culposa*, debiendo pensar y valernos de nosotros mismos —*sapere aude*— frente a nuestras realidades cotidianas:

La minoría de edad estriba en la incapacidad de servirse del propio entendimiento, sin la dirección del otro. Uno mismo es el culpable de esta minoría de edad, cuando la causa de ella no yace en un defecto del entendimiento, sino en la falta de decisión y ánimo para servirse con independencia de él, sin la conducción de otro.¹⁴

Esta mayoría de edad intelectual, producto de la experiencia de años dedicados a la enseñanza e investigación en áreas afines a la filosofía y en el terreno de la medicina, nos obliga a pensar desde ella los problemas de la deuda externa e interna, la pobreza y el pauperismo, los déficits de la salud humana y su incidencia sobre el crecimiento económico, cultural e intelectual de nuestro pueblo, además de las condiciones de salubridad del mismo. Entendiendo así nuestra labor de

¹³ Pensar desde la Pobreza. Entrevista a Iván Petrella. *Diario Clarín*, Revista, 2 de Abril de 2006, página 26 .

¹⁴ Citado por Bertoluso E. *La vocación del hombre*. La Paz: Ediciones Don Bosco; 1978: 11.

médicos humanistas, es comprensible lo manifestado por Marcuse cuando afirmaba que el filósofo no era un médico porque su tarea no era la de curar individuos, sino la de comprender al mundo en que viven pero, al mismo tiempo es necesario comprender también que el médico no puede prescindir de reflexionar sobre las cosas cotidianas de la medicina desde la filosofía, como una exigencia mínima de existencia con los demás. Precisamente porque la mayoría de nuestro pueblo es pobre y esa pobreza incide en el desarrollo integral y en la igualdad de oportunidades de nuestra nación ,es que debemos dedicar al problema de la pobreza una reflexión y una propuesta desde la filosofía. Una filosofía comprometida, situada, como me refería antes, con los problemas de nuestro pueblo. Una filosofía, como lo manifiesta Emmanuel Monier asentada en la realidad, porque

[...] se habla siempre de comprometerse como si dependiera de nosotros, sin embargo, ya estamos comprometidos, embarcados, pre-ocupados. Por ese motivo, toda abstención es ilusoria.¹⁵

Bajo estas y otras premisas que sería excesivo referir aquí, nace a través de mi Tesis Doctoral, la idea de desarrollar una Etica para la Erradicación de la Pobreza (EPEP), que puede se definida como

El ámbito de investigación ética en el que filósofos, médicos, economistas y agentes de desarrollo, en un ambiente pluralista y de reflexión ecuménica, en diálogo y trabajo coordinados, en un marco interdisciplinario y de equipo, elaboren orientaciones, establezcan principios y planifiquen estrategias que ayuden a erradicar la pobreza —y si es posible sus causas—, de nuestros pueblos.

Esta EPEP que se propone debe estar situada” en la realidad de Latinoamérica. Tiene dos vertientes de las que se nutre: la de los principios generales (inherentes a la disciplina general) y los específicos de aquellas en cuyo ámbito le toca desarrollarse. La EPEP se nutre de la ética, la medicina, las empresas, la economía y la política, entre otras.

Como etapas de desarrollo de la EPEP, se pueden mencionar:

- *Formación de hombres dignos.
- *Creación de instituciones dignas (ética empresarial y organizativa, O.N.G.)
- *Desarrollo d instituciones útiles : la solidaridad como creación social.
- *Cambio de mentalidades y modificación consecuente de conductas.
- *Cambio de estructuras : modificar la política.

¹⁵ Citado por Candide Moix. *El pensamiento de Emmanuel Mounier*. Barcelona: Ediciones Estela; 1964: 177.

*Respeto a las diferencias: ecumenismo e interculturalidad.

Por otro lado, existe la necesidad imperiosa de formar a políticos, en especial cuadros involucrados en la toma de decisiones y labor legislativa, para que asuman la realidad de la sanidad y la ética desde el punto de vista de formulación de leyes, políticas de gestión y administración adecuados, ya que no basta con la buena voluntad de políticos, sino que se trata de una educación continua que se adecue a las necesidades de la gente y la realidad de nuestros países latinoamericanos. Esta intención puede resumirse en la frase “formar para educar y legislar correctamente de acuerdo a las necesidades de nuestro tiempo...”, ello entendido como una negación a las segundas intenciones y a la subversión de valores que transformen buenos proyectos legislativos en meros enunciados de buena voluntad, ineficaces en la práctica. La política democrática no puede limitarse a establecer compromisos entre intereses y valores, o a la deliberación sobre el denominado “bien común”; necesita tener un influjo real en los deseos y las fantasías de la gente.

La toma de decisiones políticas siempre se ha beneficiado con la reflexión ética y se propone en este estudio al menos algunos puntos de contacto con la praxis gubernamental en el área de decisiones en asignación de recursos que pueden ser:

- 1.- Ofrecer métodos para el desarrollo de un clima de organización en el que pueda practicar y mejorarse la reflexión ética.
- 2.- Vincular nociones éticas como las del derecho y la justicia con la administración de sistemas de poder, de manera que las personas puedan dirigir esos sistemas adecuada y equilibradamente.
- 3.- Esbozar el proceso de reflexión ética de modo que las personas encargadas de dirigir y resolver puedan utilizarlos al enfrentarse con los problemas de la pobreza, la salud y la asignación de recursos en tales áreas.
- 4.- Mostrar cómo se deben analizar y evaluar desde la metodología ética los diferentes componentes del proceso de toma de decisiones para disponer de tantos recursos como sea posible.¹⁶

¹⁶ En este sentido, la experiencia adquirida por nuestro grupo en el proceso de toma de decisiones en Comités de Ética Biomédica, tanto institucionales como hospitalarios, ha sido de enorme valor para la transmisión docente de conocimientos de la materia en cursos ad hoc. Nuestra participación ha sido continuada desde comienzos de la década de los 80 hasta la actualidad.

El objetivo general será, entonces, instruir a todos aquellos relacionados con toma de decisiones en los conceptos de justicia social y derechos individuales como guías para la organización y distribución de esos recursos, así como la distribución de poder dentro de las organizaciones.

Se hace necesario, antes de ingresar al tema de esta relación entre ética y política, hacer algunas disquisiciones y definiciones que hacen a la materia tratada. En primer lugar debemos pensar a la Política como campo empírico. Es un nivel óntico que analiza la multitud de prácticas de la política convencional. Conjunto de prácticas e instituciones a través de las cuales se crea un determinado orden, organizando la coexistencia humana en el contexto de la conflictividad derivada de lo político. Esta concepción es entendida por Hannah Arendt como un espacio de libertad y deliberación pública.

Lo político vendría a representar la filosofía esencial de la política, el nivel ontológico que estudia el modo mismo en que se instituye la sociedad. Es la dimensión de antagonismo constitutiva de las sociedades humanas.

En esta relación propuesta entre ética y política, el rol del ciudadano concreto adquiere sumo valor, debiéndose contar con él en forma de conocimiento y apoyo al proyecto. La política democrática no puede limitarse a establecer compromisos entre intereses y valores, o a la deliberación sobre el denominado “bien común”; necesita tener un influjo real en los deseos y las fantasías de la gente. Y para ello necesita dialogar con esas mismas personas para saber que desean de planes de salud o proyectos políticos, según sus necesidades y realidades cotidianas.

En toda planificación para llegar a administrar con justicia recursos en salud y mejorar la situación de los pobres, podemos considerar **una ética positiva y otra negativa**, si podemos llamarla así, desde el punto de vista de la sanidad. La negativa está referida a lo que no hay que hacer en política sanitaria: no robar, no estafar las expectativas de la gente, no dilapidar recursos, no malversarlos. La positiva, basada en los principios de no maleficencia y beneficencia habla de tender siempre al bien, administrar con justicia los recursos, dar a cada uno lo que le corresponde, no hacer el mal o tratar de evitarlo. Otro tanto ocurre con la noción de responsabilidad y por ello los operadores gubernamentales y no gubernamentales deberán aprender a tomar decisiones justas, a ser responsables, a responder con idoneidad los requerimientos de los miembros de una sociedad que requiere de su ayuda, a considerar seriamente las respuestas a dar a aquellos que

requieren de asistencia, al mismo tiempo que de formación para enfrentar los problemas derivados del sistema económico.

Esto puede ser encerrado en dos metáforas similares en su esencia: la de no proporcionar pescado sino enseñar a pescar, ya mencionada y la del hombre hambriento al que no solamente hay que darle de comer, sino enseñarle a cultivar su propio alimento para evitar que vuelva a pasar hambre. La ética, a mi entender, en el marco de esta propuesta, proporciona elementos para sobrevivir y hacer sobrevivir a otros. La meta reside en formar individuos, generar recursos humanos que tomen las decisiones correctas con conocimiento e idoneidad. Entonces, ¿qué necesitamos para poder complementar los enunciados de la EPEP y articular ética con política, dentro del propósito de erradicar la pobreza de nuestros pueblos?

En primer lugar, desarrollar actitudes necesarias tales como :

- *Transparencia real de los actos.
- *Competencia y Eficiencia en la tarea a realizar.
- *Predisposición.
- *Previsibilidad.
- *Disponibilidad al diálogo.
- *Moralidad de las normas.
- *Solidaridad Compasiva.
- *Responsabilidad.
- *Capacidad de trabajo en equipo.
- *Coherencia.
- *Respeto por las pautas culturales.
- *Clara visión del corto y largo plazo.
- *Participación activa de los sujetos destinatarios del desarrollo.

Estas actitudes deben estar acompañadas de premisas que considero fundaméntelas, tales como:

- *Transparencia real de los actos.
- *Competencia y Eficiencia en la tarea a realizar.
- *Predisposición.
- *Previsibilidad.
- *Disponibilidad al diálogo.
- *Moralidad de las normas.

- *Solidaridad Compasiva.
- *Responsabilidad.
- *Capacidad de trabajo en equipo.
- *Coherencia.
- *Respeto por las pautas culturales.
- *Clara visión del corto y largo plazo.
- *Participación activa de los sujetos destinatarios del desarrollo.

Esta realidad de la pobreza que ha entrado —*in-rumpere*— en nuestras vidas, plantea a la conciencia y la historia la concreción de hechos reales que no solamente estudien el problema, sino que además planteen soluciones positivas a corto, mediano y largo plazo.

Periné desarrolla para el tema de la pobreza latinoamericana, el concepto de *breakthrough*,¹⁷ a nuestro entender *quiebre o corte transicional*, para explicar el fenómeno de la irrupción del pobre en política y sanidad latinoamericana.¹⁸ Lo define como un salto cualitativo, un quebrantamiento de barreras que a la vez significa la apertura de nuevas perspectivas y presupuestos, el paso de una vieja realidad —que en nuestro caso llamaba antes *el viejo país*— a una nueva realidad insoslayable, la pobreza y sus consecuencias sobre toda la sociedad latinoamericana:

La secular situación de miseria y marginalidad vivida por la inmensa mayoría de las poblaciones de nuestros países puede ser considerada como una verdadera situación de breakdown, de catástrofe y de agotamiento de una forma de vida impuestos por modelos de sociedad y por políticas económicas que acumularon fracasos espectaculares y éxitos mediocres en las tentativas de exceder las barreras del cuarto mundo y del tercer mundo. Los proyectos nacionales de desarrollo de los países latinoamericanos intentados hasta ahora o aún en curso son, sin excepción, concentradores de la riqueza y empobrecedores de los que ya son pobres.¹⁹

Así como la rebelión del sujeto moral en medicina abrió el camino a la Ética Biomédica y sus demandas autonomistas, la presencia reiterada del pobre en América tuvo como consecuencia la rebelión del sujeto social que inició la reflexión de los aspectos sociales de la política crisis de

¹⁷ *Breakthrough*, en inglés, que significa salto cuantitativo, quiebre.

¹⁸ Periné M. Sentido histórico y ético de la irrupción de los pobres en la historia y en la conciencia latinoamericana. En *Irrupción del pobre y quehacer filosófico*. Buenos Aires: Editorial Bonum; 1993: 95 y ss .

¹⁹ *Ibidem*, 98-99.

fondo del estado liberal que habría de otorgar autonomía a la libertad individual. En palabras de Periné:

La irrupción de lo social en lo político, característica de las sociedades modernas, terminó por generar la necesidad de pasar de una “democracia gobernada” a una “democracia gobernante”, en la cual la libertad social de participación asuma la primacía respecto de la libertad individual de autonomía. Esta nueva situación representa, según el penetrante análisis de Enrique de Lima Vaz, el advenimiento de un nuevo momento o nivel de conceptualización y de práctica política —el nivel democrático— que se sobrepone al nivel estrictamente político.²⁰

En esta marco, y por problemas de espacio, presentamos uno de los 10 programas confeccionados para la formación de políticos, los que pueden ser ensamblados entre si, variando la duración de los cursos propuestos entre 60 a 200 horas de dictado, según las necesidades de la organización gubernamental que así lo requiera. Este es uno de los posibles programas a dictar:

- 1.-Ética política y evolución histórica de la humanidad. La realidad.
- 2.-Crisis de la Ética y la Política.
- 3.-Democracia como forma de vida y como construcción social.
- 4.-Las demandas de la sociedad a la Política.
- 5.-El doble discurso moral en política. La perversión.
- 6.-Ética y Pobreza: el desafío del nuevo milenio. Los viejos y nuevos países.
- 7.-Ética, Pobreza y Salud: el desarrollo del sociópata.
- 8.-La Solidaridad como valor social ético en Política.
- 9.-Ética para el desarrollo de los pueblos (EPDP). Fundamentos, organización, desarrollo.

Todos los programas, van acompañados de la formulación de un axiograma, con propuestas y enunciados generales que se modifican según los contenidos.

Por lo expuesto, considero que la propuesta es una apuesta a largo plazo, ya que funda sus objetivos en la educación y la modificación de conductas que a través de ella se puede conseguir. Su enunciado aquí no pretende desconocer que se necesitan planes y originalidades a corto plazo, pero no es ése nuestro objetivo, al menos para este intento de compatibilizar Ética y Política. La verdad que he logrado desnudar a lo largo de las reflexiones que anteceden a mi propuesta, muestran claramente que el problema de nuestro país, al menos en los últimos diez años, ha sido

²⁰ *Ibidem*, 104 .

que se verificó un considerable crecimiento económico pero éste no se acompañó de desarrollo social, lo que llevó al empobrecimiento de importantes capas de nuestra sociedad y empeoramiento del problema en las ya carenciadas, tal el caso de la desnutrición y la indigencia de muchos argentinos en la actualidad. Se hace necesario entonces, trabajar para tratar de mejorar o revertir esta situación perversa que limita las posibilidades de nuestros pueblos americanos y de Argentina en particular. En este proceso, la filosofía juega un papel importante. El hecho de la pobreza y sus consecuencias ofrece a la misma, no solamente un punto de partida para reflexionar, sino además un contenido de pensamiento, un novedoso desde donde reflexionar y una para que reflexionar. En este sentido, la Ética Biomédica ha venido a presentar una nueva forma de pensamiento traducida a la vez en actos concretos. Tal nuestra tarea: reflexionar y en la medida de nuestras posibilidades actuar en un contexto de disciplina situada, tal como planteamos antes. Así he concebido y enseñado las Humanidades Médicas durante más de treinta años, con la idea que debían convertirse en ciencias situadas, en el sentido de estar insertadas en la realidad de nuestro pueblo, nuestro país, nuestras carencias, nuestros logros [...], una ciencia situada en el hoy y en el ahora de esta Argentina y de nuestra Latinoamérica que hoy nos toca vivir, disfrutar y padecer.

Es necesario, pues, la existencia de un *contrato ético*, un sentido de la responsabilidad del uno por el otro, plasmado en la exigencia de una solidaridad activa, combatiente, dispuesta a tratar de solucionar los problemas de los que menos tienen. Y ese trabajo pasa por la modificación de conductas y por una solidaridad que tenga en cuenta a los que menos tienen y a los que más necesitan.

Fundamentar la bioética desde Cuba

René Zamora

Director Instituto Bioética Juan Pablo II

La Habana, Cuba

El célebre filósofo español José Ortega y Gasset consideraba que lo que había denominado como el sentido histórico debía presidir los estudios sobre la sociedad a lo largo del tiempo. Desde esta perspectiva, no pueden aplicarse al pasado las categorías usadas para entender nuestro presente.¹ Por este motivo al abordar el tema que me ocupa deberé contextualizar la bioética que se gestó en nuestro país tomando como referencia a los hombres que fueron conformando el concepto de la moral desde la génesis de la cultura cubana. Pudiéramos afirmar que puede hablarse de la formación paulatina de un pensamiento cubano a partir de la segunda mitad del siglo XVIII.

La insistencia del término “pensamiento cubano” y no filosófico, en la fundamentación de nuestra bioética, se encuentra justificado porque he querido relacionar como problema de la filosofía cubana el de la identidad de nuestra nacionalidad. Sin embargo también considero pertinente señalar que el mundo de la modernidad ha perdido su homogeneidad cultural, y de un sistema basado en la uniformidad de valores, hemos pasado a otro en el que la pluralidad y el respeto a esta, han pasado a primer plano. Durante la historia de nuestro país este fenómeno que señalo se ha agudizado en los últimos 50 años, debido a una revolución social que removió las bases no solo de la economía y la política, sino también de gran parte, por lo menos por un largo tiempo, de la cultura cubana. Este fenómeno que expreso coincidió con el surgimiento del neologismo bioética, que algunos han considerado un “nuevo tipo de saber” o también incluso si es o no una ciencia, tomando distancia de las llamadas ciencias experimentales tal cual la conciben muchos en la actualidad, o por el contrario si es realmente como otros se han preguntado: una ética aplicada,

¹ Pérez Lazo A. La filosofía cubana: algo más que una aventura insular. <http://www.convivenciacuba.es/index.php/historia-mainmenu-54/640-la-filosofa-cubana-algo-ms-que-una-aventura-insular>.

para con esta afirmación expresar que en el concepto de bioética va implícito un trasfondo ideológico, ajeno a nuestra instancia socio-cultural actual.²

Muy a menudo, cuando se habla sobre bioética, se piensa en un marco teórico-conceptual donde participan filósofos, teólogos, médicos, psicólogos, juristas y científicos en general. Debemos recordar que no se trata solamente de la vida humana, sino también del entorno, al cual muy frecuentemente solemos llamar naturaleza y ésta en relación con el hombre. Esta interdisciplinariedad de la bioética que la caracteriza, se comprende mejor si se tienen en cuenta los adelantos científicos que han ocurrido sobre todo en la segunda mitad del siglo pasado y en el comienzo del presente, los cuales han originado nuevos interrogantes impensables hace apenas unos pocos años y que de alguna forma siempre nos animan a todos a participar, de forma democrática, en las discusiones que afectan temas de tanta importancia. Nuestro país no ha estado ajeno a este fenómeno.³

Una ética que trata de fundamentar una bioética desde este punto de vista filosófico, debe insistir en la búsqueda de principios no solo objetivos, sino de mayor vuelo y aún más universales que los meramente pragmáticos y utilitaristas. Estos deben estar, además, sustentados en una sólida racionalidad, sin olvidar que el hombre es también interioridad y al realizar este proceso de fundamentación, apelará a sus propias convicciones en el marco de la verdad. El hombre que, siguiendo a Styczen,⁴ es “el único ser que ve desde dentro”, deseará mantener una visión de universalidad, iluminándola con los principios y las virtudes, aspirando a que sean valederos para todos los tiempos y culturas.

A mi juicio las condiciones creadas por la herencia de una racionalidad instrumental heredada desde el siglo XVI donde lo que se consideraba verdadero era necesariamente cuantificable y verificable en el campo de las ciencias positivas, lastró de forma importante la posibilidad de un desarrollo de las ciencias especulativas con relación a otros saberes. No por acaso el divorcio entre

² Zamora Marín R. Ética: el corazón de la Bioética; Conferencia pronunciada el 25 de Mayo de 2005, en el Taller: Cultura, Fe y Solidaridad: Alternativas emancipatorias para un mundo globalizado.

³ *Ibidem*.

⁴ Styczen T. La libertad en la verdad. Roma; 1988.

las “ciencias empírico analíticas” y las “históricas hermenéuticas”,⁵ durante un largo período de tiempo, han sufrido una fractura interna que les ha imposibilitado de alguna manera, como afirmara Potter, establecer un intercambio armónico de sus respectivos saberes, llegando al extremo de que pudiera afirmarse por el creador del neologismo Bioética que “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 construyendo la disciplina de la Bioética como un puente entre las dos culturas”.⁶

Efectivamente el desfase no armónico entre ambas produjo muchas consecuencias, entre la que señalo por ejemplo la “cientificación de la política”, dejando por lo menos en gran parte, “el volumen de la investigación a cargo del Estado y también la proporción de asesoramiento que se realiza en los servicios públicos” de salud.⁷ Las llamadas ciencias blandas tuvieron que organizar un soporte teórico estable en sus respectivas especialidades como el derecho, la psicología, la sociología y la filosofía entre otras, de tal manera que sus tareas más bien consistieron, durante toda una época, más en practicar un arte que en aplicar una ciencia. El mundo de las ideas no pertenecía al mundo real, pero estas mismas ideas se encontraban en la mente de los hombres y constituían en gran parte el motor impulsor de la vida cotidiana. La medicina era considerada como “el arte de curar” y tomaban distancia de ésta los científicos para hacer prevalecer un “saber tecnocrático”. Pareciera como si la moral y los valores necesitaran una “prueba pragmática de acreditación” para legitimarse en la sociedad. El propio Dewey refirió que “la puesta en juego de técnicas acrecentadas continuamente no se limitará a permanecer ligada a orientaciones de valor no cuestionadas”.⁸ De acuerdo con su criterio solo era posible objetivar las convicciones valorativas, si estas eran controlables con las técnicas disponibles; era en esencia una acreditación práctica de los valores, en el contexto de una hermenéutica ilustrada de las situaciones concretas. Con esta visión el ejercicio de la realidad moral de las personas podría quedar en parte corroborado, podría ser articulado, o incluso reformulado, para quedar desnudado de su substrato ideológico.

⁵ Habermas J. *Ciencia y Técnica como ideología*. 7ma. ed. Madrid: Editorial Tecnos; 2010: 13.

⁶ Potter VR. *Bioethics bridge to the future*. New York: Englewood Cliffs, Prentice-Hall; 1971.

⁷ Habermas J. *Ob.cit.*, 131.

⁸ *Ibidem*, 138.

Con relación a lo mencionado, estimo que la comunicación entre los llamados científicos tradicionales y el mundo de las ideas, donde se conforma gran parte de la cultura de una sociedad, determina a partir de la autocomprensión, la dirección del progreso técnico, pero al mismo tiempo este progreso mencionado tiene que conectar necesariamente con los intereses sociales y el mundo de los valores que nos es ya dado. Desafortunadamente esta conexión no ha sido posible convertirla en tema en la tradición del mundo del pragmatismo.⁹

La Bioética comprende este divorcio y trata de mantener una comunicación entre estos dos mundos a saber: el de las ideas y el de la tecnología; capta el sentido de lo transmitido por la tradición y además lo aplica en otro marco metodológico, que es la comprensión del sentido de sus enunciados, el cual abre paso a los hechos mediante un “saber práctico del conocimiento”, que tiene como objetivo la producción de un nuevo tipo de saber nomológico.¹⁰

Algunos autores como Habermas han señalado, con mucha razón, que afortunadamente “las ciencias han retenido una cosa de la filosofía: la ilusión de la teoría pura”.¹¹ Esta revolución científica que el hombre llevó a cabo planificadamente según Shelsky, ha propiciado que hayan surgido nuevas amenazas para la civilización contemporánea entre las cuales se encuentra: la de que

el hombre se explicita solo mediante acciones externas que transforman el mundo y fije y trate a todo, a los otros hombres y así mismo, en este plano objetivo de la acción constructiva. Esta nueva enajenación del hombre que le puede robar su propia identidad y la del otro...es el peligro de que el creador se pierda en su obra y el constructor en su construcción¹²

abandonando así todo tipo de fundamentación de su actuar humano libre que lo convierte en un ser moral.

Con respecto a lo mencionado anteriormente, deseo explicitar claramente lo razonable del pensamiento habermasiano cuando expresó, argumentando sobre el pretendido objetivismo de la ciencia: “a estas se les aparece objetivamente el mundo como un universo de hechos, cuya

⁹ *Ibidem*, 141.

¹⁰ El término “nomológico” proviene del griego y significa “legítimo”; sirve para enlazar ideas teóricas interrelacionadas con evidencias empíricas.

¹¹ Habermas J. *Ob.cit.*, 178.

¹² Shelsky H. *Einsamkeit und Freiheit*. Hamburg; 1963: 229.

conexión legal puede ser captada por descripción. Pero la verdad es que el saber del mundo, aparentemente objetivo, de los hechos está trascendentalmente basado en el mundo pre-científico”.¹³ Ciertamente todas las llamadas ciencias positivas a lo largo de este doloroso proceso de desarraigo, han compartido con la filosofía un concepto que es fundamental: el de teoría. Existe pues una suposición real, ontológica del mundo que es independiente del mundo cognoscente, que nos han tratado de presentar las ciencias positivas como el último reducto de lo verdadero. En todo argumento científico subyace siempre de forma inconfesada la ontología más tradicional.

Por otra parte muchas veces en nuestro contexto globalizado, se nos ha hecho difícil observar la realidad como la concordancia entre el objeto y el sujeto que la percibe, debido a la dificultad de percibir la unidad de todos los fragmentos de información que recibimos de forma dispersa a cada instante y que la misma ciencia nos ofrece de forma rica y aún novedosa, pero en ocasiones portadora de un relativismo y pragmatismo que tienden a convertirla en fin y no en medio. Ninguno de los criterios parciales que ella misma nos brinda lograría ofrecernos un “significado coherente de todo lo que existe”,¹⁴ se habla hoy día no solo de una crisis de los valores, sino que también se insiste por algunos estudiosos del tema, incluso en una crisis del sentido de la vida. Este sentido se adquiere logrando una coherencia ética que se estructura, a la luz de una cultura que de alguna manera expresa la hipótesis de la realidad que percibimos en la vida cotidiana.¹⁵

Cuando los destinatarios de esta cultura buscan su sentido fuera de los principios que esta ética puede iluminar, se produce entonces un cambio radical del “sentido de la vida” anteriormente mencionado y el fracaso del proyecto humano, que por vocación nos encontramos llamados a realizar. Necesitamos de forma urgente, encontrar y aplicar “todos estos significados de la realidad en una comprensión unitaria que nos permita ejercer la libertad con discernimiento y responsabilidad”.¹⁶ Necesitamos por tanto fundamentar nuestra ética en una Verdad que ilumine

¹³ Habermas J. *Ob.cit.* 164.

¹⁴ Documento Conclusivo de la V Conferencia General del Episcopado Latinoamericano y del Caribe; p 28, No.36.

¹⁵ Zamora R. *Bioética & Documento de Aparecida. Um diálogo latino-americano.* Cap. 22. Ed.Difusão; 2009: 166.

¹⁶ *Ibidem.*

la realidad de tal modo, que nos proporcione la posibilidad de encontrar y desenvolvernos en ella, por dura que parezca, “con libertad y alegría, con gozo y esperanza”.¹⁷

Ética e influencia de la modernidad en pensamiento post-moderno

El vocablo “modernización” es introducido en la década de los años 50 como un término técnico. Hace referencia a “un cúmulo de procesos acumulativos que se refuerzan mutuamente. Se refiere esencialmente a la formación de capital, a la movilización de recursos, al desarrollo de las fuerzas productivas y al incremento de la productividad del trabajo, a la implantación de poderes políticos centralizados, y al desarrollo de identidades nacionales”,¹⁸ se vincula con la vida urbana y el derecho de participación política, la educación formal y en el tema ético a la formación de valores, también a la secularización de estos y a la aplicación de normas que de ello dimanen. Fueron precisamente las investigaciones realizadas sobre este proceso, las que posibilitaron las condiciones para crear la expresión: post-modernidad. Para algunos autores la Modernidad es un proceso inacabado.¹⁹ Para otros la post-modernidad se encuentra en pleno inicio o nos encontramos en una verdadera transición, por lo que nos resulta difícil establecer límites precisos y realizar una crítica oportuna sobre el fenómeno referido. Para algunos como Francis Fukuyama, nos encontramos en condiciones de describir algunas de sus características más sobresalientes, como son la tendencia a la incredulidad, a la incertidumbre y al desencanto debido a que “el individuo humano de este momento recibe día con día, por los diversos medios que la tecnología ha puesto a su alcance, una enorme cantidad de información, tan abrumadora, instantánea y dispersa, que le impide valorar a profundidad su contenido o formarse un criterio definitorio”.²⁰

El término post-modernidad surge con la obra de Jean Francois Lyotard titulada: *La Condition postmoderne: Rapport sur le savoir*, publicada en el año 1979. Se inicia para este autor un nuevo período de discusión filosófica y epistemológica, la esencia de su idea la expresa de esta manera: “Simplificando al máximo se tiene por post-moderna la incredulidad con respecto a los

¹⁷ *Ibidem*.

¹⁸ Habermas J. *El discurso filosófico de la modernidad*. Ed. Katz (Conocimiento); 2008: 12.

¹⁹ Este autor al cual me refiero es Jürgen Habermas, quien en 1980 pronunció el discurso: “La modernidad: un proyecto inacabado” cuando le fue otorgado el premio Adorno. Publicado en Frankfurt en 1981 con el título *Kleine politische Schriften*, p. 444-446.

²⁰ Fukuyama F. *The End of History and the Last Man*. 1989.

metarrelatos". Para Vattimo esta época se encuentra caracterizada por un "pensamiento débil"²¹ que abre el camino a la tolerancia y a la diversidad, a una modalidad de nihilismo débil, a un pasar despreocupado y por consiguiente alejado de toda acritud existencial. Para los post-modernos lo importante no son los hechos sino sus interpretaciones, la certeza de un hecho no es más que eso, una verdad relativamente interpretada y por lo mismo, incierta, y de hace hincapié en una ética basada en la intencionalidad de los actos.

Estado actual del problema

Durante la segunda mitad del siglo XX, producto de la abrumadora explosión de la ciencia y de la técnica las repercusiones son de índole exponencial. El contexto cultural del mundo actual se medicalizó, debido a que una buena parte de los descubrimientos científicos de nuestra era, se nos brindan tentadoramente, con una aplicación substancial en las ciencias médicas, Los dilemas éticos surgen en gran medida, por la aplicación de la medicina a la vida cotidiana, y por esta razón entre otras urge, un esclarecimiento conceptual desde la ética clásica hacia la bioética como nueva disciplina, debido a que estos mismos dilemas no han sido posibles de responder utilizando el modelo ético tradicional. En nuestro país teniendo en cuenta nuestro contexto cultural hemos tratado de fundamentar nuestros principios bioéticos al menos en los siguientes aspectos: El hombre como punto de referencia, tener en cuenta que la persona humana nunca deberá tratarse como medio sino como fin en sí misma, ya que por la dignidad que posee es digna de tutela, custodia y realización. Hemos trabajado el tema de la promoción de las virtudes humanas, lo cual hace que la bioética que propugnamos desde el centro de Bioética Juan Pablo II sea creíble para hombres y mujeres, allende posturas ideológicas o desde diversas cosmovisiones; lo mencionado nos ha ofrecido la posibilidad de ser creíbles en nuestra sociedad porque basamos nuestra argumentación en una sana antropología filosófica. Es una bioética que toma como fundamentación el bien y la verdad, donde el criterio de responsabilidad y el de solidaridad priman en nuestras vidas.

Consideramos además que en la medida que la fundamentación bioética sea capaz de construir puentes de entendimiento entre las personas, encontrando mínimos morales, que nos permitan

²¹ Vattimo G. *Il Pensiero debole*. Milano: Ed Fertrinelli; 1983.

establecer nexos de comunicación entre posturas disímiles, contribuirá a un diálogo no sólo social, sino también interdisciplinario. No será por tanto la bioética una simple guía para tomar decisiones, es algo más que eso, es además una forma de promover a la persona humana teniendo como punto cimero la estimativa moral de su dignidad. En la medida que esto ocurra también lo ayudará a proyectarse fuera de sí, no sólo desde el punto de vista ontológico, biológico y psicológico, sino también ético. Fomentar un diálogo bioético es por tanto imprescindible ante la situaciones inéditas que se nos presentan la actualidad en la realidad cubana.

Por lo que hasta aquí he expresado se podrá colegir, que la realidad humana supone una realidad ontológica incomparablemente superior a todos los demás seres del universo. Por esta razón el propio Zubiri la describió, como “realidad en propiedad”.²² Una Ética basada en una antropología filosófica, y en una idea objetiva del bien la cual posea además, el concepto de persona y determinadas verdades no negociables. En el hombre el imperativo ético formal, parte de su propia realidad, por esta razón coincido definitivamente con Diego Gracia al afirmar que en el hombre existe una proto-moral.

Relación entre ética/bioética y cultura cubana

En su Crítica a la Razón Práctica Emmanuel Kant refiere, que “La vocación de la razón, por supuesto en los límites y las estructuras de su posibilidad, es práctica pues es la única capacitada para determinar la voluntad”.²³ Es por este motivo que “el bien y otros deseos de perfección”, como los valores, no podrían en ningún caso agotar los recursos de la “buena voluntad” que es la voluntad a priori buena”. Se necesita, por tanto, una adecuación de éstos a la cultura, en un contexto determinado, pero además esta conciliación o acomodamiento deberá encarnarse en personas concretas mediante las virtudes humanas. En efecto, de la devaluación especulativa del saber, se necesita una reevaluación práctica pero también intrínseca, que se refiera desde su inicio al examen de los poderes de la facultad de conocer, para luego pasar al de sus deberes por naturaleza, conformes al principio objetivo del comportamiento moral.

²² Zubiri X. El Hombre y Dios. Madrid : Alianza Editorial, 1984. p.48.

²³ Kant E. *Crítica de la razón práctica*. IV Ed. Salamanca: Ediciones Sígueme; 1998.

Para Kant, sólo en el deber la razón manda de forma absoluta, pues el deber es, “hablando con propiedad, un querer que sirve para cualquier ser racional, con la condición de que en éste la razón sea práctica sin obstáculo”.²⁴ Mirándolo desde esta perspectiva, los valores poseen solo un interés teórico del conocimiento, pero las virtudes nos ofrecen mucho más que esto, nos brindan un interés práctico del conocimiento. De esta manera, los valores, en su fundamento sociocultural y encarnados en la persona tematizan el contenido esencial del ideal martiano de racionalidad humana. “Se trata de una axiología de la acción que va a la raíz del hombre porque sabe de su grandeza interior”.²⁵

Es que en el paradigma ético-moral cubano, los valores éticos se integran en un nivel tal de concreción, que prácticamente se identifican con la propia vida, pero para comprender cabalmente esta afirmación tendremos que vernos obligados a profundizar en las raíces fundacionales de nuestra ética, que procede de las fuentes nutricias donde bebió el Apóstol José Martí, que no son otras que las de los fundadores de la patria que lo antecedieron. Poseen al propio tiempo un código de virtudes, no exentas de proposiciones académicas, como ésta de José de la Luz y Caballero, expresada en relación con una polémica sobre la moral y el concepto de utilidad: “Útil es un ferrocarril, pero más útil es la justicia”,²⁶ sentencia que alcanzará su mayor sentido en el contexto que nos brinda el pensamiento martiano.

Sus orígenes se remontan a las obras de aquellos que contribuyeron a la conformación del pensamiento nacional cubano, a ratos filantrópico como el de la Sociedad Económica de Amigos del País, y otras polémico o con carácter verdaderamente fundacional y educativo como el del Papel Periódico de La Habana y el del Colegio-Seminario de San Carlos y San Ambrosio, donde enseñó el sacerdote Félix Varela, sostenido e impulsado por el Obispo Espada, nombrado en Cuba en 1800, del cual dijo Martí, “que (siendo español) lleva en el corazón a todos los cubanos” y José de la Luz y Caballero acotó: “marcaba el camino de la civilización...tenía cuanto necesitaba de animoso para emprender, y de prudencia que lo templaba para no emprender sino lo

²⁴ En concreto Kant trata el tema cuando analiza “los postulados de la razón práctica”. Citado por: Martínez Gómez J. Las tres ideas fundamentales para la liberación nacional: Moralidad, Justicia y Libertad. *Estudios Humanísticos. Historia*. No.5, 2006. P. 266.

²⁵ Pupo R. Humanismo y Valores de José Martí. Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Humanismo-y-Valores-De-Jose-Marti/1838075.html>

²⁶ *Ibidem*.

practicable”.²⁷ Así fue como este Miembro de Honor de la Sociedad Patriótica de Amigos del País, era visto por sus contemporáneos y al final de sus días escribió Luz y Caballero para el diario de La Habana, en una narración insuperable escrita el 18 de Agosto de 1832:

Ayer fuimos todos testigos de uno de los rasgos tan elocuentes por sí mismos [...]. Llevaban los Santos Sacerdotes [...] el cuerpo de nuestro venerable cuanto lamentado Prelado, cuando al llegar a la puerta de la Punta, se agolparon multitud de jóvenes de todas profesiones, aunque la mayor parte estudiantes, todos conmovidos con el entusiasmo de su edad, queriendo conducir sobre sus hombros a porfía las reliquias mortales de su inmortal Pastor [...]. ¡Oh juventud divina! [...] vosotros me conmovisteis, y conmovisteis a todos los presentes compatriotas míos ¡Vosotros hicisteis brotar la no agotada fuente de mis lágrimas, y vosotros me hicisteis gustar con noble orgullo que era habanero el corazón que en mí latía!²⁸

Vio el Obispo lo que otro ojo no pudo observar, o mejor aún, la inteligencia y las capacidades del Pbro. José Agustín Caballero en 1762, preocupado por la filosofía “ecléctica” cubana, al cual se le atribuye la frase: “todos los sistemas y ningún sistema: he ahí el sistema”, su texto en latín sobre filosofía ecléctica, pasó inédito de mano en mano, en copias furtivas, algunas de ellas manuscritas, entre los discípulos de aquel Colegio-Seminario. Dicen los que lo conocieron que siendo un hombre de suma cultura, orador eximio, no descuidaba su preocupación por los pobres y por las familias. En frase de su sobrino José de La Luz y Caballero, en su elogio póstumo puso en su boca la siguiente aseveración: “¿y con los pobres? Que vengan todos a escuchar los que no lo son, para que aprendan a remediar que otros lo sean”.²⁹

En Varela, vio además al maestro natural porque encarna virtudes cristianas, junto al filósofo idóneo de “nuevo estilo”, de manera que sin dejar de ver lo bueno de la filosofía clásica, se enriqueciera la educación con el conocimiento de las matemáticas, la física, la química y la astronomía. Lo mismo ocurría con la Economía Política, ciencia novedosa de entonces, que se iba haciendo imprescindible en el gobierno de las naciones, y además Espada, jurisconsulto versado, también se ocupó de la creación de la Cátedra de Derecho Político como complemento del Derecho Romano. Varela, aficionado al violín en su juventud y capaz de evolucionar de la filosofía

²⁷ *Ibidem*.

²⁸ Suárez Polcari R. *Historia de la Iglesia en Cuba*. Miami: Ed. Universal; 2003: 333.

²⁹ *Ibidem*, 345.

ecléctica a la electiva, en frase de Cintio Vitier fusionó en una sola pieza y sin mancha; “la prédica revolucionaria junto a la espiritualidad evangélica más fina”.³⁰

Pero no habría una verdadera revolución educacional si basándose en la teología moral no se abarcara la ética, son inolvidables sus Cartas a Elpidio, publicado su primer tomo en 1835, las cuales muestran el sueño de aquel frágil y apostólico hombrecillo, llamado por el mismo Martí “el Santo cubano”. Murió el mismo año en que nació José Martí, soñó con los jóvenes de entonces y los que vendrían en las futuras generaciones cuando dijo: “la juventud a quien consagré en otro tiempo mis desvelos, me conserva en su memoria, y dícneme que la naciente no oye con indiferencia mi nombre. Te encargo, pues, (Elpidio), que seas el órgano de mis sentimientos y que procures, de todos modos separarlas del escollo de la irreligiosidad.” Y como colofón, sabiendo cercana la hora de su partida y viendo en los jóvenes la cimiento, con ojos de fundador expresa: “Diles que ellos son la dulce esperanza de la patria, y que no hay patria sin virtud, ni virtud con impiedad.”³¹

De esta manera transitaban en los albores del pensamiento cubano, las ideas más significativas del siglo XVIII y XIX, el liberalismo individualista, la ideas enciclopedistas, la Declaración de los Derechos del Hombre, los ideales libertarios de igualdad, justicia y fraternidad heredados de la Revolución Francesa, junto a la versión norteamericana de la Declaración de Independencia³²; cimentando desde sus corazones, nuestra cultura. Aquellos hombres fueron capaces de tomar distancia de España como península y descubrir la geografía de la Isla con sus características propias, encontrar y describir su flora y fauna autóctona, que se diferencian de la que hay en la metrópoli, e incluso aportar al saber médico con Don Tomás Romay, nuevos derroteros de enfermedades exóticas, publicando en 1798 sus Memorias de la Fiebre Amarilla, mientras atendía los enfermos de la escuadra de Aristazábal.³³ Así también de otros hombres ilustres, se conjugaban el pensamiento y la acción; la oratoria y la poesía, con la prosa y el verso. Heredia describía poéticamente “la atmósfera de Cuba” junto al análisis enjundioso, de José de la Luz y Caballero sobre el binomio no antagónico entre Ciencia y Fe, mediante una frase conciliadora

³⁰ Vitier C. *Ese Sol del Mundo Moral*. La Habana: Ed. Unión; 2002: 26.

³¹ Varela F. *Cartas a Elpidio*. Miami: Ed. Cubana, 1996.

³² Vitier C. *Ob.cit.*, 18.

³³ Suárez Polcari R. *Ob.cit.*, 355

cuando expresa: “yo les daré a entrambas el abrazo estrecho y sincero que se debe dar a la verdad: el ósculo eterno de la paz”.

El polémico Saco enriquecía de manera importante la cultura jurídica y sociológica de una minoría ilustrada, con su *Historia de la esclavitud (1875-1893)*, Sanguilí agudo en la narración, el mejor biógrafo de Luz y Caballero, antes de ser valiente en la manigua, nos lo recuerda describiendo su obra magisterial con esta frase: “No soñó nunca seguramente en perturbar las conciencias preparándolas para la acción inmediata y asoladora: ansió, por el contrario iluminarlas en la verdad y serenarlas en la virtud, pero al cabo las perturbó”³⁴ y continúa con relación al colegio El Salvador, por él fundado: “En realidad, el espíritu del colegio había sido y siguió siendo el mismo espíritu del país; y por eso cuando en medio del aparente y universal reposo se sintió temblar el suelo, al sonar angustiosamente una hora solemne de prueba, aquella santa casa se quedó vacía”.³⁵

Mendive también pudo tener la honra de dejar su huella en el Apóstol, fue su maestro, que es siempre ser creador, le narró como de padre a un hijo, toda la tradición autóctona cubana, así como inculcó en lo profundo de su alma el amor a los valores morales, los cuales poseen una impronta abierta a la trascendencia y a la honestidad del corazón. Pero ciertamente Luz y Caballero fue siempre su preferido, pues al regresar de Tampa y Cayo Hueso, su primer viaje de prédica patriótica y revolucionaria expresó: “¡Yo no vi casa ni tribuna, en el Cayo ni en Tampa, sin el retrato de José de la Luz y Caballero...! Otros amen la ira y la tiranía. El cubano es capaz del amor que hace perdurable la libertad”.³⁶

Años atrás, cuando el anciano profesor de El Salvador José Podbielski le entregó algunas cartas de Luz, escribió en el *Economista Americano*:

Los cubanos todos veneran, y los americanos todos conocen de fama, al hombre santo que domando dolores profundos del alma y el cuerpo, domando la palabra, que pedía por su excelsitud aplausos y auditorio, domando con la fruición del sacrificio, todo amor a sí y a las pompas vanas de la vida, nada quiso ser para serlo todo, pues fue maestro y convirtió en una sola generación un pueblo educado para la esclavitud en un pueblo de

³⁴ *Ibidem*.

³⁵ *Ibidem*.

³⁶ *Ibidem*, 38.

héroes, trabajadores y hombres libres. Pudo ser abogado, con respetuosa y rica clientela, y su patria fue su único cliente. Pudo lucir en las academias sin esfuerzo su ciencia copiosa, y solo mostró lo que sabía de la verdad, cuando era indispensable defenderla. Pudo escribir en obras- para su patria al menos- inmortales, lo que, ayudando la soberanía de su entendimiento, con la piedad de su corazón, aprendió en los libros y en la naturaleza, sobre la música de lo creado y el sentido del mundo, y no escribió en los libros, que recompensan, sino en las almas, que suelen olvidar. Supo cuanto sabía en su época; pero no para enseñar que lo sabía, sino para transmitirlo. Sembró hombres.³⁷

Como podemos apreciar, las ideas morales de José Martí y de la historia cubana, no se expresan en el rigor de una Cátedra o de una Academia, sino en el transcurso de toda una vida dedicada a un ideal. Podríamos aseverar, que la fortaleza de su espíritu, que no de cuerpo, lo mantuvo siempre firme en los proyectos, ocupado siempre en verlos dotados de un contenido moral en la vida cotidiana. La Justicia fue uno de sus asideros éticos más sobresalientes, unida al concepto de libertad. Un preciado amigo, enamorado de la Obra del Apóstol, afirma que hay tres proyectos de lo que hoy podríamos llamar, “generaciones de derechos humanos: los civiles y políticos, económicos, sociales y culturales, unidos al desarrollo de los pueblos”.³⁸

Convencido de que no existe obra humana que para ser perdurable no deba siempre ser virtuosa, impregnado de un sentimiento de amor al prójimo que expresa el sacrificio de la vida hasta la oblación, podemos asegurar que éstas, “fundamentan el hecho de que al Maestro le interesan sobre todo la ascensión humana, y el progreso socio -cultural del hombre, como medio fundamental de realizar sus fines”.³⁹ No se trata en modo alguno de una racionalidad instrumental de corte ético pragmático y utilitarista, sino de una idea de racionalidad humana, que sin menospreciar el conocimiento, la ciencia, la técnica, como medidas de desarrollo cultural de las personas, sabe que a la conversión del hombre se llega ante todo revelando esas fibras, ocultas a veces, de su subjetividad abiertas a la trascendencia.

En resumen Martí es un hombre de pensamiento y acción, que une en su hacer cotidiano misión y oficio, y que los valores en los que cree y enseña, cultiva y transmite, no son abstractos, sino

³⁷ *Ibidem*, 39

³⁸ Martínez Gómez J. *Ob.cit.*, 264.

³⁹ Pupo R. Humanismo y Valores de Jose Martí. Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Humanismo-y-Valores-de-Jose-Marti/1838075.html>

integrados a una cultura de la razón y de los sentimientos, unida a las más profundas convicciones; Lezama Lima lo describió mejor cuando expresó: “Martí, es un misterio que nos acompaña”, donde el amor es, a mi juicio, el motor impulsor de su Ética que se aprecia cuando expresó: “con el amor se ve, por el amor se ve, es el amor quien ve.”⁴⁰

Queridos amigos, apreciados delegados, he tratado de resumir muy sucintamente las ideas que traemos en el corazón. No son solo ideas, son conceptos encarnados en un ideal de promoción humana, donde la bioética es como una luz que ilumina el horizonte desde nuestro Centro de Bioética Juan Pablo II, el cual posee como misión la inculturación de valores desde hace 18 años, unido a la vocación de la promoción humana. Creo que en estos pensamientos se vislumbra una luz de esperanza que permite presagiar un futuro promisorio, no solo para Cuba, sino también para toda la América Latina, la FELAIBE y para toda la humanidad, en la bioética que propugnamos.

⁴⁰ Martí J. Fragmentos. Obras Completas. *Ob.cit.*, 22.

Principales aportes de la Ética Ricoeuriana y ética cívica en la fundamentación filosófica de la objeción de conciencia en salud

Adela Montero Vega

Magíster en Bioética. Médico Ginecobstetra

Profesora Asociada. Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral de la Adolescencia

Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Contacto: amontero@med.uchile.cl

La objeción de conciencia (OC) es un tema sensible y complejo, presente en la discusión ética desde la Antigüedad. Ejemplos de ello son la acusación sufrida por Sócrates, al ser considerado traidor por anteponer su conciencia por sobre la obediencia al Estado. Antígona en la tragedia de Sófocles, al obedecer el mandato de su conciencia proveniente de los dioses y desobedecer una orden directa del rey, siendo condenada a muerte. Los mártires cristianos, que en defensa de su fe, se abstuvieron de rendir culto al César y a todo lo que este representaba ⁽¹⁾. También en la Inglaterra del siglo XVI, Thomas More por razones de conciencia, rehusó aprobar el divorcio del soberano, negándose a reconocer la supremacía del Rey y del Parlamento inglés, lo que en definitiva le costó la libertad y posteriormente la vida ⁽¹⁾. Sin embargo, solo a principios del siglo XX, la OC surgiría como entidad reconocible convencionalmente, principalmente en Europa, ante la oposición para desarrollar obligaciones de naturaleza militar, como el Servicio Militar y la participación directa en conflictos bélicos ^(2,3). Posteriormente, surgen las primeras evidencias explícitas en materia de salud, principalmente en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR), resultando paradigmáticos los casos de profesionales objetores ante situaciones como: el aborto, la anticoncepción hormonal, la esterilización, la fertilización asistida, la consejería

¹ "Objeción de conciencia en materia de salud". ASSOCIACIÓ CATALANA D'ESTUDIS BIOÈTICS (ACEB). En <http://www.aceb.org> (Consultado 21/10/2009)

² Domínguez O. Objeción de Conciencia, la muerte y el morir en enfermedades en etapa terminal. *Acta Bioethica* 2009; 15 (1): 94 – 99.

³ Araujo J. *La objeción de conciencia al servicio militar*. Madrid: Editorial Civitas; 1993: 29.

reproductiva a parejas homosexuales, a mujeres solteras y a otros grupos discriminados socialmente (^{4, 5, 6, 7, 8}).

A medida que el pluralismo ético de nuestras sociedades ha sido más patente, sumado al creciente desarrollo científico y tecnológico, nos enfrentamos a nuevas problemáticas, surgiendo cada día nuevas situaciones en las que se ha planteado la OC como: el rechazo pacifista para colaborar en medicina militar (⁹); la negativa de los profesionales para participar en prácticas tales como la eutanasia, el suicidio médicamente asistido, el desarrollo de ensayos clínicos (⁹); el diagnóstico prenatal de enfermedades genéticas y cromosómicas (¹⁰) y la manipulación de embriones humanos (¹¹) entre otras.

Intentar definir la OC es una tarea difícil, sobretodo relacionado con la atención en salud. En la literatura especializada, este concepto es considerado desde diversas posturas, determinando cierto grado de imprecisión y de confusión. Algunos la consideran una manifestación de desobediencia civil, basada en el incumplimiento de una obligación de naturaleza legal, cuyo acatamiento o realización produciría en la persona una grave lesión en su conciencia, basado en motivaciones de índole ético, moral, religioso, axiológica o de justicia por parte del objetor (^{12, 13}). Otros autores se refieren a ella como un derecho subjetivo, de excepción, ante una obligación o normativa legal, con incumplimiento de ésta por razones religiosas o filosóficas, derivada de las relaciones laborales o funcionarias de un individuo (⁴). Asimismo, si entendemos la conciencia como algo perteneciente a la esfera individual y privada, inherente al ser humano, es posible considerar la OC como aquella negación vinculada al contexto privado o particular, planteándose

⁴ Casas L, Dides C. Objeción de Conciencia y Salud Reproductiva en Chile: dos casos paradigmáticos. *Acta Bioethica* 2007; 13 (2): 199 – 206.

⁵ Cook R., Arango M., Dickens B. Ethical and legal issues in reproductive health. Healthcare responsibilities and conscientious objection. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2009; 104: 249–252.

⁶ Sieira S. En Texto: *La objeción de conciencia sanitaria*. Madrid, Editorial Dykinson, 2000: 245 - 246.

⁷ Wicclair M. Conscientious Objection in Medicine. *Bioethics* 2000; 14 (3): 205 – 227.

⁸ Savulescu J. Conscientious Objection in Medicine. *British Medical Journal* 2006; 332 (4): 294 – 297.

⁹ Declaración de la Comisión de Ética y Deontología Médica de la OMC. Objeción de conciencia del médico. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 1997; 20 (3). www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/index_203.html. (Consultado 02/11/2010)

¹⁰ Fabó F. Algunas implicancias y problemas bioéticos del diagnóstico prenatal. *ARS méd.* (Santiago) 2008; 16 (16):147-166.

¹¹ Gómez Fajardo C. Manipulación de embriones humanos: algunas objeciones. *IATREIA* 2008; 21 (1): 75 – 82.

¹² Martínez K. Medicina y objeción de conciencia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 2007; 30 (2): 215 – 223.

¹³ Aparisi A., López J. El Derecho a la Objeción de Conciencia en el supuesto del aborto. De la fundamentación filosófico-jurídica a su reconocimiento legal. *Persona y Bioética* 2006; 10 (1): 35 – 51.

como una obligación personal, no pudiendo ser en ningún caso colectiva ni institucional ^(4, 5, 14). Octaviano Domínguez, la considera una entidad separada de la desobediencia civil, refiriéndose a ella como aquella situación explícita de negativa o rechazo, de carácter individual, ante un mandato legal o administrativo, para practicar un procedimiento por razones de índole ético, moral, religioso u otras y que puede ser invocada por el personal sanitario, por el paciente o incluso por sus propios familiares ⁽²⁾.

Las diferentes posturas respecto a la OC, han determinado el surgimiento de directrices éticas emanadas desde los colegios o asociaciones de profesionales sanitarios. Estas recomendaciones, si bien reconocen el derecho del profesional para objetar en conciencia, también reconocen el derecho de la población a recibir una atención de calidad sin riesgo para su vida y su salud, reconociendo y avalando el cumplimiento de ciertos requisitos como: necesidad de explicitar y fundamentar la objeción; derivación oportuna del paciente a un profesional no objetor; imposibilidad de objetar frente a situaciones de emergencia; rechazo a que la objeción sea planteada solo cuando existe un contrato institucional; imposibilidad de obtener ventajas laborales ni desventajas como posibles amonestaciones o marginación que afecten al objetor; imposibilidad que las instituciones sanitarias o profesionales en cargos jerárquicos pudieran declararse o reconocerse como posibles objetores; reconocimiento y respeto por las diferencias personales y culturales en la relación profesional-paciente y entre los propios profesionales; evitar utilizar la OC como una forma de encubrir prácticas discriminatorias hacia los pacientes, como una manera de eludir las responsabilidades profesionales o como una práctica encubierta de discriminación o enjuiciamiento por parte del objetor hacia grupos vulnerables ^(1, 5, 12, 14, 15).

La complejidad de este tema amerita un análisis en profundidad, considerando en su fundamentación no solo la perspectiva ética-filosófica, sino también un análisis de los fundamentos jurídicos, constitucionales y en base a los Derechos Humanos. En este contexto, considerando que la OC en salud, surge como constructo propiamente tal solo desde el siglo XX, se estimó pertinente incorporar y analizar algunas tradiciones filosóficas de la modernidad, ancladas en nuestra cultura occidental. Para ello se hará referencia a la ética ricoeuriana y a la ética cívica, por considerar que nos permitirán analizar de una manera más global cómo se relacionan y cuál es

¹⁴ FIGO COMMITTEE REPORT. Ethical guidelines on conscientious objection” FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women’s Health. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2006; 92: 333-334.

¹⁵ Beal M., Cappiello J. Professional Right of Conscience. *Journal of Midwifery & Women’s Health* 2008; 53: 406 – 412.

el aporte de cada una de estas visiones a la comprensión actual de este concepto, relacionado con la OC en salud.

Aportes desde la ética ricoeuriana

Paul Ricoeur intenta integrar en su pensamiento, las dos grandes herencias de la ética filosófica occidental, la ética aristotélica y la ética kantiana, en un esfuerzo por recuperar el sentido de la ética. Postula el reconocimiento de complementariedad entre ética y moral y la relación de subordinación de la moral a la ética (¹⁶). Asimismo, plantea la necesidad de puesta a prueba de la ética respecto a la moral y la evaluación de la legitimidad de la norma moral, respecto a las consideraciones particulares que involucran a las personas cuando se someten a un respeto incondicional o absoluto a la ley moral. Identifica 3 momentos: la *aspiración ética*, la *ley moral* y la *sabiduría práctica*. Los primeros dos se relacionan con la ética y la moral, mientras que el tercero se identifica con la prudencia. Aún cuando reconoce que no hay antecedentes etimológicos ni históricos que diferencien la ética de la moral, realiza una sutil distinción entre ambos términos: la palabra “ética” evocaría el momento teleológico, considerando la intencionalidad de la vida buena respecto a la convivencia con el otro y para los otros en el marco de las instituciones justas, mientras que el término “moral”, se identificaría con el momento deontológico, con aquellas normas morales universalmente vinculantes. Desde otra perspectiva, la aspiración ética se relaciona con el momento teleológico, con la ética, con el proyecto del hombre de lograr una vida buena con y para los otros dentro de instituciones justas, mientras que el momento deontológico se relaciona con la moral, con lo justo, con la necesaria existencia de la ley moral para alcanzar este proyecto de vida (^{16, 17, 18}). Respecto a la aspiración ética, el hombre no nace hecho ni con un destino trazado, más bien nace con una potencialidad, cuyo logro dependerá de la propia existencia, la que a su vez va a depender de las tareas que debemos realizar, las que inevitablemente surgen del deseo de cada cual para alcanzar el fin último, siendo comparable con una narración de la propia vida, de la que cada uno de nosotros es el actor principal, actuante y sufriente de su proyecto existencial. Debido a que necesariamente la propia existencia necesita y

¹⁶ Escribár A. *Aporte Ricoeuriano a la Bioética*. En: Apuntes de clases presenciales en 2º semestre año 2009, Ciclo de Bioética Fundamental del Magister de Bioética. Facultad de Filosofía y Humanidades. Universidad de Chile.

¹⁷ Escribár A. Raíces de la Bioética en la tradición ético-filosófica occidental, y actuales desafíos. *Anales de La Universidad de Chile*, 1998; 6ª serie; nº 8: 1 – 20.

¹⁸ Escribár A. La ética aplicada, sus condiciones de posibilidad y exigencias a las que responde. *Revista de Filosofía* 2004; 60: 19 – 28.

supone la presencia de otras, nos transformamos en actores secundarios de estas otras existencias. En esta forma de relacionarnos, surge el fundamento ricoeuriano de *“la intención de la vida buena, con y para otros dentro de instituciones justas”*, este sería el ámbito de la ética, que a su vez abarcaría tres grandes polos, el polo del “yo” que se refiere a la afirmación de lo que se puede realizar en base a la libertad, como una aspiración ética para lograr la vida buena, basado en un proyecto de libertad de cada uno. El segundo polo, constituido por el “tú”, o el “otro” que precisa del reconocimiento de su propia libertad, donde la tarea ética consistiría en reconocer igualitariamente la propia libertad y la del otro, teniendo la libertad del “tú” idéntica relevancia que la propia ^(16, 17, 18). El tercer polo está constituido por lo neutro, por el “otro sin rostro”, cuya forma de reconocimiento es a través de la (s) institución (es), entendiendo por tal aquella estructura o sistema que enmarca el vivir juntos dentro de una comunidad histórica, representada por un pueblo, país, nación, etc., que va más allá de las relaciones interpersonales, siendo la existencia de costumbres comunes lo que da el carácter de pertenencia propiamente tal. La (s) institución (es) justa (s) están representadas e inspiradas por las reglas y valores surgidos de las elecciones y preferencias de los que nos han precedido, constituyendo el punto de aplicación de la justicia, basada en el concepto de igualdad como requisito fundamental en el contenido ético del sentido de la justicia, contribuyendo al condicionamiento y modulación de nuestro proyecto de vida, en la necesaria interrelación con el proyecto de vida de los otros, respetando el derecho del otro u otros a su propia aspiración de vida buena, para lograr una convivencia armónica en las actuales sociedades de carácter pluralista y democráticas ⁽¹⁹⁾.

El segundo momento, de la ley moral, se origina a partir de la aspiración, de una manera secuencial. De la irrenunciable distancia presente entre el “deseo de ser” y el “deber ser”, de la aspiración y el logro de ésta, de la confrontación entre el “yo” como “ente arrojado” y el reconocimiento de las libertades de los otros y de las instituciones, surge inevitablemente el concepto del deber, de la norma, de la ley moral, como una manera de compatibilizar el propio proyecto con el de los otros, tan necesario en las sociedades contemporáneas donde convivimos extraños morales, con diferentes valores y aspiraciones de vida buena. Esta ley, surgida del abismo entre proyecto y realización, exige la necesidad de universalización, no solo de aquellas máximas morales que pudieran llegar a ser compatibles con los mínimos de moralidad exigibles en las

¹⁹ Ricoeur P. “El Sí y la intencionalidad ética”. Séptimo estudio, En Texto: *Sí mismo como Otro*. Traducción Agustín Neira, editores siglo XXI, Madrid, 1996.

sociedades justas, fundamentándose en la premisa ontológica como una manera de reconocer legítimamente la libertad del otro (^{16, 17, 18}).

El tercer momento, de la sabiduría práctica, surge al aplicar la ley moral, de carácter universal, a la particularidad, a la consideración de los casos individuales. Es la que junto con evaluar las consecuencias, considera las excepciones a los principios o a las máximas morales que han sido traducidas finalmente en ley moral. Se basa en el retorno a la vida buena, respetando al otro como un semejante, intentando distanciarse lo menos posible de la normativa ética. En este tercer momento se hace indispensable recurrir a la ética, a la vida buena con otros y para otros en instituciones justas, considerándose excepciones no legítimas todas aquellas que no contemplen lo anterior (^{16, 17, 18}).

Aportes desde la ética cívica

Adela Cortina, ha planteado la pertinencia de una **ética cívica** como respuesta a la complejidad del establecimiento de normas éticas en las sociedades contemporáneas, las que frente a la urgencia para dar respuesta y/o solución a los actuales problemas morales como consecuencia del avance de la ciencia, de la tecnología, del capitalismo, de la crisis medio ambiental entre otros, pueden reaccionar de diferentes maneras (^{20, 21}). En la historia de la humanidad hemos transitado desde las sociedades monistas, que se rigen por un código moral único con respuestas dogmáticas a los problemas morales, a las moralmente politeístas o axiológicas, donde “todo vale” y “todo vale lo mismo”, optándose por una escala de valores en forma arbitraria y subjetiva, basándose en las creencias, sin argumentaciones razonadas, que hacen prácticamente imposible el diálogo para encontrar puntos de encuentro (²⁰). De aquí surge la imperiosa necesidad de construir una sociedad verdaderamente pluralista, perteneciente a los ciudadanos como miembros vitales de una sociedad democrática, que no es ni exclusivamente religiosa, laicista ni estatal y donde sí sea posible encontrar solución a los problemas morales. Es sin duda en esta ética cívica, basada en el pluralismo moral, donde radicaría la clave para encontrar el equilibrio tan necesario en la época actual. Adela Cortina propone la necesidad de identificar y reconocer los mínimos morales o los principios y valores ya compartidos por todos los miembros de una sociedad. Es lo que denomina

²⁰ Cortina A. “Ética mínima como *Ethica cordis*”. En *Texto: Ética de la razón cordial. Educar en la ciudadanía en el siglo XXI*: 9 - 32, Ediciones Nobel S. A.

²¹ Chávez P. Ética cívica: tiempo de sumar, no de restar. *Rev. Mensaje* 2007: 56 (557): 38 - 41.

“ética de mínimos”, que forma parte de la cotidianeidad de una sociedad pluralista, donde estos valores poseen un mínimo ético irrenunciable o “mínimos morales” que expresan “lo que es justo para todos”, los que al no ser cumplidos determinan que las sociedades caigan bajo mínimos de moralidad, por lo que deben ser exigibles y tienden a ser ampliamente aceptados por la sociedad (^{20, 21}). Por otra parte, debe considerarse la “ética de máximos”, que sustancialmente se refiere a la jerarquización y fundamentación de aquellos valores morales considerados necesarios para alcanzar la vida buena, constituyendo los “máximos morales” que expresan lo que una persona o grupo de personas considera como “lo bueno”, como una forma particular o subjetiva de alcanzar la felicidad (^{20, 21}). Por ende, estos máximos no pueden ser impuestos ni exigidos en una sociedad, sino que deben ser ofrecidos mediante invitación, como un modelo a seguir para alcanzar este ideal. Por ejemplo, no es posible exigir en una sociedad que todos sean solidarios, leales o compasivos con el otro, pero si es exigible que se cumplan normativas como no robar o no matar.

Discusión

Si bien la OC ha sido considerada un derecho, basado esencialmente en el derecho a la libertad de conciencia, este derecho no puede ser absoluto y se encontraría condicionado por el derecho de las personas a la atención en salud, sin discriminación, con cumplimiento y resguardo de los aspectos éticos involucrados en esta atención. Por ende en la práctica clínica, el problema esencial se presentaría cuando ambos derechos y libertades entran en contraposición, generándose conflictos bioéticos que repercuten en todos los involucrados.

Es por ello que la evidencia demuestra que la OC en salud tiene límites, debiendo plantearse sin imposición, como una excepción, considerando el respeto por la dignidad humana de los involucrados, así como el respeto por el derecho a la vida y a la salud de la población que se verá afectada por esta objeción, particularmente de los más vulnerables. Frente a una OC debe evaluarse en primer lugar si es genuina, es decir, que no esté motivada por intereses particulares, ajenos a la dimensión moral. También debe considerarse que no se trate de una banalización de la libertad de conciencia, simplificando la toma de decisiones, sin una necesaria reflexión en base a los argumentos y fundamentos que motivarían una real objeción. La tarea de verificar tal validez

podría ser responsabilidad de los Comités de Ética Clínicos, como mecanismo regulatorio de carácter imparcial (²²).

Esta problemática no solo atañe al ambiente clínico, sino que corresponde ser tratado en forma conjunta en la sociedad, resultando necesario e imperioso propender al establecimiento de un adecuado equilibrio, como una aspiración para la convivencia social, que permita evitar que se produzcan situaciones a menudo conflictivas, confrontacionales e intentando resolver con prudencia aquellas situaciones donde el conflicto ineludiblemente esté presente, como una forma de lograr el justo medio para contribuir al desarrollo de una sociedad más justa y equitativa, con un real respeto por la diversidad (^{22, 23}). Lamentablemente en Chile, este tema no ha sido abordado abiertamente, ni con la profundidad que nuestro país requiere.

Siguiendo a Ricoeur, como se ha mencionado, la OC en salud a menudo generaría situaciones conflictivas, difíciles de conciliar y resolver cuando se advierte por una parte una contraposición de la aspiración o vida buena entre los diferentes involucrados o afectados por dicha objeción. Es así como frente a una OC en salud necesariamente debe existir una interrelación entre el profesional objetor, vale decir por el “yo”, con el paciente y el equipo de trabajo, que representan el “tú” y con la misión y objetivos de la institución, en este caso “el otro sin rostro”. El conflicto también se presentaría cuando se produce una incompatibilidad entre este “deseo de ser” y la obligación, representada esta última por el rol, por la responsabilidad que se espera de un profesional inmerso en una sociedad. Es por ello que resulta indispensable considerar que frente a una OC se pueda resguardar el legítimo derecho del logro de la vida buena de todos los involucrados, evitando que esta toma de decisiones pueda ocasionar un daño irreparable, donde nuevamente, esta objeción se plantee como una excepción y donde su validez o legitimidad considere también el respeto por el otro, en base a su propia libertad. La unilateralidad o arbitrariedad de nuestras acciones o decisiones solo generarán una fuente de conflicto permanente, por lo que el necesario equilibrio debiera lograrse a través del ejercicio de esta sabiduría práctica, de la prudencia, evaluando de manera racional, a través de la deliberación, las consecuencias que una objeción en

²² Montero A., González E. La objeción de conciencia en la práctica clínica. *Acta Bioethica* 2011; 17 (1): 123-131

²³ Montero A. Tesis para obtener el Grado de Magister en Bioética de la Universidad de Chile “Objeción de conciencia sanitaria en profesionales relacionados con la atención de salud sexual y reproductiva en adolescentes de la Región Metropolitana, Santiago de Chile”. Chile 2012: datos no publicados.

este ámbito, pudiera determinar en la vida de todos los implicados, pero particularmente de aquellos más vulnerables ⁽²³⁾.

La ética cívica nos entrega otra forma de aproximación a la OC sanitaria. Sin duda existe un peligro latente frente a respuestas dogmáticas, arbitrarias, impositivas que pudieran presentarse por una OC al interior de la relación clínica, por ello, al igual que en la sociedad en su conjunto, es necesario transitar en forma unida, hacia un real entendimiento entre objetores y no objetores, sin exclusiones de aquellos que piensan de forma distinta, sino de manera inclusiva, donde la necesidad de diálogo, de discusión, con apertura para generar puntos de encuentro, es un esfuerzo que debemos promover, para verdaderamente alcanzar el pluralismo ⁽²³⁾. La ética cívica proporcionaría las herramientas a través de la consideración de los mínimos morales, que se traducen en aquellos valores que determinan un mínimo ético al que no es posible renunciar, por ello exigibles moralmente a la totalidad de la población ⁽²⁰⁾. Por otra parte, debemos considerar aquellas máximas morales correspondientes a la aspiración, al logro de la vida buena de los diferentes actores o extraños morales en una sociedad. Siguiendo este razonamiento, la OC estaría representada por este nivel de máxima moral, al ser invocada como una convicción de parte de la persona objetora como algo de gran importancia, imposible de renunciar para el logro de esta aspiración. El nivel de mínimos estaría representado por la necesidad de normar, de trabajar en conjunto, para establecer guías que nos ayuden a respetar y resguardar el derecho y libertad de todos los que de una u otra forma, directa o indirectamente somos partícipes de una objeción ⁽²³⁾. Las implicancias de la OC en salud trascienden las fronteras de la relación clínica, representando un desafío que debemos enfrentar, no solo al interior de nuestra conciencia o al interior de los diferentes equipos de trabajo o instituciones, sino como país, fomentando nuestra democracia, como un bien preciado del cual todos somos responsables de mantener, evitando el politeísmo axiológico. En la vida en común, no es posible considerar de manera subjetiva, impositiva y arbitraria los valores que nos caracterizan como una determinada sociedad, pues transitamos por el mismo camino, unidos por una historicidad común, que nos define como nación y donde la experiencia de quienes nos antecedieron debe ser considerada como una lección aprendida, para evitar incurrir en los errores que en el pasado nos han marcado profundamente como nación. Sin embargo, debemos reconocer que en Chile, aún no nos comportamos como una sociedad verdaderamente pluralista. Como ejemplo tenemos diferentes situaciones donde el conflicto desemboca en posturas extremas, donde el diálogo se torna difícil, por imperar las convicciones personales, sin un tránsito hacia la empatía. Como sociedad aún no somos capaces de deliberar

abiertamente en forma activa, particularmente en temas sensibles, asumiendo el respeto cuando se contraponen nuestras propias creencias y valores con las de los otros. En una sociedad pluralista es menester considerar y respetar los mínimos de justicia, abogando por el respeto activo, más allá de la tolerancia por aquellos principios o valores de la ética de máximos que no se comparten y promoviendo aquellos valores que si son posibles de compartir. En la medida que nos esforcemos, permitiendo que una sociedad con diferentes grupos de ciudadanos podamos aspirar en conjunto al bien común, teniendo en cuenta la necesidad de compatibilización y respeto por los derechos y libertades fundamentales de cada uno de los integrantes de una sociedad, evitaremos la intolerancia, la discriminación y el conflicto, que en definitiva nos permitirá avanzar hacia la mantención de una auténtica democracia, tan necesaria para la convivencia, el entendimiento y la paz entre los pueblos ^(22, 23).

Agradecimientos: a la Prof. Sra. Nina Horwitz, por su constante guía, orientación y apoyo en el desarrollo del trabajo de Tesis ⁽²³⁾.

La casuística como perspectiva metodológica de la ética aplicada y la bioética

Dr. José Salvador Arellano Rodríguez

Facultad de Filosofía

Universidad Autónoma de Querétaro

Contacto: jose_arellano28@yahoo.com.mx

La casuística es uno de los métodos contemporáneos de la ética aplicada, recuperado de manera reciente por la corriente pragmática sajona a partir de la década de los setentas. Esta perspectiva metodológica ha sido utilizada sobre todo en las áreas de la bioética, la ética de los negocios, la ética de la biotecnología, entre otras. Sin embargo, en Hispanoamérica, no se cuenta con suficientes trabajos formales en esta área. El objetivo del presente trabajo es ofrecer los avances de estudio sobre esta perspectiva metodológica, así como colaborar en la difusión del estudio, discusión y análisis de la metodología casuística aplicada a la comprensión de los dilemas bioéticos. Para ello, se presentarán algunos ejemplos reales e hipotéticos para mostrar la variedad de casos donde puede ser de gran ayuda un análisis basado en la casuística.

Con ello se pretende demostrar como el razonamiento casuístico no es una fórmula ni un protocolo paso por paso, sino un proceso dialéctico —y dialógico entre los participantes. Aunque hay varios elementos del análisis casuístico —clarificación por taxonomía, casos paradigmáticos, aplicación de principios filosóficos, casos legales, opiniones autorizadas, etc.—considero que, por lo pronto, no es necesario dividir estos “pasos” distintos y seguirlos en un orden de secuencia ni tratarlos por separado. Se encuentran todos involucrados a la vez. La conclusión puede ser segura, o sumamente probable, o más o menos probable, o incluso de poca confianza. Se pretende con ello calificar una decisión como justificada cuando se ha tomado en consideración y evaluación toda la información disponible en casos paradigmáticos y autoridades de acuerdo con la metodología casuística.

Consideraciones previas sobre la metodología casuística:

Históricamente el método casuístico era usado por los rabinos y los cristianos desde la antigüedad.

En la iglesia católica la casuística estaba muy de moda en los siglos XVI y XVII, fue destacada por

los jesuitas cuando la práctica católica puso énfasis en la confesión individual y la absolución por parte de los sacerdotes, un primer esfuerzo que los ministros tuvieron que calcular fue la gravedad de los pecados de sus fieles para asignarles la penitencia. En la práctica se convirtió en un método complejo de distinciones y diferencias relacionadas a distintos casos, lo que le dio al padre confesor un control sobre las vidas personales de la gente. De manera eventual, el método casuístico se convirtió en un sistema minuciosamente detallado en los libros de los textos religiosos. Éste fue uno de los motivos por los que, en el caso de los protestantes, tuvieron que sustituir el sistema casuístico de la confesión por la responsabilidad individual de la persona basada en su propia conciencia. En la época de la Ilustración Blaise Pascal atacó dicho método tanto por sus complejidades como por su abuso, un ejemplo es la fabricación de excusas o pretextos para justificar las acciones de los ricos y poderosos. Es por eso que hoy en día comúnmente se usa el término “casuística” con un sentido de razón engañosa o falaz. La ascendencia del pensamiento científico provocó la idea de que la ética tenía que ser un sistema de reglas, leyes o principios dogmáticos, lo que derivó en la consideración de que la ética debe proceder siempre de manera deductiva.

El sentido correcto de la palabra “casuística” es el análisis de casos basado en otros precedentes sobre los cuales hay un acuerdo común. La casuística en este sentido, según Jonsen y Toulmin, puede considerarse como:

el análisis de asuntos y cuestiones éticos, utilizando procedimientos de razonamiento basado en paradigmas y analogías, los cuales conducen a la formulación de opiniones expertas sobre la existencia y el peso de obligaciones morales, expresadas en reglas y máximas generales, pero no universales ni invariables.¹

La idea central de la casuística es que, en vez de deducir lo correcto desde los principios éticos se usa un método inductivo de comparación de casos para llegar a una opinión acerca de un caso particular.

Algunos filósofos (y teólogos) distinguen la casuística como un método para aplicar los principios de una perspectiva teórica a problemas concretos de manera deductiva (sobre todo en la vertiente

¹ JONSEN, A. R. y TOULMIN, S. *The Abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning*, Berkeley, L.A. University of Chicago Press, 1988, p. 257.

católica). Sin embargo, otros filósofos lo juzgan como un método para desarrollar principios de manera inductiva. No debemos excluir a los primeros, aunque la perspectiva constructivista social, de la que se ha hablado con anterioridad, se encuentra mucho más de acuerdo con los segundos.

Filosóficamente el método casuístico tiende sus raíces en la filosofía de Aristóteles quien hizo una distinción entre el pensamiento teórico-científico (*epísteme*), que trata de descubrir leyes naturales, y el pensamiento práctico (*phrónesis*), que es particular y circunstancial. La razón práctica es usada, por ejemplo, tanto en la medicina cuando hay evidencias pero no certidumbre, como en el derecho, cuando el juicio depende de si los miembros del jurado creen en un testigo u otro. En este sentido, la casuística representa una forma procedimental adecuada, ya que atiende la necesidad de las éticas aplicadas de realizar un análisis de los casos específicos. Lo cual se destaca aún más a partir del surgimiento de la bioética alrededor de 1970, ya que ésta nueva área se constituye como un espacio de diálogo interdisciplinario: de la medicina a la filosofía, del derecho a la teología, de las ciencias a las humanidades, y se presenta por tanto como discurso y práctica normativa. Se reconoce ante todo el carácter plural de las visiones y creencias. Esto es, se adopta, comúnmente, una metodología *casuística*, es decir, un análisis moral de caso por caso, teniendo en cuenta la diversidad de las culturas, religiones y demás intereses de los implicados. Es aquí donde la reflexión filosófica adquiere mayor importancia, ya que se requiere acudir al bagaje histórico del pensamiento ético construido desde la teoría para dar luz al escudriñamiento de los nuevos problemas morales. Aunado a la preocupación por lograr un equilibrio entre lo privado y lo público la podemos encontrar en el análisis del propio contexto y no en una ética dotada de contenido o leyes morales *a priori*. Es por ello que resulta importante la construcción y aplicación de una metodología para las éticas aplicadas basada en dos aspectos fundamentales: que el enfoque de análisis esté apoyado en la casuística, y que su perspectiva pueda brindar, en la manera de lo posible, un marco adecuado para que la diversidad y la pluralidad de los posicionamientos pueda ser discutida.

Algunos puntos centrales, los cuales he trabajado de manera conjunta con el Dr. Robert T. Hall, para la caracterización de la casuística son:

1. La casuística es un método para considerar y resolver problemas éticos, no un sistema que va a generar soluciones de manera lógica.

2. Este método es pluralista. Toma en cuenta consecuencias, motivos, reglas, máximas, valores, ideales, aforismos, etcétera, que resultan de casos concretos. De hecho, sus referentes son todas las perspectivas éticas occidentales.
3. El resultado de este método es una conclusión probable, no cierta.
4. Diferentes individuos pueden llegar a conclusiones distintas usando este mismo método.
5. Cada caso es distinto, tiene sus propias condiciones, características y consecuencias.²

Así también, como parte constitutiva e indispensable del procedimiento se acude a corrientes éticas vigentes que proporcionan un fundamento para la reflexión y que, desde la teoría ética, pudieran ser complementarias y/o auxiliares para dilucidar el problema en cuestión. Así, por ejemplo, en trabajo común referido con R. T. Hall hemos propuesto las siguientes tradiciones éticas o perspectivas occidentales: a) la de *virtudes e ideales* (tradiciones, creencias religiosas, costumbres, dichos), b) *el racionalismo* (kantismo, principio de autonomía, formalidad y coherencia de los principios éticos, el respeto por la dignidad de las personas), c) *el consecuencialismo* (también denominado *utilitarismo*, consecuencia de los actos, mayor beneficio para el mayor número de personas, deseabilidad de los efectos de una decisión), d) *la ética discursiva*, (el consenso intersubjetivo logrado a partir de una comprensión discursiva), e) *la perspectiva feminista* (ética del cuidado, de la responsabilidad, de la construcción de relaciones basadas en las obligaciones familiares, en la consideración de la contingencia de las leyes), y f) la propia *casuística* (el análisis de los casos específicos, de las relaciones y de los contextos). De alguna forma la casuística también posee un antecedente en la ética aristotélica, pues considera que para el estagirita:

La razón teórica se caracteriza por: 1) objetos idealizados (como círculos o triángulos), por 2) su universalidad y atemporalidad y por 3) sus conclusiones necesarias. En contraste, la razón práctica se caracteriza por 1) objetos concretos, por 2) su temporalidad y localidad y por 3) sus conclusiones probables con grados de credibilidad. La razón práctica es usada tanto en la medicina cuando hay evidencias pero no certidumbre, como en el derecho cuando el juicio depende de si

² HALL, R. Bioética institucional, problemas y prácticas en las organizaciones para el cuidado de la salud. UAQ/Fontamara. México, 2008, p. 34.

(...) los miembros del jurado creen en un testigo u otro. Y según Aristóteles, tal es la razón de la ética.³

Veamos algunos ejemplos sobre el uso de la metodología casuística:

CASO T. R. (Basado en eventos reales)

T. R., hombre de 36 años de edad, fue internado en el hospital con diagnóstico de SIDA. Sus síntomas incluyeron deshidratación, anorexia y diarrea. Un examen físico reveló nódulos linfáticos hinchados y nódulos púrpura en su piel. T. R. también sufrió falta de respiración y una tos persistente. Pruebas clínicas indicaron sarcoma de Karposi y pulmonía.

Este paciente ha sido un homosexual activo por muchos años y tanto él como su pareja tuvieron pruebas que dieron positivo en VHI. Ambos han firmado testamentos vitales además de documentos en los cuales se nombraron uno al otro como representantes en el caso de manifestar falta de capacidad para decidir. Al momento de su ingreso en el hospital T. R. afirmó sus deseos para el tratamiento con claridad y coherencia. Más de una vez T. R. comentó que rechazaría tratamientos heroicos sino existiera posibilidad de recuperación.

Una mañana T. R. parecía estar muy confundido con alucinaciones. Más tarde, le comentó a la enfermera que a pesar de todo, quisiera que los médicos hicieran todo lo posible para sostener su vida. La enfermera informó al médico sobre esta conversación y el doctor le solicitó a T. R. que le informara sobre sus últimas decisiones esa misma tarde. T. R. insistió en que los médicos hicieran todo lo posible para salvarle la vida incluyendo los procesos de resucitación. Su pareja lo visitó esa noche y se asustó al saber sobre el cambio de opinión por parte de T. R. Habló con el médico, como representante legal del paciente, preguntándole sobre si T. R. había desarrollado demencia a consecuencia del SIDA. Su pareja le comentó al médico que ahora T. R. comenzaba a perder poco a poco la lucidez y con ello su capacidad para decidir está cada vez más afectada, por lo que debido a ello era comprensible de que estuviera pidiendo tratamientos que nunca antes hubiese querido aceptar y enfatizó que su pareja había incluso escrito con anterioridad que rechazaría todo tipo de tratamientos heroicos. Por lo que le solicitaba al hospital, como su representante legal, que no le practicaran los tratamientos que T. R. ahora reclamaba.

3 Hall, R. *Op.cit.* p. 35.

El dilema moral a analizar sería ¿qué debe hacer el médico?, aceptar la última consideración de T. R? o ¿aceptar la decisión de la pareja?

Análisis a partir de la consideración de una metodología casuística

El caso real aquí presentado, manifiesta dos de los elementos que constituyen un dilema moral: a) primeramente podemos observar la consideración respecto de la conciencia y capacidad para decidir por parte de T. R. Lo cual conlleva a la consideración válida de todo agente moral de poder establecer un cambio de opinión en cualquier momento, y b) Se ha realizado en un estado de plena conciencia y capacidad de decidir el preferir el menor de los males, ante una muerte irremediable se prefiere un deceso rápido a una prolongada agonía. Analicemos el caso de acuerdo a la temática planteada a través de la ética plural:

- a) *Autonomía kantiana*: el postulado establece el respeto por la propia decisión de dignidad que pose T.R. Sin embargo, se presenta el problema de saber la capacidad de decisión que el sujeto mantiene. Se requiere por tanto del diagnóstico del especialista, pues se tiene el antecedente claro de que ha comenzado a tener alucinaciones.
- b) Los *valores tradicionales y religiosos* no aparecen de manera clara en este caso. La información que se da es que los sujetos de nacionalidad norteamericana se encuentran al margen de las doctrinas y valores tradicionales. Su condición de vida pública homosexual así lo demuestra.
- c) El *consecuencialismo* indica los costos beneficios que tendrá que asumir la pareja de T. R. Todo parece indicar en este caso que no existe mayor gasto o merma económica ni para su pareja ni para el hospital. Se enfatiza la decisión tomada y los comentarios de T. R. respecto de preferir una muerte rápida a prolongar una agonía innecesaria por considerar el menor de los males esta primer opción. La pareja de T. R. y representante legal de éste, defiende la inutilidad de entrar a tratamientos inútiles. Parece ser un buen argumento para no proceder de acuerdo a la última postura de T. R. toda vez que éste ya padece de alucinaciones.
- d) Desde el *contextualismo* podemos establecer la cercana relación de T. R. con su pareja, la confianza depositada de manera recíproca para tomar una determinación final ante la agonía de cualquiera de los dos. Podemos decir que la pareja de T. R. dada su relación de pareja, es consecuente con el problema en el que se enfrenta.

- e) El ámbito de contingencia nos brinda el análisis de que en cualquier caso de toma de decisión la posibilidad de redescibirse resulta válida. Tanto en dejarlo morir o prolongar la agonía se obra sin fundamento.
- f) La dialógica comunicativa da un buen aporte a este caso. Nos indicaría que la pareja deberá de dialogar en la medida de lo posible con T. R. Entender su nueva postura y refrendarla o en el mejor de los casos hacerle comprender que el acuerdo tomado anteriormente es lo más indicado.

En este caso, la postura de la dialógica nos pudiese brindar una posibilidad de acuerdo. Se recomendó que los implicados y sobre todo a su pareja para que volvieran a entablar un diálogo con el paciente y ver la manera de llegar a un acuerdo, considerando además al diagnóstico de los especialistas sobre la capacidad de T. R. para decidir, pues a pesar de sus delirios, no presentaba una pérdida de conciencia total. En el análisis realizado con estudiantes de licenciatura en filosofía durante un seminario de investigación, se llegó a esta conclusión que desde mi perspectiva resulta adecuada para el tratamiento de este caso paradigmático. Siempre resulta necesario el diálogo abierto con el o los implicados, pues una persona puede cambiar de opinión sobre todo en circunstancias límites. En el caso real, lo que aconteció fue que antes de poder tomar una postura concreta al dilema T. R. falleció, sin que hubiese existido el tiempo para tratarlo con medios de resucitación extremos.

Caso Hipotético: Aprobación de un procedimiento cultural: concordancia de corrientes éticas

Una antropóloga mexicana, la Dra. María Sánchez, estaba trabajando como ayudante para el desarrollo de una comunidad oeste-africana de Nigeria trasladada y establecida en algún lugar de Quintana Roo. El propósito de la Dra. Sánchez era facilitar la integración de esta minoría en la sociedad mexicana sin la pérdida de su cultura islámica.

Desgraciadamente, una de las prácticas culturales y religiosas era de la circuncisión femenina o “Sunna”, también conocida como “mutilación genital femenina” en la cultura occidental, por lo que este ritual consiste en la extirpación, generalmente violento, del clítoris. En la declaración de Budapest (1993) la Asociación Médica Mundial condenó esta práctica tanto en niñas como en las mujeres, así como la participación de los médicos en su ejecución. Además la propia Organización Mundial de la Salud vetó dicha práctica desde hace muchos años.

Después de mucha discusión con el señor Abato Séogou, el líder religioso de la comunidad musulmana, la Dra. Sánchez propuso, en acuerdo con el señor Séogou, una práctica modificada del ritual Sunna. Como alternativa a la práctica tradicional, la modificación consistiría en realizar sólo una incisión menor en vez de la extirpación del clítoris entero y se realizaría en el hospital del IMSS con asistencia de un cirujano. La incisión, bajo anestésico local, no tendría ningún efecto adverso en la salud de la niña. El señor Séogou podría realizar su ritual religioso. La Dra. Pérez, cirujana del IMSS, está de acuerdo con esta propuesta y llevaría a cabo la operación, si estuviera aprobado por las autoridades correspondientes del hospital. La directora del IMSS ha pedido opinión del Comité de bioética para determinar si esto es consistente con su misión.

Análisis a partir de la consideración casuística:

El establecimiento de este caso hipotético es para demostrar que si bien muchas veces las corrientes éticas pueden estar en conflicto o de alguna manera complementarse a partir de ciertos puntos, este caso sin embargo pone de manifiesto que puede existir concordancia de las diversas corrientes morales y proporcionar elementos de una solución factible a ciertos casos como este.

- a) La teoría de *la autonomía kantiana* establece la necesidad de respetar las diferencias de las culturas, pues a toda cultura de manera universal exige su reconocimiento en sus prácticas autóctonas, al mismo tiempo el imperativo de no realizar a los demás lo que no quieres para ti, al modificarse la práctica de Sunna, evita el sufrimiento y dignidad de las mujeres sin perder sus ritos tradicionales de esta práctica musulmana.
- b) *El consecuencialismo* analiza que no existen riesgos secundarios o secuelas posteriores en la incisión mínima realizada en el clítoris. La aportación de los especialistas médicos no dejan lugar a dudas sobre la ausencia de daños posteriores.
- c) *Los valores tradicionales y religiosos* musulmanes, que son los que entran en conflicto con los valores cristianos occidentales, dan a apreciar como bueno esta práctica pues esta dentro de lo que ellos consideran la “purificación de la mujer”. Asimismo el líder religioso establece como viable la propuesta realizada por la antropóloga y no demerita el ritual religioso.
- d) *El contextualismo*, prevé que las relaciones religiosas establecidas en este grupo musulmán no se detendrán ante prohibiciones legales, por lo que este tipo de práctica continuará de manera clandestina. Toda vez que este tipo de prácticas conforman parte de los lazos importantes de relación entre los creyentes, lo mejor es modificar el ritual en

sí de tal forma que se evite el sufrimiento y dolor realizado en la castración y demás infecciones secundarias, al mismo tiempo que se salvaguarde el elemento de cohesión religiosa en este tipo de comunidad. Pondría como evidencia de relación entre grupos otro tipo de prácticas religiosas similares a esta como la circuncisión de los judíos, donde la separación del glande del pene en el hombre se realiza ya de manera profesional evitando así infecciones o mal manejo de la circuncisión.

- e) Por su parte la *dialógica comunicativa*, proporciona elementos valiosos de diálogo y comprensión del fenómeno por parte de los implicados. El diálogo con los líderes, médicos, especialistas y autoridades médicas resulta importante para el acuerdo mutuo entre las partes.

Este caso hipotético, da como resolución por parte del comité de bioética la recomendación de que se autorice este tipo de práctica modificada toda vez que salvaguarda a la mujer de una castración al mismo tiempo que valora la tradición y sentido religioso del ritual sunna.

Caso Real: Armando y la sedación terminal: consecuencialismo y principio de doble efecto

Armando es un hombre casado, padre de dos niños en edad escolar. Se le diagnosticó ALS (*Amyotrophic lateral Sclerosis*) 24 meses atrás. El nivel funcional de Armando ha disminuido ahora a tal grado que no puede dejársele solo. Requiere de ayuda para trasladarse, ir al baño, alimentarse y bañarse. No puede caminar, escribir o usar la computadora. Ya no puede dejársele solo por lo que requiere de una custodia durante las 24 horas para su cuidado, la cual no puede ser cubierta por su seguro.

Armando siente que él ahora le ha llegado al punto en el que no puede seguir aguantando más sufrimiento que se ha tornado para él como sin sentido e insoportable ya que sabe que no posee alguna esperanza realista de mejoría. Él cree, con buena razón, que la muerte es el único escape de su pena y sufrimiento. Por su parte el diagnóstico médico señala que no hay evidencia de depresión clínica, incapacidad para decidir o incompetencia. Sin embargo, él mismo considera que sus sentimientos son producto de su condición y no desea medicación con antidepresivos. Su última voluntad, dice él, es morir pronto, evitando así su sufrimiento innecesario como el de llevar a su propia familia a la bancarrota por causa de su enfermedad. Su esposa cree que su condición está más allá de todo límite humano capaz de ser soportado y, aunque de mala gana, está de acuerdo con la petición de su esposo. Armando le solicitó a su doctor que le recete alguna dosis

fuerte de algún medicamento que pueda terminar con su vida para ser usada por él cuando así lo considere necesario. El médico por su parte, se niega a realizarlo. Las drogas usadas para controlar el dolor de Armando ya parecen ser inefectivas.

Armando decidió negarse a tomar o comer. No le gusta ya alimentarse por que ya es muy difícil tomar alimentos. Da cuenta de que esto puede llevarlo a la muerte, comienza a tener menos dolores de cabeza y ya no siente tanto sufrimiento por rechazar agua y alimento. Le pide a su médico sedación completa hasta que muera con la única intención de aminorar el dolor. ¿Qué debe de hacer el médico?

Análisis casuístico:

El presente caso real, presenta uno de los casos más frecuentes a nivel de decisión moral. El hecho refiere a un sujeto con una enfermedad incurable e irreversible que consiste en una atrofia del sistema nervioso a nivel general. Un paciente bajo tratamiento intenso puede tener un periodo de vida cercano a los cinco años, sin ella el promedio de vida baja de uno a dos años bajo condiciones paupérrimas en su calidad de vida. Se presenta el problema si el médico le da una dosis que ponga fin a la existencia del paciente o le administra dosis paulatinas de sedantes cada vez mayores hasta que sobre venga la muerte (principio de doble efecto). El análisis fpropuesto sería el siguiente:

- a) *La teoría de la autonomía kantiana:* se ve de manera clara, el respeto por la voluntad del paciente, la propia aceptación de su esposa sobre la decisión de su pareja resulta importante.
- b) *El consecuencialismo:* Las consecuencias económicas para su familia serían devastadoras, su estado de salud ya es irreversible: La condición económica no permitiría un tratamiento adecuado para el paciente por lo que su estado de vida sería aún más doloroso para todos los implicados.
- c) *Los valores tradicionales y religiosos:* Desde esta postura, podría aludirse al principio de *doble efecto*, sin embargo las dosis de sedantes en escala no garantiza una muerte rápida y se requiere de mayores tratamientos. Desde esta postura se recomienda al médico que no proporcione una dosis fatal, sino sólo calmantes para aminorar en lo posible la condición de Armando.
- d) *El contextualismo:* Las relaciones de Armando con su familia coinciden con su propia postura de acelerar el proceso de su muerte.

- e) *La dialógica comunicativa*: el propio diálogo de Armando con su familia y el médico que lo atiende y la consideración de todas las eventualidades lo llevan a establecer una decisión clara al respecto de su salud. El consentimiento informado es claro y se han mostrado las consecuencias y las opciones que Armando posee.

En este caso, el análisis final por parte de los estudiantes integrantes del seminario de investigación fue la aplicación de la postura del doble efecto, tratarlo con sedantes fuertes para aminorarle el dolor aunque paulatinamente lo condujese a la muerte. En el caso real, el médico se negó al empleo de sustancias paliativas que lo condujese a una muerte, mucho menos a proporcionarle una dosis tal que lo matara. Sin embargo, el médico le sugirió a Armando que él pudiese de manera voluntaria negarse a alimentarse y a hidratarse, lo cual aceleraría su fallecimiento y sólo le proporcionaría analgésicos para las molestias propias de la deshidratación. Armando, en común acuerdo con su familia, dejó de alimentarse y beber. Al lapso de dos semanas éste falleció.

Caso Real: Señor Castañon: autonomía y responsabilidad

El doctor Muñoz le avisa al señor Castañon que es esencial un “by-pass” del corazón; es inevitable. El problema es que el señor Castañon es Testigo de Jehová y esta cirugía normalmente requiere de cinco a diez unidades de sangre.

El señor Castañon dice que como Testigo no puede acceder a aceptar ninguna transfusión de sangre y que, aunque los Testigos no están de acuerdo en esto, los ancianos de su congregación creen que es contrario a la Ley de Dios aceptar tratamiento por una máquina “corazón-pulmón” o cualquier procedimiento para colectar y usar su propio sangre, incluso con equipo nuevo de circulación continua.

El doctor Muñoz investiga el uso de sustancias de albúmina y opciones alternativas pero decide que la operación de una manera aceptable a los Testigos todavía conlleva un riesgo de unas diez veces más alto que lo normal. Los riesgos incluyen tanto la posibilidad de un paro cardíaco como de un daño al cerebro debido a la carencia de oxígeno. A causa de esto el doctor Muñoz está dispuesto a hacer esta cirugía solamente a condición de que el señor Castañon firme una declaración de forma de consentimiento informado, que dice que niega el uso de sangre y todos los tratamientos prohibidos por los Testigos de Jehová y que acepta los riesgos involucrados en la

operación de esta manera. Después de considerar su problema, el señor Castañon regresa al consultorio del doctor Muñoz y dice que, según las creencias de los Testigos de Jehová, una hemotransfusión “forzada” (que quiere decir en contra de su voluntad) no es un pecado imperdonable que vaya a impedir su resurrección. Dice que todavía no puede estar de acuerdo con la transfusión, pero tiene respeto por las obligaciones del doctor y entiende el Juramento Hipocrático. Sí, él podría firmar el consentimiento informado rechazando el uso de la sangre a condición de que, si el doctor decide que es necesario urgentemente forzarlo a recibir sangre, él vaya a respetar sus obligaciones. ¿Cómo debe proceder el médico?

Análisis basado en la casuística:

- a) *La teoría de la autonomía kantiana:* El presente caso, pareciera, en un primer momento, que la voluntad del paciente es firme respecto de sus creencias religiosas por lo que su voluntad y su capacidad de elección lo llevan a negar cualquier transfusión sanguínea. Sin embargo, al momento de la elección formal (firma de documento oficial donde prohíbe la transfusión) parece dudar o por lo menos manifiesta miedo sobre los riesgos que conllevan la no aceptación de dicha transfusión, por lo que decide “endosarle” la decisión final a su médico. No quiere asumir el costo de su propia elección y enajena su voluntad a un tercero.
- b) *El consecuencialismo:* El paciente es consciente de las consecuencias de su elección. Por una parte admitir la transfusión sanguínea lo llevaría a creer que está faltando a sus propios principios, y por la otra, dichos principios no son tan firmes, pues prevé que lo pueden conducir a la muerte. El consecuencialismo parece adoptar aquí una postura de “conveniencia”, por una parte sugiere ser tratado mediante el uso de transfusión y por la otra presentarse como alguien que práctico cabalmente sus principios. Sin embargo las consecuencias para el médico son más desfavorables, pues si acepta el trato propuesto, a saber, aceptar la carta donde explícitamente el Señor Castañon rechaza ese tipo de tratamiento y por la otra hacerle la transfusión en caso necesario, el médico se compromete de manera innecesaria a una eventual demanda por el afectado o sus familiares.
- c) *Los valores tradicionales y religiosos:* La contradicción de los valores religiosos con los deseos del Señor Castañon (no arriesgarse a morir), es frecuente en las personas con alguna creencia religiosa. Generalmente, se emplea una doble moral o se adecua la moral religiosa a la vida práctica. En el caso de los católicos es frecuente este tipo de casos, por

un lado se acepta que el uso de preservativos no naturales es un pecado, pero por el otro no se desea tener hijos de manera irresponsable. La adecuación de las normas religiosas a usos pragmáticos es un fenómeno complejo que cada día se da de manera común. En el caso de los testigos de Jehová no se posó el sacramento de la confesión que habilita a los católicos a obrar de manera contraria a los preceptos religiosos con la opción de confesarse posteriormente, sino que su situación es directa con Dios. En todo caso, se le pediría al paciente que obre conforme a sus creencias.

- d) *El contextualismo.* La relación del señor Castañón con sus familiares, podemos presumir, es de apego a las normas religiosas por lo que no desea hacer explícito su deseo de ser tratado con transfusión sanguínea en caso de requerirlo. Esta postura encomendaría al Señor Castaño a esclarecer su postura con la sociedad con la que convive.
- e) *La dialógica comunicativa.* El diálogo del paciente con el médico debe ser bajo las premisas del consentimiento informado y las responsabilidades para ambas partes. El médico debe de dialogar con el paciente y hacerle ver los alcances y límites de su postura.
- f) *El ámbito de contingencia:* El señor Castaño tiene la posibilidad de revalorar y reorientar sus creencias a fin de conseguir o evitar un riesgo innecesario. Los sentimientos forman parte de los cambios en las decisiones morales y religiosas.

El presente caso, involucra de manera directa la postura moral de la teoría kantiana acerca de la voluntad y su emancipación respecto de otros. Asimismo se puede observar la confrontación del deseo de sobrevivir con los valores religiosos del señor Castaño. En un primer momento la postura kantiana apela a que salir de la minoría de edad es lo que se le pediría al Señor Castaño, por lo que se recomienda que el médico no acepte la propuesta del paciente y le haga ver la necesidad de asumir su propia responsabilidad ante su tratamiento lo cual le hará responsable de las consecuencias en su salud. En un segundo momento, la misma apelación a la libre elección de su voluntad lo llevará a ser responsable también respecto de sus creencias religiosas.

En el caso real, el análisis realizado, nuevamente por estudiantes, se coincidió con la recomendación del comité de bioética para el señor Castaño, quien finalmente accedió a confirmar su postura de no ser tratado mediante transfusión sanguínea. Durante la cirugía no hubo complicaciones.

Caso Hipotético: el paciente Samoano: conflicto de corrientes éticas

Un médico en Hawai estaba tratando a un joven de 25 años de Samoa con cáncer en su pierna. Se produjo una metástasis múltiple de este cáncer y no hubo ninguna manera para evitar su muerte. Es bien sabido que los samoanos muestran mucha más deferencia hacia las autoridades de lo que los de la cultura occidental pueden aguantar. Como era normal, la familia en total extendida se reunió en el hospital para hablar con el médico sobre la condición del joven. El médico recomendó una amputación de la pierna para prolongar la vida del joven unos meses más. El padre del joven, quien era además el jefe de esta comunidad, dio su consentimiento inmediatamente, y el joven indicó que estaba de acuerdo.

Más tarde, cuando estaban haciendo los preparativos para la operación, el joven, ahora solo, le dijo al cirujano que no quería una amputación porque no quería vivir sus últimas semanas discapacitado. Pero aún más, el joven no quería que su padre se enterara de que había desafiado su juicio. Las consecuencias sociales de esto serían peor que una amputación, para él.

Se dan dos opciones en un primer momento:

- (1) aceptar el hecho que la cultura samoano es diferente que la ética occidental y llevar el joven a la cirugía, o
- (2) seguir los deseos del paciente que no tenga la operación. La primera opción muestra respeto para la cultura samoano pero el precio de esta es que no respete la norma de consentimiento informado.

Análisis casuístico:

- a) *La teoría de la autonomía kantiana:* Esta doctrina enfatizaría el hecho de que el paciente debe de defender su derecho a la autoelección. Esta capacidad de voluntad se ve coaccionada por el contexto de la cultura local. La confrontación del deseo personal con lo que dicta y prevalece en el contexto sociocultural entran en confrontación. No parece que la postura de la autonomía personal pueda conciliarse con los valores locales.
- b) *El consecuencialismo:* Se dan dos consecuencias principales. Primeramente si el joven impone su voluntad a su padre, puede ocasionar una desestabilización social (recordemos que el padre es líder en su comunidad), la desobediencia implicaría traer una crisis de autoridad al interior de la comunidad y un eventual rechazo hacia el hijo desobediente. En un segundo momento si se respeta la autoridad del padre, el único perjudicado en sus deseos personales es el hijo. ¿Debería el paciente auto sacrificar su propia voluntad a fin de no acarrear problemas mayores en su sociedad? Si seguimos la línea del utilitarismo,

tendríamos que decir que es preferible que el hijo asuma la postura y consecuencias de su cultura a realizar un mal mayor.

- c) *Los valores tradicionales y religiosos:* El contexto de los valores samoanos, exigen el respeto por la decisión del líder. Este ha sido e punto clave de la subsistencia de su cultura y modelo de vida. Los valores tradicionales, le exigirían al paciente el respeto de su propia cultura a la cual pertenece.
- d) *El contextualismo:* Las relaciones entre padre e hijo han sido de total respeto por las tradiciones locales. El contexto de desarrollo de ambos es herencia de generaciones ancestrales. Sin embargo, nuevos valores occidentales han comenzado a transformar su cultura, como el valor por la autonomía y dignidad de la persona, lo cual ha llevado a desestabilizar poco a poco la forma jerárquica de vida samoano. Sin embargo la influencia occidental aún no ha transformado la forma de relacionarse y aparece una eventual confrontación de generaciones, los resultados aún no son predecibles. La postura contextualista asumiría que cualquier decisión al respecto establecería afecciones inevitables para ambas partes.
- e) *La dialógica comunicativa:* Las consideraciones sobre la transparencia del lenguaje no son las adecuadas, pues por un lado, la autoridad samoano que recae en el padre del implicado no esta sujeta a cuestionamientos, y por lo tanto, la propia cultura no admite poner a discusión otras consideraciones que las ya dictadas por el poder tradicional. Por otra parte, el propio joven reconoce está autoridad de su padre y está consciente de las consecuencias colaterales que puedan surgir debido a su desobediencia. La dialógica occidental habermasiana no opera en el contexto de la cultura samoano donde la autoridad es vertical.
- f) *El ámbito de lo contingente:* No hay parámetros absolutos por los que el paciente deba tener como referencia. La autoridad del padre es un invento que se desquebrajará tarde o temprano ante los nuevos problemas que da el avance (nuevas invenciones) de la ciencia y tecnología. El joven samoano se encuentra en la posibilidad de contraponerse a la autoridad del padre.

Cabe señalar como una consideración aparte que aún cuando la corriente existencialista sartreana no ha sido señalada en el transcurso de esta investigación, apunto como referencia la similitud en la solución al conflicto. Para el existencialismo, en cualquier caso de elección moral, la opción le

pertenece irremediabilmente al sujeto. El joven samoano será responsable de cualesquiera que sea su elección y por ende responsable.

Caso Real: Andrea López: la problemática de los valores tradicionales

Andrea López es una soltera de 32 años de edad. Fue ingresada al hospital por los policías con hemorragia muy grave del estómago y fallo respiratorio. Al momento de su ingreso, su hemoglobina fue de 6 g/dl y la paciente estaba demasiado débil e inestable para soportar una prueba por endoscopia. El estado mental del paciente era igualmente inestable. Parecía reconocer donde estaba, pero estaba muy desorientada y no podía hablar racionalmente.

Por medio de su identificación la enfermera contactó a su madre, quien dijo inmediatamente que Andrea era una Testigo de Jehová y por eso no podía recibir sangre. Dijo también que cuando Andrea tenía 17 años había recibido una transfusión sanguínea autorizada por su padre (quien no era Testigo de Jehová) y que, debido a esto, posteriormente se separaron sus padres. Después de esto, Andrea nunca había querido hablar con su madre sobre la transfusión. Su madre ofreció el nombre del pastor de la iglesia y su número telefónico, pero se negó a revelar ni el número ni la dirección de su padre. Dijo categóricamente que no quería que su hija fuese tratada por hemotransfusión. La enfermera no pudo ponerse en contacto con el pastor. El expediente médico de Andrea, escrito al ingreso en el hospital, indicaba religión "Protestante." La paciente fue tratada por fluidos y un respirador. Su presión de sangre bajó a 68/48, su pulso a cien y respiración a 14. Su médico se preguntó si era apropiada una transfusión, la cual era necesaria claramente para salvarle la vida. ¿Cómo debería de proceder?

Análisis a partir de la consideración metodológica casuística:

- a) *La teoría de la autonomía kantiana:* En el caso de Andrea, no tiene capacidad de decidir, su estado de inconciencia no se lo habilita. No se sabe sobre sus deseos o preferencias en cuanto a sus creencias religiosas y la manera de ser tratada en su salud. En este caso no aplica para el paciente directamente, se ve que la decisión la tendría que tomar un pariente cercano o próximo, su madre es la única presente y el padre no se encuentra al tanto de los hechos.
- b) *El consecuencialismo.* Existe la posibilidad de salvarle la vida empleando para su tratamiento una transfusión sanguínea. El no hacerlo la conduciría a un estado crítico de

salud con altas probabilidades de que fallezca. No existe afectaciones a la economía familiar o personal.

- c) *Los valores tradicionales y religiosos:* Como la determinación sobre Andrea la tomará su madre, ella participa de la creencia de los Testigos de Jehová por lo que no admite el tratamiento mediante transfusión sanguínea (se considera motivo de condenación o pérdida de salvación).⁴ Se sabe que a Andrea, ya se le ha realizado transfusión sanguínea cuando era niña y que ésta había sido aprobada por el padre de ella. También se sabe que Andrea nunca dio alguna opinión favorable o desfavorable sobre aquel suceso que motivo al divorcio de los padres. Se sabe que al respecto de las creencias religiosas, Andrea nunca ha comentado nada, de hecho cuando ingreso al hospital apareció en su registro en el rubro sobre cuál era su religión, simplemente como “protestante”. Parece que puede haber indicios para que se piense que a ella no le afectó en sus creencias la transfusión sanguínea realizada en el pasado y que podría suponerse que estaría de acuerdo en una nueva transfusión; sin embargo, la madre comenta que por el hecho de que a alguien se le haya violado una vez, ello no autoriza a que se le vuelva a violar. La madre comentó que Andrea, aunque no participaba frecuentemente de las prácticas y rituales religiosos de los Testigos de Jehová, ella era del credo de este grupo religioso.
- d) *El contextualismo:* Las relaciones de Andrea, desde el divorcio de sus padres, había sido con la madre primordialmente. Parece ser que las relaciones con la madre son las más influyentes para las creencias religiosas de Andrea. De acuerdo a este contexto, la influencia del padre parece estar lejana. Al negarse la madre a proporcionar los datos de ubicación del padre, se recomienda recurrir a información de amigos u otro tipo de relaciones que puedan dar cuenta de los deseos de Andrea o de sus creencias religiosas.
- e) *La dialógica comunicativa:* Tal parece que la madre se niega a establecer contacto con el padre, mucho menos a dialogar con él. Un diálogo transparente no puede darse en esta situación, pues las creencias religiosas de la madre no admiten otro tipo de solución al problema de Andrea.

4 “La mayoría de las familias Testigos de Jehová, sinceramente creen que es un pecado craso aceptar una transfusión de sangre, porque la Biblia dice que debemos abstenernos de la sangre (Hechos 15:29)” En: <http://www.geocities.com/tjqaa/facil.html>.

En el presente caso podemos observar que una de las corrientes morales que más influencia tienen en la vida común y cotidiana de las personas son los valores tradicionales y las prácticas religiosas. Sin duda el fenómeno de la moral religiosa es uno de los problemas más combatidos por las diferentes posturas y reflexiones éticas de la historia de la filosofía. Si bien, como lo he justificado anteriormente, es importante la consideración de los distintos credos de los implicados, también es cierto que las posturas religiosas constituyen un peligro, que si antes bien un impedimento para la reflexión moral, por que a la base de ellas no se encuentra una reflexión crítica sino una creencia dogmática no cuestionable. En e caso de Andrea se llegó a la conclusión que se debería de hacer lo posible por contactar al padre de Andrea, se sabe que él podría autorizar la transfusión sanguínea, sin embargo también se hizo énfasis en la posibilidad de contar con otros elementos o medios de tratamiento que no estuvieran en confrontación con las creencias de los Testigos de Jehová como el reciclaje⁵ de la propia sangre de Andrea.⁶

5 Este tipo de procedimientos apenas se comienza a emplear y consiste básicamente en que mediante el empleo de una bomba se recicla la sangre del propio paciente. Sin embargo no es un procedimiento adoptado ni seguro en su aplicación por el riesgo de infección alto que presenta.

6 Cabe recordar respecto del tipo de análisis realizado es dentro del ámbito moral y la propuesta señalada sólo es una parte del complejo problema. Por lo demás, el caso de los Testigos de Jehová acarrea situaciones de índole no sólo moral sino legal. En el caso mexicano las leyes establecen un sólido respeto por la autodeterminación del paciente una vez que ha procedido el consentimiento informado. Sin embargo en el caso del fenómeno religioso de los Testigos de Jehová se advierte que: "En algunos casos se ha dado la situación de que un médico realice una transfusión en contra de la petición realizada por un Testigo de Jehová. En estos casos es común que los pacientes, al saber tal situación, argumenten que se cometió un daño moral (art. 1916 del Código Civil Federal), ya que se ven afectados en su derecho de profesar la religión deseada. En estos casos es necesario identificar si la actuación del médico está plenamente justificada dentro del marco jurídico. Por ejemplo, durante una intervención quirúrgica o tratamiento si el médico considera que un paciente Testigo de Jehová, está en una situación de emergencia en que es necesaria una transfusión porque corre peligro su vida el médico estaría exento de toda responsabilidad siempre y cuando se compruebe que no había otra opción para salvarle la vida. En este caso cuenta con mayor valor jurídico la preservación de la vida, que la libertad de conciencia o el daño moral que argumentan el paciente o sus familiares.

Lo anterior se encuentra establecido por el estado de necesidad, que en el marco de la teoría del delito se considera como una causa de exclusión de responsabilidad. Este estado se refiere al sacrificio de uno de dos bienes jurídicamente tutelados que se encuentran en conflicto: para salvar uno se requiere la eliminación del otro. Al encontrarse los dos bienes en ruta de colisión, la ley obliga a quien va a decidir sobre la afectación de ellos a respetar la jerarquía y salvaguardar el de mayor entidad. Para precisar el estado de necesidad es indispensable distinguir si los bienes en conflicto son de igual o de diferente valor. Si el sacrificado es de menor valor que el amenazado, existe inculpabilidad por parte del agente que no está obligado a otra conducta; pero si el bien lesionado es de mayor valor que el salvado, se podría configurar un delito. En el Código Penal Federal el estado de necesidad se plasma en el artículo 15 Fracción V y lo

En el caso real, se el comité de bioética autorizó y recomendó la transfusión sanguínea directa, apelando al hecho de que Andrea a su ingreso al hospital sólo manifestó ser de religión “protestante” y no “Testigo de Jehová”, lo que indicaba de alguna forma la no adecuación de su comportamiento de manera total a este credo.

Conclusiones

No podemos dejar de reconocer, por otra parte, que los procedimientos metodológicos, como tales, han servido de base para los comités de bioética o de investigación científica con seres humanos, pero terminan convirtiéndose en meros procedimientos de negociación, o en un pluralismo ecléctico, o, las más de las veces, en requisitos burocráticos, como ocurre con el proceso de documentación del *consentimiento informado*. Una forma de subsanar dicha desventaja consiste en aportar ciertos elementos complementarios de reflexión cuando se intenten aplicar dichos procedimientos en alguna institución o comité de índole moral. La metodología casuística, podría servir de marco reflexivo para tal efecto. Sin embargo, podría quedar subsumida de cualquier modo por las intenciones utilitaristas de los implicados. No obstante lo anterior, habría que proponer, circunstancialmente, algunos elementos a considerar en el momento de elegir una metodología que pudiera aportar mayores elementos críticos, sobre todo a la hora de juzgar. Adela Cortina y Martínez Navarro proponen algunos puntos específicos que deberían tomarse en cuenta:

define como: el obrar por la necesidad de salvaguardar un bien jurídico propio o ajeno, de un peligro real, actual o inminente. En breve: 1. El paciente tiene el derecho de solicitar que no se le realice una transfusión si él no lo desea, debido a su autonomía de la voluntad y los derechos de la personalidad (vida, salud, libertad) que le son inherentes, siempre y cuando se establezca claramente en la carta de consentimiento informado y no se altere el Estado de Derecho, en ese caso el médico deberá buscar alternativas de tratamiento para que el paciente no se niegue a recibir los servicios asistenciales. 2. El profesional de la salud está obligado a proteger, promover y restaurar la salud de las personas que así lo requieran, brindando todos los medios a su alcance para su cometido. 3. Si bien una obligación del médico es respetar la decisión de no ser transfundido de un paciente que es Testigo de Jehová. En un caso de estado de necesidad, en que el médico deba aplicar una transfusión para preservar la vida de un paciente, y no haya otra forma para tratarlo, el médico no contrae responsabilidad, ya que al presentarse un conflicto de preferencia de bienes jurídicos, el estado de necesidad establece que debe ser sacrificado el de menor valor; en este caso se debe preservar la vida ante otros bienes jurídicos” En: Aspectos jurídicos en casos de transfusión sanguínea en Testigos de Jehová Ramírez-Salazar C,* Jiménez-Corona ME,** Rivera-Cisneros AE***: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-gaceta/e-gm2003/e-gm03-4/em-gm034q.htm>.

1. Determinar claramente el fin específico, el bien interno por el que cobra su sentido y legitimidad social.
2. Averiguar cuáles son los medios adecuados para producir ese bien en una sociedad moderna.
3. Indagar qué virtudes y valores es preciso incorporar para alcanzar el bien interno.
4. Descubrir cuáles son los valores de la moral cívica de la sociedad en la que se inscribe y qué derechos reconoce esa sociedad a las personas.
5. Averiguar qué valores de justicia exige realizar en ese ámbito el principio de la ética del discurso, propio de una moral crítica universal, que permite poner en cuestión normas vigentes.
6. Dejar la toma de decisión en manos de los afectados que, con la ayuda de instrumentos de asesoría, ponderarán las consecuencias sirviéndose de criterios tomados de distintas tradiciones éticas.⁷

El señalamiento de estos puntos resulta importante al ponderar un caso problemático, ya que resalta la importancia de los principios de justicia y diálogo crítico donde los implicados sean quienes tomen siempre la mejor solución y por ende pueda proporcionar mayor satisfacción a los implicados.

Referencias

⁷ CORTINA, Adela y MARTINEZ, Navarro E. *Ética. Op.cit.* p. 165.

Algunos problemas de objetar en conciencia en los campos de la salud y la educación

Gilberto A. Gamboa Bernal. Departamento de Bioética, Universidad de La Sabana
Chía, Colombia. Miembro del Grupo de Investigación Kheirón Bioética Unisabana
Contacto: gilberto.gamboa@unisabana.edu.co

Introducción

La actividad humana, que se origina principalmente a partir del ejercicio de las facultades intelectivas y volitivas, tiene una serie de determinantes que la condicionan: el ser humano no puede hacer todo lo que piensa y quiere. Las limitaciones a las que se ve sujeta la persona humana provienen de su misma naturaleza, el medio ambiente en el intenta sobrevivir y eventualmente los otros seres humanos; buena parte de la vida consiste en adaptar las capacidades para superar esas limitaciones.¹

Pero los grados de limitación no se encuentran en el mismo plano, ni obligan de la misma manera. Los requerimientos de las leyes físicas y químicas son perentorios, aunque en algunos aspectos pueden superarse mediante la tecnología: el hombre puede desprenderse de la ley de la gravedad; puede superar las limitaciones derivadas de la incapacidad de producir determinadas enzimas digestivas o de sintetizar algunos neurotransmisores; puede sumergirse en las profundidades abisales o comunicarse en tiempo real a pesar de la distancia.

Sin embargo su naturaleza corpóreo espiritual le permite al ser humano una menor maniobrabilidad en términos de traslados en el tiempo; de vivir indefinidamente y exento de enfermedad; de ver y escuchar todo el espectro de colores y de sonidos; de procesar información, etc. Aunque en este campo la tecnología también puede ayudar.

Pero las limitaciones más grandes pueden venir de los otros seres humanos. Mediante el uso o el abuso del poder, de las leyes, la persona humana puede ser sometida, doblada, también reducida

¹ Qizilbash M. Well-Being, Adaptation and Human Limitations. Royal Institute of Philosophy Supplement, 2006; 81(59): 83-110.

y hasta destruida por una violencia que parece compañera inseparable de la andadura del hombre sobre la tierra. Los ejemplos que la historia humana nos ofrece son variados²: sometimiento de unas culturas a otras, o incluso aniquilamiento de enteras sociedades por la fuerza; la esclavitud; la tortura; los genocidios; las antiguas y modernas colonizaciones; las tiranías y los totalitarismos, etc.

A pesar de todo, la persona humana no está inerme frente a esas determinantes de su ser y su actuar: es radicalmente libre, con una libertad nativa que le pone por encima de todo lo creado y le puede hacer manejarse como “señor” de todo ello. Tal señorío se apoya en su irrestricta dignidad que le lleva a respetar a sus semejantes, al ecosistema con todos sus componentes, y a actuar con la responsabilidad que le genera su libertad.

La objeción de conciencia

El ejercicio de la libertad tienen como presupuestos el cabal funcionamiento de la inteligencia y de la voluntad. La inteligencia se aplica a la realidad para intentar conocer la verdad que de ella se puede educir, para luego presentarla a la voluntad y así la persona pueda tender a aquello que el entendimiento muestra.³

Estos conceptos elementales de gnoseología son importantes para entender la dinámica de la objeción de conciencia: solo se puede objetar sobre aquellas materias que se conocen y se entienden. Es decir, es necesario conocer primero aquello que se pide que se haga, para ponderar y valorar su naturaleza ética y luego decidirse a actuar.

La naturaleza del acto de objetar en conciencia, además de cuestionada en su legitimidad,⁴ hace que su ejercicio sea hasta cierto punto traumático: no es fácil rechazar el cumplimiento de una

² Lewis CS. *La abolición del hombre*. Madrid, Ed. Encuentro, 2007.

³ Llano A. *Gnoseología*. Pamplona, Eunsa, 2003.

⁴ Parker JC. Conscience and collective duties: Do medical professionals have a collective duty to ensure that their profession provides non-discriminatory access to all medical services? *Journal of Medicine and Philosophy*. 2011; 36 (1): 28-52.

obligación aduciendo argumentos, derivados de convicciones éticas, que hacen improcedente obrar según se espera, la ley lo demanda, o un contrato lo indica.

En general se puede afirmar que cualquier campo de la acción humana es objeto potencial de la objeción de conciencia, siempre y cuando se den las condiciones para ella: que haya una obligación legal o contractual; que las convicciones éticas de la persona impelida a actuar la estimen incompatible con la recta razón; que se manifieste esa inconformidad sin utilizar la violencia y con un “carácter deliberado y patente de la negativa que se realiza de forma pública y manifiesta, con la finalidad no solamente de ser coherente con los propios principios, sino de proclamarlos”⁵.

Tanto en el ejercicio de las profesiones y trabajos que tienen que ver con las ciencias de la salud como en el campo educativo se producen situaciones que pueden desembocar en una objeción de conciencia. Es llamativo que en el primer campo no se da, en general, la desobediencia civil, que es otra forma de manifestar la inconformidad; esta otra modalidad sí es más frecuente en el campo de la educación. Una de las explicaciones de este fenómeno puede estar precisamente en la distinta naturaleza⁶ de estas dos formas de expresar desacuerdos y discrepancias frente a leyes o disposiciones que se consideran injustas o lesivas para la persona y la sociedad.

Algunos problemas de objetar en conciencia.

Hay muchas situaciones, en el ámbito de la salud y de la educación, potencialmente generadoras de objeción de conciencia y con el paso del tiempo se han incrementado.⁷ Las personas que trabajan en esas áreas, pueden tener problemas cuando se ven inmersas en alguna de esas situaciones. Las preguntas que surgen muchas veces no tienen respuestas, no se tiene con quién comentar el asunto y escuchar una orientación adecuada, se puede estar siendo objeto de

⁵ López-Guzmán, J. *Objeción de conciencia farmacéutica*. Barcelona. Ediciones Internacionales Universitarias, Eiunsa, 1997, pp. 42-43.

⁶ Childress, J.F. Civil disobedience, conscientious objection, and evasive noncompliance: a framework for the analysis and assessment of illegal actions in health care. *Journal of Medicine and Philosophy*, 1985; 10 (1): 63-83

⁷ Pope, T.M. Legal briefing: conscience clauses and conscientious refusal. *The Journal of clinical ethics*. 2010; 21 (2): 163-176.

presiones indebidas, etc. Algunos problemas que enfrentan las personas e instituciones educativas y de salud ante situaciones susceptibles de ser objetadas en conciencia son:

1. Identificar con claridad el origen de la obligación. Se pueden dar varias situaciones en las que el eventual objetor puede fallar en captar la necesidad de objetar o frustrar su propósito de disentir por tener una especie de miopía que le impide diferenciar tanto el origen del mandato como su grado de obligatoriedad. Para que haya una objeción de conciencia en regla es necesario un mandato (ley o contrato) previo que indique una acción como preceptiva y que la persona en cuestión sepa de la existencia de tal obligación. La conciencia ética puede captar que una acción no está bien, pero desconocer que es obligatorio hacerla; en este caso no procede la objeción pues no se ve contra qué se debe oponer y lo más probable es que siguiendo la conciencia, no se actúe. Cuando se conoce que una acción es obligada, en virtud de una prescripción previa (positiva o contractual) pero no se tiene noticia de la fuerza de la exigencia, puede ocurrir un desenlace análogo a la situación anterior. Caso contrario cuando se sabe de la potencia del precepto y la conciencia muestra que no es procedente, entonces se dan las condiciones para objetar.
2. Distinguir las competencias de quienes demandan el servicio. Cuando la obligación está clara y establecida es importante determinar quién puede tener la competencia para hacer efectivo el mandato. El carácter vinculante de la prescripción tiene una distinta categoría si se trata del Estado, que a través de leyes indica algo; o es una indicación derivada de una cláusula de un contrato laboral, exigible solo por el empleador. Las consecuencias de oponerse a la primera pueden llevar a un proceso penal o civil, mientras que en el segundo se puede llegar a un proceso de orden laboral. Esta situación no es clara en la mayoría de las normas que tratan sobre la objeción de conciencia lo que dificulta su cabal aplicación.⁸
3. Capacidad para llevar a la práctica lo que se entiende y decide. El ejercicio de la voluntad es determinante para poder objetar. No basta con conocer que aquello que se indica no procede y decidir no hacerlo, si falta el imperio de la voluntad para oponerse positivamente a la ejecución del mandato. Esta situación se puede dar cuando el potencial

⁸ Sánchez-Caro, J., Abellán, F. La objeción de conciencia sanitaria. Rev. de la Escuela de Medicina Legal. 2010; 15: 23-29.

objector se deja arrastrar por la desconfianza, el miedo, la cobardía o la pusilanimidad y termina actuando mal, al realizar lo que juzga inconveniente.

4. Presión por terceros: superiores, medios de comunicación, comités, etc. La voluntad también puede verse violentada cuando se admite que otras personas intervengan en una decisión que debe ser personalísima. Esa influencia puede ser directa o indirecta. La presión ejercida por los contratantes puede hacer doblegar la voluntad, cuando la posibilidad de una desvinculación es consecuencia de un ejercicio inadecuado del poder. Pero también en otro sentido la voluntad puede vulnerarse con violencia: cuando son ofrecidos incentivos onerosos e indebidos, si se actúa de una determinada manera. En algunos pocos casos, cuando los Comités Bioéticos institucionales⁹ no cumplen a cabalidad sus funciones pueden también forzar a los funcionarios y profesionales a realizar acciones u omisiones que una sana deontología reprocha. Los medios de comunicación también pueden influir en la voluntad de las personas que eventualmente quieran objetar en conciencia: uno de los nuevos poderes es la opinión pública y quien maneja los *mass media* tiene una influencia que puede ser bien o mal utilizada.¹⁰

5. Desasistencia jurídica institucional. Uno de los campos claves para lograr un ambiente en el que se puedan tomar decisiones pensadas y se puedan emprender acciones queridas es el apoyo jurídico con el que las instituciones deben contar. Un buen abogado, cuando no una verdadera oficina o departamento jurídico, pueden asesorar a los profesionales de la salud y la educación para que conozcan con más profundidad los mecanismos y la dinámica de la objeción de conciencia. Aunque una asesoría jurídica puede versar sobre todas las ramas del Derecho, hay una que es primordial en estos dos campos de la salud y la educación: la biojurídica. La biojurídica es la rama del Derecho a la que no solo le corresponde estudiar cómo es la legislación en temas de la vida, sino que principalmente le compete la reflexión sobre las normas vigentes y futuras, a la luz de la dignidad de la

⁹ Gamboa-Bernal, G. Comités de Ética y de Bioética: una diferencia operativa. *Re. pers. bioét.* 2003;18 (1):16-24.

¹⁰ Wakefield, M., Loken, B., Hornik, R. Use of mass media campaigns to change health behaviour. *The Lancet*, 2010; 376(9748): 1261-1271.

persona humana y los derechos humanos, para garantizar las condiciones que permiten ejercer plenamente la identidad relacional propia de la persona.¹¹

6. Afán de mimetismo. Una de las características de la especie humana, herencia de otros animales menos evolucionados, es la tendencia al mimetismo.¹² Esta característica lleva a que las personas funcionen como ven actuar a sus congéneres. Si las prácticas demandadas por quien está constituido en autoridad son acatadas por todos o por la mayoría, lo más probable es que cada persona tienda a conducirse de la misma manera. Así su razón le muestre que tales demandas o acciones no están de acuerdo a sus personales convicciones. Hace falta un ejercicio vigoroso de la voluntad para romper ese aparente paradigma que lleva a un mal entendido *espíritu de cuerpo*, por el cual todos los miembros de una misma colectividad actúan de la misma manera, sin detenerse a considerar si tal actuación está o no respaldada por la deontología propia.

7. Temor a quedar mal o a ser señalado por los colegas. No es infrecuente que quien decide objetar se constituya en el centro de atención de la institución donde trabaja; cuando intervienen los medios informativos pueden hacer de caja de resonancia de la situación, cuando va en contra de lo que la mayoría parece percibir como normal o deseable. En estas circunstancias el objetor puede ser presa fácil del temor a quedar mal o a ser estigmatizado como una persona conflictiva, problemática o fundamentalista, que *saca las cosas de quicio* y se complica la vida, pudiendo sencillamente plegarse al imperativo legal. El ostracismo al que puede ser sometido el objetor es una carga sumamente difícil de sobrellevar, porque el ambiente de trabajo es uno de los alicientes más fuertes para desempeñar la propia profesión u oficio, que se refleja necesariamente en la calidad de la atención que se presta. Cuando falta ese ambiente adecuado o está enrarecido por comentarios, rencillas, burlas, etc., se lesiona gravemente la ilusión profesional y se maltrata el anhelo de servicio que ha de estar en la base de toda actividad asistencial¹³.

¹¹ Brownsword R. Human dignity, biolaw, and the basis of moral community. *Journal international of bioethics*, 2010; 21(4): 21-40.

¹² Florack A, Genschow O. Camaleones sociales. *Rev. Mente y Cerebro*. 2011; 48: 48-53.

¹³ Sarráis, F. *Análisis psicológico del hombre*. Pamplona, Eunsa, 2011.

Ese temor puede hacer flaquear la voluntad de pronunciarse y formalizar la objeción de conciencia ante la institución o instancia respectiva.

8. Escasa formación humana, ética y deontológica en profesionales y directivas de instituciones. Se debe hacer énfasis en la formación humana de los estudiantes y con la misma responsabilidad es necesario cuidar su formación ética y deontológica¹⁴. Es deseable que esta formación combine teoría y práctica, que se de transversalmente durante todo el plan de estudios. Ese plan de estudios ha de ser gradual, partir de unos conceptos básicos de Filosofía y de Antropología filosófica, para luego continuar con la Ética general, la Ética especial, la Ética profesional o Deontología y culminar con la Bioética. Un punto clave para esta actividad es cuidar primero la calidad profesional y humana de los docentes, pues los estudiantes aprenden no solo la teoría y la práctica que se les enseña sino que adoptan las actitudes de sus docentes en el ejercicio profesional. Si los docentes son modelos adecuados, imitables, admirables, se puede tener la tranquilidad de que la formación que se imparte tiende a ser integral. También es necesario preparar a las personas para que no se dejen engañar por afirmaciones y publicaciones tendenciosas, financiadas la mayor parte de ellas, donde se trata de combinar una aparente rigurosidad expositiva con la flagrante desinformación, la interpretación sesgada, la manipulación de las estadísticas, etc., con el fin implícito o explícito de sembrar ideologías contrarias a la vida y a la familia.
9. Perder la visión global y quedarse en el problema particular. Si se entiende a cabalidad lo que significa la objeción de conciencia con facilidad se puede evitar el cercano peligro de pensar que se trata de un asunto circunscrito únicamente a una persona o a unas pocas personas o instituciones. El calado que tiene defender la libertad de las conciencias es universal y de alguna manera guarda repercusiones que tocan el futuro de la especie: si no se valora en el hombre su dignidad y su libertad, también en las acciones corrientes, y en el día a día, se está a un paso de dar carta de ciudadanía a una ideología posmoderna y negativa, que se conoce con el nombre de transhumanismo o extropianismo. La clave

¹⁴ García-Guerra, M., Pinto-Contreras, J. La Bioética en la Medicina actual: una necesidad en La formación profesional. Rev. Med. Electrón. 2011; 33 (4): 456-462.

puede estar en pasar a pensar del bien individual y el bien personal al bien común, cuando se ejerce la objeción de conciencia.

10. Aprensión a los trámites. Parte de las complicaciones que se piensan en torno a la objeción de conciencia estriba en el imaginario colectivo: se tiene de ella una noción parcialmente cercana a la realidad y por tanto incompleta. La gente piensa que “es mejor evitar trámites complicados” y que es preferible no tener que ver con abogados”. Sin embargo el asunto es más sencillo de lo que a primera vista puede parecer.¹⁵

Conclusiones

En los ámbitos de la salud y de la educación, donde el trabajo comporta una tendencia irrenunciable a descubrir la verdad, y es posible contar —por lo menos en el terreno de la salud— con ayudas tecnocientíficas que pueden proporcionar evidencias, es deseable que cuando sea viable, se acompañe la objeción de conciencia, con una objeción de ciencia. Tal vez sea más estratégico desplegar en primer lugar esta, para luego concluir con la presentación de la objeción de conciencia, sobre la base de unas convicciones soportadas, además, por la evidencia científica.

Aunque para objetar en conciencia sea suficiente una convicción de carácter religioso eso no quiere decir que otras evidencias, como las derivadas de la reflexión filosófica, ética, científica y deontológica no se puedan esgrimir como apoyos de la decisión de objetar.

El objetor no ha de caer en el sofisma de que el ejercicio de la objeción tiene límites en los derechos constitucionales de carácter fundamental de los cuales son supuestamente titulares las mujeres: tales derechos fundamentales no hacen acepción entre varón y mujer, por la sencilla razón que la mujer es igualmente titular de la tales derechos no en virtud de su sexo, sino simplemente por ser individuo de la especie humana.

Aunque esté debatida la utilización del recurso de la objeción de conciencia institucional, sí se trata de personas jurídicas, reconocidas y protegidas por el derecho, con capacidad de determinar

¹⁵ Magelssen, M. When should conscientious objection be accepted? *Journal of Medical Ethics*. 2012; 38 (1): 18-21.

su forma de organización y de darse su propio gobierno, con una autonomía que se plasma en sus estatutos, idearios o reglamentos. Apelando a los postulados contenidos en esos documentos las instituciones sí pueden oponerse a realizar procedimientos que no estén de acuerdo con ellos. En las instituciones estatales este recurso no es viable; sin embargo, los trabajadores siguen conservando la posibilidad de objetar de manera individual y esa decisión debe ser respetada íntegramente y sin que se sigan consecuencias negativas, discriminaciones o sanciones.

La formación ética y deontológica de los profesionales es un presupuesto determinante para que la objeción de conciencia se pueda realizar adecuadamente. Pero esta formación requiere un sustrato previo: una plataforma humana constituida por principios, virtudes y valores. Es por eso que los procesos de selección en instituciones y centros de enseñanza deben tener muy claros los perfiles de ingreso y aprender a auscultar qué personas han recibido, desde el hogar, los elementos básicos de esa formación humana.

La tarea de asegurar una formación humana, ética y deontológica debe hacer parte de las ocupaciones primordiales de los directivos de centros asistenciales y de enseñanza: así como cada vez es más corriente la educación continuada en las distintas profesiones, esa misma continuidad ha de darse en el terreno humano y ético. Se han de poner los medios para que todos (directivos, funcionarios, personal de apoyo, profesores, estudiantes, etc.) continúen en un proceso interrumpido de crecimiento personal, que cobija tanto lo intelectual como lo propiamente humano.

Parte de esta tarea la pueden desempeñar los Comités Bioéticos, quienes tienen dentro de sus funciones esenciales precisamente asegurar una educación continuada en el terreno ético. Por tanto es necesario invertir recursos en la formación de las personas que hacen parte de esos comités y promover su cabal funcionamiento, pues en una institución donde funcionan bien tales organismos los problemas encuentran mejores soluciones, más rápidas y acordes con la naturaleza de las personas.

Otra de las fortalezas que pueden tener las instituciones es la de contar con departamentos jurídicos o personal idóneo que maneje adecuadamente estos temas. Sin embargo, no es suficiente contratar un *buen abogado*: esa persona ha de tener las competencias que un posgrado en Bioética es capaz de desarrollar, para que el ejercicio del derecho se haga dentro de un

contexto respetuoso de la vida, dignidad y libertad de todas las personas, desde su concepción hasta el término natural de su ciclo vital.

La bioética hoy: reflexión y acción

Dra. en C. Beatriz E. Cárdenas Morales*^º

Dra. Ma. del Carmen Cid Velasco*^º

Dr. Ángel O. Cruz Iriarte*^º

Dr. Manuel Ortega González*

Dr. Adrián Pacheco Ramírez*

Dra. Alba Cerna López^º

Contacto: becar2003@hotmail.com

Es necesario alternar la reflexión y la acción, que se completan y corrigen la una con la otra.

Antonio Gaudí

Entre las diversas acepciones del vocablo reflexión (del latín *reflexio*) en el diccionario de la Real Academia Española está que deriva del verbo reflexionar el cual se refiere a la “acción de analizar algo con detenimiento”. Como función cognitiva, la reflexión suele asociarse al análisis de alguna situación o hecho a través del pensamiento; para la Filosofía es el “*acto por el que el hombre presta atención a sus propias operaciones psíquicas, o a la coherencia de sus razonamientos*”¹. Desde el punto de vista evolutivo, se considera uno de los procesos intelectuales más complejos que pudo ejecutar el ser humano y su realización se enlaza al desarrollo de una conciencia abstracta.

La reflexión, además de constituirse en una actividad del pensamiento puede ser una expresión material, como este trabajo, cuya finalidad es hacer un planteamiento acerca de que en la Bioética hoy en día, la reflexión y las acciones por quienes decidimos involucrarnos, comprometernos y

* Capítulo Oaxaca de la ANMB, A.C.

^º Cuerpo Académico “Humanidades, Educación y Salud”, Facultad de Medicina y Cirugía de la UABJO. Oaxaca, Oax. México.

¹ Glosario de términos filosóficos. Disponible en: www.filosofia.net/materiales/rec/glosario.htm (Consultado 23 de enero de 2013).

trabajar con ella deben coincidir y ser complementarias, si queremos ser congruentes y contribuir al logro de sus objetivos.

Hace 40 años, Van Rensselaer Potter propuso a la Bioética como una nueva disciplina para vincular a las ciencias con las humanidades, aportando el “conocimiento de cómo usar el conocimiento” para lograr el desarrollo armónico de la Humanidad y su supervivencia con una mejor calidad de vida. En la 1ª edición de la *Encyclopedia of Bioethics* (1978), W. Reich afirmó que la Bioética es²: “el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud..., examinada a la luz de los valores y principios morales”, ampliando en la 2ª edición (1992) la necesidad de la pluralidad y la interdisciplinariedad en el trabajo bioético.

No obstante, todavía no se ha logrado cumplir cabalmente con esos y los demás objetivos difundidos que le competen a la Bioética, tanto en el campo de las ciencias de la vida y de la salud, como en otras áreas y contextos del quehacer humano.

Es más, durante todo este tiempo y a la par del surgimiento de las diversas organizaciones, organismos e instituciones de Bioética en casi todo el mundo, hemos observado múltiples situaciones que generan significativos conflictos bioéticos como la tecnificación, deshumanización y medicalización de la Medicina, las crisis en diferentes contextos (social, familiar, educativo, institucional, profesional, económico, político, etc.), la judicialización de la práctica profesional médica, las técnicas de reproducción asistida, la inequidad en el acceso a los avances científicos y tecnológicos de diferentes disciplinas y el deterioro ambiental, entre otros, sin que hasta el momento se hayan solucionado, sino más bien, en ocasiones se han exacerbado y diversificado. ¿Qué está fallando? o ¿qué nos falta por hacer? Consideremos las siguientes perspectivas:

1. Tecnificación, deshumanización y medicalización de la Medicina

La época contemporánea, sobre todo a partir del siglo XX, se ha caracterizado por un vertiginoso avance científico y tecnológico que ha ido transformando paulatinamente no sólo el entorno social, educacional, político y económico de los países a nivel mundial, sino también las prácticas profesionales (entre ellas la Medicina) y demás actividades humanas, así como las características, estilos y calidad de vida de las personas y las sociedades, creando un nuevo paradigma

² León Correa, FJ. *Introducción a la Bioética*. 2010, pp. 9-26.

denominado la “Sociedad de la Información y Sociedad del Conocimiento”³. Actualmente se ha conformado una nueva modalidad productora de bienes y servicios llamada Tecnociencia, desarrollada por empresas “en donde los científicos se limitan a ser trabajadores del conocimiento, al servicio de las estrategias y políticas establecidas por los expertos en política científica y en gestión del conocimiento y de la innovación”.⁴

Siendo innegables los beneficios alcanzados por la aplicación de dicho avance en la práctica médica como los nuevos métodos de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, etc., también lo son las consecuencias desfavorables que en ocasiones se generan (M. Heidegger expresó que donde la técnica impera hay peligro, en el más alto de los sentidos),⁵ como: el encarnizamiento terapéutico, el alejamiento físico médico-enfermo (fin del ¿“médico de cabecera”?), el cambio del método clínico semiológico (que desarrolla el llamado “ojo clínico”) por el actual imperativo tecnológico (¿“ceguera clínica”? o ¿tecno-visión?), la pérdida del humanitarismo de algunos médicos (que no deshumanización de la Medicina), entre otros.

Desde sus orígenes, y como acertadamente lo expresara Edmund Pellegrini: “La Medicina es la más humana de las artes, la más artística de las ciencias y la más científica de las humanidades”. Así, tenemos la conjugación de sus tres enfoques básicos: el arte como la dimensión individualista de toda acción médica (se trata del enfermo, no de la enfermedad), la ciencia como el dominio de la disciplina (el conocimiento teórico y práctico), y las humanidades (el trato al enfermo como persona humana, no como un “caso” ni mucho menos como un objeto o un medio; M. Heidegger plantea que la concepción del ser como objeto es una visión favorecida por la técnica).⁵

Por otra parte, tenemos también al fenómeno de la “medicalización”, término polisémico que se asocia a: 1. La influencia de la Medicina en casi todos los aspectos de la vida cotidiana, aunada a una apreciación crítica por sus efectos negativos o indeseables. 2. El desarrollo de una cultura de la salud (= bienestar) o sociedad terapéutica. 3. El proceso por el que problemas no médicos se tratan como tales en términos de enfermedad o trastorno. Su origen se vincula al modelo sanitario

³ Cely Galindo, G. Bioética, humanismo científico emergente, 2009, pp. 19-28.

⁴ Echeverría, J. De la filosofía de la ciencia a la filosofía de la tecnociencia, 2010, pp. 31-41.

⁵ Pérez Quintana, A. Técnica, Ciencia y Metafísica. pp.84-87 Disponible en: www.gobiernodecanarias.org/educacion/3/usrn/fundoro/archivos adjuntos. (Consultado 12 de marzo de 2013).

implantado después de la Segunda Guerra Mundial, acrecentándose en la época del posmodernismo y hasta nuestros días con el advenimiento de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.⁶

¿Permitiremos que el ansia consabida por la tecnología, el desinterés o nuestra inercia continúen desvirtuando el quehacer médico? Ojalá no sea así, porque ahora sabemos que la Medicina es un saber, un saber-hacer y un saber-estar (“tonalidad moral del ejercicio de un saber y de la reflexión sobre el hacer”) y que una parte esencial de éstos le corresponde a la Bioética. Se trata entonces, de acercarnos al “saber bioético” impregnando toda actividad y acciones médicas con él, lo que nos llevaría a recuperar la esencia humanística de la Medicina.⁷

2. La inequidad en el acceso a los avances científicos y tecnológicos.

Actualmente vivimos inmersos en un mundo cuyo componente más dinámico y característico está representado por la ciencia y la tecnología: productos, servicios, procesos y lenguajes tecnológicos median ya nuestras actividades cotidianas familiares, sociales y laborales, así como nuestra relación con los demás, llegando incluso a modificar la cosmovisión y cultura especialmente de las nuevas generaciones: “La civilización se ha tornado tan vulnerable como potente debido a su dependencia respecto de la técnica basada sobre la ciencia”⁸.

En los eufemísticamente denominados “países en vías de desarrollo”, el conocimiento científico y tecnológico presenta una triple faceta:

1. Como factor indispensable para el desarrollo (relacionado con el bienestar, a través de la producción de bienes y servicios).
2. Como factor generador de nuevas desigualdades (el círculo vicioso de la inaccesibilidad a bienes por su mayor costo y limitación de productos o servicios, además de la distribución o acceso desigual al conocimiento, instala esta “doble inequidad”).
3. Como factor causante de peligro (debido a las consecuencias nocivas - reales y potenciales -para la salud y el medio, derivadas de múltiples procesos industriales a nivel mundial, las

⁶ Mainetti, JA., La medicalización de la vida. 2006, pp. 72.

⁷ Lolas Stepke, F. Bioética y Antropología Médica. 2003, pp. 17-30.

⁸ Bunge, M. Ciencia, Técnica y Desarrollo. 1997, pp. 33-45.

cuales al tener un carácter global inevitable llevaron al planteamiento de cambio de paradigma de la Sociedad del Conocimiento, a la “Sociedad del Riesgo”).⁹

Por consiguiente, se crea una situación desequilibrada y paradójica en la cual, al mismo tiempo que los riesgos se globalizan, la distribución de la riqueza, del conocimiento científico y la tecnología es inequitativa.¹⁰

Aunque el principio bioético de la justicia distributiva y la normatividad vigente nacional e internacional avalen el acceso equitativo a los avances tecnocientíficos de las diferentes disciplinas (Medicina, Comunicación, Informática, Electrónica, etc.) para la mayoría de la población mundial esto es un asunto pendiente, especialmente en los grupos considerados más vulnerables.

¿Hay algo que podamos hacer? Evidentemente, podríamos empezar por cuestionar la concepción tradicionalista de la ciencia y la tecnología, que orientada hacia la visión del determinismo tecnológico configura el modelo lineal del desarrollo: “más ciencia-más tecnología-más riqueza-más bienestar”¹¹; y proponer otras perspectivas del mismo pero con enfoque bioético, como: “más educación-más ciencia y tecnología (en armonía)- más riqueza-más justicia y equidad-más bienestar (individual y social)”.

3. Las crisis en diferentes contextos (personal, familiar, social, educativo, institucional, profesional, económico, político y ambiental)

A partir del siglo XX, la palabra crisis aparece como una constante en casi todos los ámbitos de la vida y del quehacer humano, la mayor parte de las veces asociada a un hecho o situación difícil, conflictiva e incluso amenazante. En los diferentes contextos y con pocas excepciones, las crisis son resultado de actividades humanas o actos intencionales, que atañen a intereses personales o de grupo.

⁹ Cohen, M. La sociedad del riesgo: amenaza y promesa, 2000, pp. 173-201.

¹⁰ Giddens, A. Un mundo desbocado. Los efectos de la globalización en nuestras vidas. Madrid, 2000, pp. 33-48.

¹¹ López Cerero, J. Observaciones sobre los indicadores de impacto global. www.rieoei.org/oeivirt/rie18a02.htm (consultado el 14 de marzo de 2013).

La palabra crisis deriva del latín *crisis* y del griego κρισις, cuyo significado es “separar” o “decidir”. En China¹², su semántica es dicotómica ya que el vocablo está formado por dos símbolos (危机, *weiji*): *Wēi*, peligro y *Jī*, oportunidad, de ahí que una situación de crisis puede representar tanto un riesgo porque desequilibra un contexto de convivencia armónica, como también una oportunidad para superar amenazas o afectaciones y lograr un mayor desarrollo humano. No obstante, esta última expresión no significa que las crisis sean el único ni el mejor camino para alcanzar tal objetivo.

El origen de las crisis dependerá de los fines (el “para qué”) de nuestras acciones y del tipo de medios (el “qué”) utilizados para alcanzarlos; habitualmente lo primero que determinamos son los fines y posteriormente elegimos los medios. En contraposición al aforismo deducido de la obra “El Príncipe” de Maquiavelo: “el fin justifica los medios”, el cual incita al riesgo de pretender conseguir buenos fines utilizando malos medios, tenemos un valioso argumento:

Muchos fines, con ser meritorios y deseables, no debieran obtenerse usando medios censurables [...]. Buenos fines y buenos medios, pero en justa y razonable proporcionalidad. La adecuación entre medios y fines es una tarea de la **reflexión**, pero esclarecida ésta por la deliberación, las perspectivas diferentes y la aceptación de las diferencias. (F. Lolas, 2005)¹³.

El mismo autor concluye:¹³

La Bioética —ese conocimiento sobre cómo usar prudentemente el conocimiento— tiene el desafío de ayudar a formular fines, proponer medios y adecuar unos y otros para el bienestar general. Y debe hacerlo en el fructífero ambiente del diálogo, magma germinal de la convivencia armónica.¹⁴

Por lo anterior, podríamos asumir que las crisis representan momentos de ruptura (peligro) pero también de cambio (oportunidad). En el primer caso como consecuencia de haber actuado bajo la premisa “buenos fines con malos medios” (como las justificaciones e intereses personales o de grupo, los sofismas, la manipulación de las normas, etc.) en el segundo, alcanzando buenos fines pero a través de los buenos medios que nos brinda la Bioética. ¿En qué situación nos

¹² Diccionario español-chino. www.chino-china.com/diccionario (Consultado el 14 de marzo de 2013).

¹³ Lolas Stepke, F. Medios y fines: el verdadero debate bioético. Monografía Acta Bioética 2010 pp. 81-82.

¹⁴ La última palabra es un agregado nuestro.

encontramos, o queremos estar? Depende de nuestra decisión la cual obviamente se reflejará en nuestra historia personal; se trata también de un ejercicio responsable de la autonomía, la justicia, la beneficencia y no maleficencia.

4. La judicialización de la práctica profesional médica

Las leyes son definidas y redactadas por los legisladores intentando hacerlo del modo más claro y exacto posible, con la finalidad de establecer normas para una convivencia social armónica. Como no siempre se puede incorporar con detalle todos los supuestos que se desea normar, frecuentemente se recurre a la técnica de utilizar conceptos comunes, generales o abiertos.¹⁵ Además, toda legislación y las políticas de salud, deben tomar en cuenta los principios éticos.¹⁶

El ejercicio de la Medicina comprende una serie de acciones que por su naturaleza resulta imposible normar o legislar en forma específica a todas ellas. Sin embargo, esto no quiere decir que la práctica médica no esté actualmente legislada. De hecho, el incumplimiento del marco legal que regula el ejercicio de la Medicina, debe ser abordado por la vía civil y no por la vía penal, ya que la relación médico-paciente es un acto jurídico al establecerse una relación contractual o extracontractual, comprendida en el Derecho Civil.^{17, 18}

No obstante, en algunos contextos, hay una tendencia a la judicialización de la práctica médica, como sería el caso de la propuesta de Ley sobre Violencia Obstétrica presentada recientemente en algunos estados de nuestro país, por ejemplo en Oaxaca. Llama la atención que todos los aspectos señalados en la propuesta, ya se encuentran contemplados en la normatividad vigente de la práctica médica en general y obstétrica en lo particular (Ley General de Salud que emana del Art. 4° Constitucional sobre el derecho a la protección de la salud y su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, la Ley General de Profesiones, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, el Programa Nacional de Salud 2007-2012, el programa “Arranque

¹⁵ González Campos-Salas R., 2008, pp. 192.

¹⁶ León Correa, FJ. Bioética Razonada y Razonable. 2009, pp. 210-217.

¹⁷ Casa Madrid, O. La atención médica y el Derecho Sanitario. 2005, pp. 41-53.

¹⁸ Tena Tamayo, C. Medicina asertiva, acto médico y Derecho Sanitario. 2008, 41-56.

parejo en la Vida” de 2003, Guías de práctica clínica 2010-2011, siendo por lo tanto innecesaria otra ley repetitiva en torno al mismo tema.¹⁹

Ante esto, ¿qué debemos y podemos hacer? Si se considera que la Medicina y el Derecho están ligados al desarrollo de la civilización desde sus orígenes, hoy en día debieran converger en la Bioética, que promueve el desarrollo de la conciencia ética y la responsabilidad de las personas, pues históricamente se ha demostrado que no es con más leyes como se van a evitar o resolver los conflictos, en este caso derivados de la práctica médica, sino con: 1. La actitud bioética y responsable del médico. 2. La correcta aplicación de las normas ya existentes, y 3. Una comunicación adecuada y logrando crear confianza en la relación médico-paciente, condiciones necesarias para mejorar la calidad de la atención médica.

5. Las técnicas de reproducción asistida

Desde 1978, con el nacimiento de Louise Brown en Oldham, Reino Unido por fertilización *in vitro*, inició el desarrollo de las técnicas de la reproducción asistida (TRA) y sus procedimientos. Aunque en su origen, estas nuevas biotecnologías se enfocaron a solucionar el problema de la esterilidad o infertilidad femenina y masculina, con el desarrollo de nuevas modalidades (basadas en la Ingeniería Genética) y también de otros fines, surgieron múltiples conflictos bioéticos relacionados con: la manipulación genética y la comercialización de gametos y embriones, la intencionalidad o fines de su uso (producción de “bebés medicamento” para obtención de células u órganos, eugenesia, clonación, útero subrogado, etc.), la limitación en el acceso a estos recursos biotecnológicos por su alto costo, el aún hoy muy bajo porcentaje inicial de éxito (20-30%), el destino de los llamados “embriones residuales” (comercialización, investigación, experimentación, destrucción o eliminación), así como la práctica de la “reducción o eliminación selectiva” de embriones implantados, entre otros.²⁰

Es un hecho innegable aceptar el legítimo deseo y derecho de procrear, tanto de la mujer como del hombre en su vida adulta. Pero también incuestionable tendría que ser el derecho del hijo a conocer el contexto de su nacimiento: la actitud y el compromiso de ambos progenitores, la finalidad y los medios para lograrlo, pues todo ello y más constituye parte de su historia y que

¹⁹ Ley General de Salud www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nomssa.html. (Consultado: 26 de enero 2013).

²⁰ Spar, DL. “The Baby Business. How Money, Science and Politics Drive the Commerce of conception”. 2006.

indudablemente incidirá en la vida del nuevo ser, tal como lo expresara anticipadamente Ortega y Gasset (*Meditaciones del Quijote*, 1914): “yo soy yo y mi circunstancia, y si no la salvo a ella no me salvo yo”, ¿reconocemos que la biografía de cada quien inicia no a partir del nacimiento, sino incluso antes de su concepción? ¿Qué otra tarea aún tenemos pendiente? Apremiar el análisis y la reflexión para concretar desde una perspectiva convergente (bioética y normativamente) si las actuales TRA y otras que pudieran surgir en un futuro (úteros y placentas artificiales, hibridación de seres humanos, selección eugenésica, clonación humana, etc.), serían desde un punto de vista ético, humanístico, biológico, psicológico, jurídico, personal, familiar y social, la “circunstancia” de procreación más apropiada para el presente y el futuro de la Humanidad y de su entorno (ya que dichas técnicas y otras variantes se aplican también en algunos animales y plantas)²¹. La nueva vida que surgirá de las TRA “nos exige [...] tenerla en cuenta en el diálogo bioético entre equipo médico y padres, tanto por su condición de presente-ausente, como por el bien personal básico de la vida que está en juego”.²²

6. El deterioro ambiental

El medio ambiente representa el “soporte vital” para todos los organismos, incluidos los seres humanos. A partir de él los seres vivos obtenemos los requerimientos nutricionales y hacia él eliminamos nuestros productos de desecho o metabólicos, lo cual garantiza nuestra supervivencia. Por medio de múltiples y complejos ciclos biológicos se ha desarrollado una interrelación e interdependencia cambiante, pero equilibrada y vital entre las diversas especies con los componentes abióticos del medio (atmósfera, tierra y agua). Y, aunque algunos fenómenos naturales causan alteraciones en los ecosistemas (sobre todo en esta época en que la contaminación ambiental ha ocasionado exageración de dichos fenómenos), indudablemente que los mayores daños o desequilibrios son resultado de diversas actividades humanas irresponsables: desde la quema de basura, la emisión de gases contaminantes (derivados de procesos industriales, la combustión de combustibles fósiles, etc.), la aniquilación de especies en peligro de extinción, los derrames de petróleo y desechos industriales en los océanos, hasta las pruebas nucleares y la producción de organismos genéticamente modificados.²¹

²¹ Cely Galindo, G. 2009, pp. 177-214.

²² León Correa, FJ. 2009, pp. 115- 126.

Fue hasta 1972, cuando la Asamblea General de la ONU proclamó la Declaración de Estocolmo, primer documento que trata sobre el cuidado del medio ambiente y las generaciones futuras. En 1982, se aprobó la Carta mundial de la Naturaleza y en 1992, la Declaración de Río de Janeiro sobre Medio Ambiente y Desarrollo, denominada "Cumbre de la Tierra". De dicha reunión, se obtuvieron tres logros significativos en materia de protección ambiental: la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (UNFCCC, por sus siglas en inglés), la Convención de Lucha contra la Desertificación (UNCCD) y el Convenio sobre la Diversidad Biológica (CDB), siendo este último el primer acuerdo mundial enfocado a la conservación y el uso sostenible de la biodiversidad, firmado por 157 países.²³

A pesar de que durante estas cuatro décadas han continuado realizándose reuniones internacionales por la ONU (u otras organizaciones) en las que se han emitido diversos documentos (Declaraciones, Protocolos o Cartas), como los referidos en la siguiente tabla, los problemas relacionados con la contaminación ambiental permanecen y la mayoría continúan en ascenso, como lo demuestran los últimos informes de la ONU a través del programa ODM (Objetivos de Desarrollo del Milenio) y la UNFCCC, así como el Departamento de Energía de EUA, en relación a la emisión de gases, líquidos y sólidos contaminantes, así como al sobrecalentamiento de la tierra.^{24,25}

Declaraciones universales de la ONU en materia del medio ambiente

Año/ Lugar	Declaración	Tema
1972, Suecia	Declaración de Estocolmo	Cuidado del hombre y el medio ambiente
1982, USA	Carta Mundial de la Naturaleza	Conservación de la naturaleza
1987, Canadá	Protocolo de Montreal	Desgaste de la capa de ozono
1992, Brasil	Declaración de Río	Medio Ambiente y Desarrollo
1992, USA	Declaración de Nueva York	Cambio climático
1997, Japón	Protocolo de Kyoto	Reducción (5.2%) de emisiones contaminantes
2010, México	Acuerdos de Cancún	Reducción (25-40%) de emisiones contaminantes
2012, Qatar	Modificaciones Doha al Protocolo de Kyoto	Cambio climático y gases invernadero GHG

²³ ONU, www.un.org/es/development/devagenda/sustainable.shtml (consultado el 9 de marzo de 2013).

²⁴ ODM Informe de 2011. Resalta: la persistencia en la extinción de especies (marinas y terrestres) la emisión de gases con efecto invernadero, la deforestación con pérdida de bosques y selvas.

²⁵ CDIAC, www.cdiac.ornl.gov (Consultado: 9-marzo-2013). La casi totalidad de estos reportes muestran que la emisión de contaminantes atmosféricos (gases, líquidos y sólidos), así como el sobrecalentamiento continúan incrementándose.

Ante este dramático panorama, ¿qué nos queda por hacer? Es preciso y urgente abandonar nuestras actitudes basadas en el quietismo, y aceptar que la Humanidad está indisolublemente unida al entorno constituyendo una admirable organización vital de interrelación e interdependencia, de ahí la imperiosa necesidad individual y colectiva, ética, social y gubernamental de cuidarlo con responsabilidad, respetando su equilibrio natural, haciendo un uso racional de sus recursos y aplicando el principio de precaución y la prudencia en el uso de las ciencias y las nuevas tecnologías. De esta manera, cobra sentido el planteamiento de la Bioética Global sobre Ecología Humana (G. Cely Galindo, 2009)²⁶ cuando alude a sus 3 componentes: 1. La reconciliación del hombre consigo mismo, 2. La convivencia armónica con los demás, y 3. El equilibrio sustentable con la naturaleza biótica y abiótica, basados en tres de las leyes fundamentales de la Ecología (según G. Hardin,): 1ª. Principio de la colateralidad (toda acción tendrá una reacción en el ecosistema), 2ª. Principio de la interrelación e interdependencia (entre todos los componentes bióticos y abióticos del medio) y 3ª. Principio de no interferencia (cualquier producto o sustancia producida no debe alterar los ciclos biológicos naturales).

Como punto de partida para una reflexión final, consideramos conveniente reproducir el siguiente texto del Dr. Fernando Lolas Stepke²⁷:

Bien sabemos que la tolerancia y la buena voluntad que pedía Kant son bienes escasos y que en nombre de muchas buenas causas se cometen grandes desajustes. Al menos, lo que quisiéramos es que quienes los cometen alguna vez reparen en que los cometen y que nadie errará si defiende derechos humanos o grupos vulnerables pero sí errará, y a veces mucho, si su forma de hacerlo tiene más de batalla que de deliberación. Es por ello que nos falta un gran capítulo en la bioética: el de la ética que impera en la comunidad de quienes dicen practicarla. Como todas las comunidades humanas, hay en ella buenas personas y personas no tan buenas. Como el abanico de las motivaciones es infinito y como no todo se reduce a buenos o malos pensamientos, que quede para el futuro este análisis más terreno de qué hacen en realidad quienes dicen “hacer” bioética. Pues aquí, como en todo, entre el decir y el hacer media algún trecho.

Por ello, a pesar de los logros alcanzados, notables en algunas latitudes, lo hecho hasta hoy en el campo de la Bioética por quienes decidimos involucrarnos y comprometernos a practicarla, aún no es suficiente. Hay mucho trabajo por hacer y bien podríamos empezar por reflexionar sobre nuestras acciones, cuáles han sido sus fines o su intencionalidad, sus medios y resultados, lo que

²⁶ Cely Galindo, G. 2009, pp. 86-92.

²⁷ Lolas Stepke, F. ¿Quo vadis Bioética? Acta Bioética 2009 pp. 7-9, (el subrayado es nuestro).

nos falta por hacer, cómo transitar del discurso bioético a las acciones concordantes alejadas de conveniencias, interpretaciones o justificaciones personales o de grupo. He aquí nuestro principal reto, primordialmente si queremos contribuir al logro de los objetivos y el desarrollo de la Bioética, en nuestro país y a nivel internacional. ¿Estamos dispuestos a enfrentarlo?

Bibliografía

Bunge, M. *Ciencia, técnica y desarrollo*. México, D.F. Editorial Hermes, S.A. 1998, pp. 33-45.

Casa Madrid, O. *La atención médica y el derecho sanitario*. 2ª. Edición. Editorial Alfil, 2005, pp. 41-53.

Cely Galindo, G. *Bioética, humanismo científico emergente*. Bogotá, D.C., Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas, 2009, 468 pp.

Cohen, M. y Méndez, L. "La sociedad del riesgo: amenaza y promesa" en *Sociología*, México D.F. 2000. Año 15 (No. 43), pp. 173-201.

Echeverría, J. "De la filosofía de la ciencia a la filosofía de la tecnociencia". *Revista Internacional de Filosofía*, 2010, nº 50, 31-41.

González Salas-Campos, R. Capítulo 4 "Derecho penal" (La responsabilidad penal del médico), en: *Derecho y Medicina, Intersecciones y convergencias en los albores del siglo XXI.*, Editorial: Suprema Corte de Justicia de la Nación, Fundación Mexicana para la Salud y Academia Nacional de Medicina, 1ª edición 2008, pp. 167-195.

León Correa, FJ. *Bioética Razonada y Razonable*. Santiago de Chile, Fundación Interamericana Ciencia y Vida, 2009, 265 pp.

León Correa, FJ. *Cap. 1 "Fundamentación de la Bioética"* en *Introducción a la Bioética*. Santiago de Chile, Diploma en Bioética PUC., 2010, pp. 9-26.

Ley General de Salud. Ediciones Fiscales ISEF, S.A. 14ª. Edición (2011): 2-3.

Lolas Stepke, F. *Bioética y Antropología Médica*. Santiago de Chile. Editorial Mediterráneo, 2003, 167 pp.

Lolas Stepke F. "¿Quo vadis Bioética? Introducción, en *Acta Bioética, Fundamentación de la Bioética*. 2009 Año XV (No. 1), pp. 7-9.

Lolas Stepke F. "Medios y fines: el verdadero debate bioético" en *Bioética en América Latina: una década de historia*. Monografía Acta Bioética 2010. (No. 37, septiembre 2005), pp. 81-82.

Mainetti, JA. "La medicalización de la vida" en *Electroneurobiología*, 2006; Vol. 14 (3), pp. 71-89.

NOM-007-SSA2-1993 <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nomssa.html>. (Consultado el 26 de enero de 2013).

Spar DL. "The Baby Business. How Money, Science and Politics Drive the Commerce of conception". Boston, USA. Harvard Business School Press., 2006.

Tena Tamayo C, Casa Madrid O. *Medicina Asertiva, acto médico y derecho sanitario*. Editorial Alfil. (2008):41-56.

Leopoldo Zea en los temas éticos y bioéticos

Vivian Auffant Vázquez

Universidad de Puerto Rico en Río Piedras

No hay odio de razas, porque no hay razas.

José Martí, *Nuestra América*

En varios de sus escritos, Leopoldo Zea ha reflexionado sobre el ensayo *Nuestra América* del cubano José Martí,¹ el cual constituye una referencia fundamental del pensamiento latinoamericano no sólo por su contenido, sino porque ubica los conceptos expuestos en los contextos históricos. Rememorar y analizar citas y referencias con sus disquisiciones, forma parte del proceso de historia de las ideas. Dicho proceso se detiene en el valor, significado y trascendencia de la palabra y la acción que entraña, considerando incluso perspectivas necesarias para la convivencia social.

Uno de los antecedentes de la cita seleccionada lo establece Emmanuel Kant² por medio de sus cursos de antropología³ y geografía a partir de 1775-1776. En ese momento difundió, incluyendo otras referencias, la idea de su época sobre la pureza de la raza humana con sus cinco divisiones; y que la mezcla entre ellas afectaba las capacidades intelectuales y fisiológicas. Impartió sus cursos de antropología por 32 años y finalmente publica sus notas y conferencias como texto. Treinta y dos grupos de estudiantes podríamos decir que en nuestros conceptos implica dos generaciones o 32 generaciones de estudiantes si le aplicamos a una por año. Vale destacarlo porque ese periodo de personas-tiempo, propagó a través de la academia, la idea de que al mezclarse los

¹ Zea L. Asunción y liberación. *Filosofía de la Historia Americana*. México: Tierra Firme, Fondo de Cultura Económica; 1978: 269-289.

² Immanuel Kant (1724-1804) filósofo alemán que promulgó el criticismo y se basa en el saber racional y científico, destacando la voluntad humana.

³ Tomamos de referencia el estudio y prólogo de Roberto Rodríguez Aramayo a la *Antropología Práctica de Emmanuel Kant (Según el Manuscrito inédito de C.C. Mrongovius fechado en 1785)*. Madrid: Tecnos; 1990: xii-xiii.

conquistadores con los originales de las distintas partes del mundo, desmerecían a la raza que le conquistaba. Dice Kant:

Esto es todo lo que con verosimilitud se puede juzgar: que la mezcla de razas (en las grandes conquistas) que borra poco a poco los caracteres, no es favorable al género humano, a pesar de toda la pretendida filantropía.⁴

Basándonos en las consecuencias de tal precepto, esa filantropía es la justificación que se esgrime para presentar un aparente interés que alega mejorar a esas personas-espacios; cuando lo que motiva al estado propio o externo, son las riquezas habidas en el territorio ocupado, y para ello disfrazan el interés de tenerlas, administrarlas y explotarlas para su propio beneficio. Creo que si bien Kant hizo observaciones significativas que han trascendido tiempo-lugar, las entendió según sus propias circunstancias. No aplicó la consideración de leyes sociales y políticas que impidan realizar los principios presentados respecto al bien común, lo cual reprimió el análisis de otras situaciones.

Joseba Gabilondo en su ensayo *Genealogía de la Raza Latina para una teoría Atlántica de las Estructuras Raciales Hispanas*⁵ además de demostrar el concepto de *raza latina*, explica cómo la influencia de Kant y Blumenbachn afirma el concepto y la ideología de la calidad de las etnias en la práctica del coloniaje.⁶ Ese trabajo traza con detenimiento las referencias para la interpretación de la trayectoria del concepto *raza* y *raza latina* aplicada a la América. Precisamente este concepto es el que sostiene la percepción de inferioridad del conquistado negando la existencia de su filosofía, cultura y pensamiento político, lo cual evita reconocer su aportación a los dilemas humanos, de conocimiento humanista y de práctica humanitaria. Esta es la constante ideología de los imperios que de varias maneras se translucen en los centros del saber perpetuando la dependencia física, política, mental, emocional, intelectual, religiosa y cultural que se manifiesta en el control que menoscaba el ejercicio de la libertad.

Se ha evaluado la legitimidad e ilegitimidad de la conquista, colonización y sometimiento a individuos-colectividades a través de tiempos-lugares utilizando diversos argumentos, lo cual permite actualizar eventos. Un ejemplo lo constituye la Guerra Civil Española (1936-1939) y en

⁴ Kant E. *Antropología en el sentido pragmático*. Traducción de José Gaos. Madrid: Revista de Occidente, 1935; 219-220.

⁵ Gabilondo J. *Genealogía de la "Raza Latina" para una Teoría Atlántica de las estructuras raciales hispanas*. *Revista Iberoamericana*, 2009, Vol.LXXV, Núm. 228, Julio-Septiembre: 795-818.

⁶ Habría que evaluar si el ejercicio de conquista y colonización de España en las Islas Canarias sigue esta pauta.

medio de ella, José Gaos,⁷ español filósofo y académico participante de la República, quien sale de su patria obligado por los vencedores. Es un exilado o transterrado como se definía, quien llega México en 1938 y trabaja como profesor en la Casa de España que luego será el Colegio de México. Había tenido una exitosa carrera como profesor de filosofía en las varias universidades españolas. Estudió y tradujo *Antropología en el sentido pragmático*⁸ de Emmanuel Kant en 1935, luego de 160 años del inicio de dichas lecciones, tiempo suficiente para que desde otras perspectivas considerara sus ideas.

Gaos le sugiere a su discípulo Leopoldo Zea que como ejercicio analítico atienda un asunto de su país desde la perspectiva filosófica; el estudioso asume el tema del positivismo y la interpretación de ese pensamiento en México. De ahí en adelante Zea se relaciona con otros filósofos mexicanos como el Grupo Hiperión quienes sitúan la filosofía en lo concreto para crear la filosofía mexicana y latinoamericana⁹. Parte del trabajo realizado era ligar lo concreto con lo universal para elevar lo universal a la propia realidad, haciendo referencia al Titán Hiperión. Este grupo y sus integrantes, decidieron comprender sus circunstancias nacionales para comprenderse en ella con su historia y cultura mexicana utilizando categorías filosóficas propias.

José Gaos a su vez desarrolla su búsqueda de que la filosofía es la expresión de las circunstancias lo cual contribuye a distinguir la base de la filosófica latinoamericana, con ello inicia su disquisición partiendo de lo conocido en Europa a lo que se encuentra en América y en ese contraste asume interpretaciones y exposiciones propias, al igual que otro transterrado, Juan David García Bacca.¹⁰ Ambos al radicarse en América, desataron los nudos de obligatoriedad interpretativa porque el análisis filosófico no debe encajarse en una fórmula, máxime cuando su referente es distinto.

⁷ José Gaos, (1900-1969) filósofo español radicado en México

⁸ Kant E. *Ob.cit.*

⁹ Grupo Hiperión es un grupo de estudio en el que participan: Emilio Uranga, Luis Villoro, Jorge Portilla, Ricardo Guerra, Joaquín Sánchez McGrégor, Salvador Reyes Navares y Fausto Vega, fue impulsado directamente por Leopoldo Zea e indirectamente por José Gaos. Grupo Hiparión en: *Diccionario de Filosofía Latinoamericana, Biblioteca Virtual Latinoamericana*. Disponible en: [html: file:///E:/Biblioteca Virtual Latinoamericana- Hiperion.mht](file:///E:/Biblioteca Virtual Latinoamericana- Hiperion.mht).(consultado 17 de marzo de 2013)

¹⁰ Juan David García Bacca (1901-1992), filósofo español radicado en Venezuela.

Para Zea la filosofía es fundamentalmente diálogo y es lo que se ha hecho para evaluar las propias circunstancias. La primera de ellas es la geografía física y humana: tierras y personas que inciden en otras realidades palpables que están desparramadas por todas partes. En su largo recorrido intelectual, Zea publica cientos de títulos y temas entre los cuales destacamos su libro *La filosofía americana como filosofía sin más*, de 1969 en la que vuelve a señalar la base de la creencia en la disminución de todas capacidades de los americanos y los pueblos colonizados.

La nueva filosofía en nombre del progreso, la civilización y hasta la Humanidad en abstracto negará si no la plena humanidad en los latinoamericanos sí su plenitud. En nombre de la civilización se hablará, ahora de razas degeneradas, esto es, mezcladas, híbridas. Pueblos disminuidos en sub humanidad por lo que tenían de indígenas; pero también por haberse degenerado al mezclarse con entes que no podían justificar su humanidad por lo que tenían de indígenas; y también por ser herederos de una cultura que en la filosofía del progreso no eran ya sino una etapa de la misma; [...] Por indígenas, por mestizos e ibéricos, los hombres de esta América formaban parte de la sub humanidad y como expresión de la misma, el subdesarrollo en el que se encontraban por su incapacidad para el progreso. El progreso de los hombres Hombres, de los pueblos que conducían los destinos del mundo.¹¹

En su libro *Precursos del pensamiento Latinoamericano contemporáneo*, cita al peruano José Carlos Mariátegui respecto a la situación de la geografía física y humana en América Latina:

La suposición de que el problema indígena es un problema étnico-dice Mariátegui- se nutre del más envejecido repertorio de ideas imperialistas. El concepto de razas inferiores sirvió al Occidente blanco para su obra de expansión y conquista.¹²

Estos son sólo dos referencias de las múltiples que cuestionan la afirmación de Kant la cual sirvió de excusa para los vencedores y no para los vencidos. Parafraseando a Zea resumimos que: anteriormente Aristóteles en Grecia, le había negado la humanidad a los no griegos, a los bárbaros, justificando la esclavitud y el predominio. La contestación aparece en el epicurismo, escepticismo, estoicismo y plutonismo como los antecedentes de la respuesta cristiana a la discriminación de que habían sido objeto. En América serán los cristianos con Bartolomé de Las Casas y los grandes misioneros quienes mostrarán lo humano de los indígenas para los diversos

¹¹ Zea L. *La filosofía americana como filosofía sin más*. 13ª edición. México: Siglo XXI; 1989: 13.

¹² Zea L. *Precursos del pensamiento latinoamericano contemporáneo*. México: Sep Diana; 1979: 31.

propósitos; de manera contradictoria son los europeos los que tienen que demostrar la humanidad a los indígenas esto es, hombres con un arquetipo de lo que se consideraba humano.¹³

¿Cómo superar el concepto de inferioridad impuesto por siglos y reafirmado por las prácticas de poder en los gobiernos y las economías? Dice Zea en *Precursores del pensamiento latinoamericano contemporáneo* respecto del análisis de la solución del problema de la emancipación mental de sus pueblos: *Los hábitos, las costumbres, el largo coloniaje impuesto sobre la mentalidad de los hombres que formaban estos pueblos tenían que ser borrados ¿Por qué vía? Por la educación.*¹⁴

En Filosofía americana sin más, Zea indica que: Los problemas de la filosofía no son a fin de cuentas, sino problemas que plantean al hombre su relación con la naturaleza y la relación con los otros.¹⁵ Describe una filosofía original, no porque cree, una y otra vez, nuevos extraños sistemas, nuevas y extrañas soluciones, sino porque trata de dar respuestas a los problemas de una determinada realidad y en un determinado tiempo, ha originado.¹⁶

Nuestro autor sostiene una reflexión que permite la incorporación de otros juicios y el acercamiento a la aplicación de las posibles soluciones a condiciones específicas; entendía que había que pensar desde nuestras circunstancias. El pensamiento promovido sirve de fundamento *a la labor de todas las inteligencias y a la reorganización de la patria y la sociedad.*¹⁷ En su recorrido filosófico por América, Zea reconoce la realidad social y la historia de hechos increíbles pero que ocurrieron.

Miguel León- Portilla, establece el razonamiento de análisis de la visión de los vencidos; en su ensayo “El punto de vista indígena” utiliza la imagen del espejo como reflejo indirecto de la realidad silenciada:

Pero también existió el ignorado espejo donde se reflejó la visión de los vencidos [...] El encuentro visto ahora en el espejo de una historia de verdad universal y abierta, es

¹³ Zea y cols. 1989, 14.

¹⁴ Zea y cols. 1979, 9.

¹⁵ Zea y cols. 1989, 27.

¹⁶ Zea y cols. 1989, 27.

¹⁷ Zea L. *Dos etapas del pensamiento en Hispanoamérica*. México: Colegio de México; 1949: 169.

acercamiento de todos los pueblos del planeta. Y esto necesariamente lleva a la toma de conciencia [...] ¿Seguirán depauperados los descendientes de los “descubiertos” y continuarán por siempre “conquistados” en beneficio de los poderosos que viven en el mismo Nuevo Mundo y los que afuera, a los que habrá que seguir pagando enormes sumas de oro, más grandes que las que antes salieron de las “Indias”?¹⁸

Entendemos que desde el mestizaje se percibe y vive la desigualdad de la persona como ente social. No obstante el trabajo intelectual que procura un cambio, va rescatando el valor de la persona, su dignidad y derecho a la vida por encima del valor de la propiedad¹⁹.

Uno de los estudiosos de la obra de Zea, Alberto Saladino García indica:

La principal motivación del quehacer filosófico de Leopoldo Zea fue la comprensión del hombre en tanto ser social...y por otra parte, sus trabajos orientados a la recuperación de la tarea esencial de la filosofía como reflexión en torno al hombre puesto que para él constituye tanto su origen como su fin²⁰.

Entendemos que sus actividades de profesor, investigador, conferenciante editor de obras propias y ajenas, compilador, director de revistas entre otras, hacen que mantenga un diálogo continuo que busca hacer y oír preguntas para estudiarlas desde la perspectiva de la historia y el valor humano. *La producción intelectual de Leopoldo Zea da cuenta de su inquietud por renovar el humanismo, mediante tópicos de la ética.*²¹ Entiende el filósofo y lo reafirma Saladino García, que los valores pregonados por el mundo occidental han servido para justificar su hegemonismo.²² El filósofo mexicano dedicó gran parte de su obra a reafirmar el valor intrínseco de la persona reconociendo y valorando el entorno cultural de cada quien. Devolvía las preguntas de las visiones europeizantes que se quedaron trucas al negar el derecho a la libertad a la humanidad conquistada.

En uno de sus últimos escritos Zea señala:

¹⁸ León-Portillo M. El punto de vista indígena. En: Zea L (Comp.). *El descubrimiento de América y su sentido actual*. México: Tierra Firme, Fondo de Cultura Económica; 1989: 156-157.

¹⁹ Opino que el valor de la persona sobre la propiedad es uno de los problemas que las constituciones del mundo deben superar a fin de destacar el valor humano.

²⁰ Saladino A. *Humanismo pleno de Leopoldo Zea Aguilar*. En Edición Digital Proyecto Ensayo Hispánico, <http://www.ensayistas.org/critica/generales/C-H/mexico/zea.htm:1> (Consultado 17 de marzo de 2013).

²¹ Saladino y cols, 10.

²² Saladino y cols, 3.

La problemática de la filosofía de nuestro tiempo, y por ende de la nuestra, es la de enfrentar las resistencias a la posibilidad de hacer realidad la utopía de una Nación de naciones y una Raza que no es raza sino la capacidad para convivir en la diversidad de nuestros semejantes²³.

Amplias y numerosas son las referencias sobre la obra de Leopoldo Zea y aspectos considerados que llaman la atención. Ejemplo de ello son los congresos en que participa y organiza los cuales son diálogos que contrastan realidades, y preguntas que buscan reafirmar la vida en sus amplias características. La aportación de Zea a esos diálogos en congresos y colaboraciones investigativas siempre insisten en la equidad y equilibrio de la persona en el mundo y del mundo mismo. Aún en países que los procesos históricos de independencia, quedaban inconclusos como se expuso en el Primer Seminario de la Ideas de América celebrado en San Juan de Puerto Rico en 1956,²⁴ el cual fue auspiciado por el Instituto Panamericano de Geografía e Historia el cual Zea dirigía en ese momento.

Hizo caminos y ejemplificó con sus acciones a coetáneos, mediante la búsqueda de alternativas en los procesos de la filosofía. Como indica José Luis Gómez, *fue catalizador de un proceso*.²⁵ En 1975 participa en la redacción de la “Declaración de Morelia: Filosofía e Independencia”, la cual establece: *la solidaridad de hombres entre hombres, de pueblos entre pueblos, de pares entre pares. Siendo un aporte más el propio de la expresión concreta de humanidad que forman nuestros pueblos, a la Humanidad como totalidad*²⁶.

Esta *Declaración de Morelia* es un valioso antecedente para la realización de la *Declaración de Helsinki* que afirma la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2004-2005)*²⁷, en

²³ Zea L. Filosofar desde Latinoamérica: filosofar de excelencia. En: *El Nuevo Mundo en los retos del nuevo milenio*, Edición Digital. Proyecto Ensayo Hispánico, <http://www.ensayistas.org/filosofos/mexico/zea/milenio/5-3.htm> (consultado 16 de marzo de 2013).

²⁴ *Primer Seminario de Historia de las Ideas en América*, San Juan, Puerto Rico, 1956; publicado por *Revista de las Ideas en Ecuador*, 1959. La importancia de esta actividad respecto a Puerto Rico es significativa porque reunió a los filósofos destacados en una de las últimas colonias del mundo.

²⁵ Gómez-Martínez L. Leopoldo Zea: Reflexiones para sumir críticamente su obra. En: *Teoría, Crítica e Historia*. Disponible en: <http://www-ensayistas.org/jlgomez/estudios/zea-asumir.htm>:2

²⁶ *Declaración de Morelia: Filosofía e Independencia* en: <mhtml:file:///E:/Declaración de Morelia Filosofía e independencia.mht>:1

²⁷ *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, Declaración de Helsinki*. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, División de la Ética de las Ciencias y la tecnología. París: UNESCO; 2006.

la cual los Estados miembros se comprometían a respetar y aplicar los principios fundamentales de la bioética escritos en un texto único. Otro resultado de estos esfuerzos es el *Diccionario Latinoamericano de Bioética* bajo la dirección de Juan Carlos Tealdi²⁸ con el cual se fijan las coordenadas ampliadas por el pensamiento latinoamericano.

El concepto del valor del derecho a la vida y a la dignidad de la vida presentado por medio del pensamiento latinoamericano y afianzado por la filosofía de la liberación, insta a la toma de conciencia de distintos sectores basadas en el derecho, la educación, la medicina, la tecnología y la cultura, haciendo posible que los participantes latinoamericanos unidos con otros de situaciones colonizadas y emancipadas, reclamen la significación del derecho a la vida y demanden el debido compromiso de los estados para con sus pueblos. Lograr el cumplimiento de esas demandas implica que los estados asuman la obligación de atender las amplias circunstancias de vida de los pueblos como son: alimentación, vivienda, educación, salud individual y pública, para proteger la igualdad. A la luz de los recientes acontecimientos económicos, políticos y sociales²⁹ los compromisos requeridos en torno al derecho a la vida, fundamentan los reclamos de los oprimidos quienes liberándose de esas condiciones, liberan a los opresores.

¿Cuál es la situación a considerar: qué hacer para vivir, qué hacer para morir, cómo he de vivir, cómo he de morir los demás y yo, o yo y los demás? Estas decisiones las debe establecer cada persona, en su colectividad como culminación de un proceso de evaluación y análisis.

Ricardo Maliandi en su artículo “La Ética”, que forma parte del trabajo *El pensamiento filosófico, latinoamericano del Caribe y latino*, que constituye otra trascendental obra de la filosofía latinoamericana; presenta la trayectoria de las ideas éticas en América aportando explicaciones muy pertinentes:

Dentro del pensamiento filosófico latinoamericano la ética constituye algo más que una de las disciplinas básicas. Se trata en efecto del ámbito de los problemas directamente vinculados con los intereses. Las teorías éticas desarrolladas en los países

²⁸ Tealdi JC. *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Bogotá: UNESCO, Universidad Nacional de Colombia: 2008.

²⁹ Las crisis económicas en Europa, constituyen el eje importante del control económico mundial, destacan la importancia de la aplicación de la ética reclamándole a las instituciones que atienden las economías que no sigan eliminando pueblos-naciones en una clara violación del derecho a la vida.

latinoamericanos son en buena medida intentos de responder a esos desafíos, incluso en los casos en que se tratan temas éticos universales...La ética entendida como disciplina filosófica intenta en general, introducir el pensamiento crítico en el análisis y la eventual fundamentación de normativas ya existentes en la vida práctica.³⁰

Este estudioso cita a Zea sobre la idiosincrasia del hombre latinoamericano y su particular historia cuando señala que la verdadera originalidad consiste precisamente la capacidad para hacer de lo propio algo universal, válido para otros hombres en situación semejante a la nuestra.³¹ Termina su artículo con la exposición de otras éticas entre las que estacamos la ética de la vida y la ética aplicada: la bioética.

Al respecto Salvador Bergel en el artículo "La Bioética"³² expone el desarrollo de esa disciplina en Latinoamérica al evaluar los cuatro principios bases: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Entre 1995 al 2002 con el desarrollo de instituciones, organizaciones y análisis de varios sectores sociales, se le suman a estos puntos la relación de condiciones sociales de la salud ampliando el panorama original de decisiones respecto a situaciones específicas de hospital o enfermedad atendida, cuando se incluyen otras como: la pobreza, el analfabetismo, la malnutrición, los escasos servicios de salud, el problema del agua potable y la temática del medioambiente, como parte de la problemática bioética.

Se va reelaborando una ética de la solidaridad que permite señalar el derecho en el amplio sentido de la vida y por ende de la salud. Hay que insistir en que se reconozca que las personas no son elementos sin vida, sino vidas actuales; que no son sujetos arqueológicos sino presenciales, activos y vitales; no son escritos antiguos, ni casos en cartapacios, sino textos vivos. En las disquisiciones no sólo se atiende la situación o angustia individual sino la vivencia de la colectividad, la conciencia de la palabra y el derecho a pensar y decidir: *En otras palabras, es una ética que basada en la*

³⁰ Maliandi R. La Ética. En: Dussel E. *El pensamiento filosófico, latinoamericano del Caribe y latino*. México: Siglo XXI; 2009: 526.

³¹ Maliandi y cols 2009, 533. Esta cita se basa en el texto de Zea L. *América en la Historia*. México: Fondo de Cultura Económica; 1957: 32.

³² Bergel S. La Bioética. En: E. Dussel, *Ob.cit.*, 447.

*comunicabilidad interpersonal y en el consenso sobre unos mínimos exigibles trata de hacer funcionar éticamente una sociedad plural*³³

Leopoldo Zea es uno de los que elabora puentes entre el pensamiento y su acción, relacionando la filosofía a las circunstancias que determinan la expectativa de vida. Señala en *América en la Historia* que los habitantes de estas regiones latinoamericanas tienen que escapar de su pasado aún rompiendo violencia contra sí mismo y contra la resistencia de los pueblos que les impusieron como modelos. *Por ello, la historia de la cultura iberoamericana es una historia en la que sus hombres realizan una permanente quema de naves, una renuncia permanente a lo que son, para el logro de lo que sólo no son, sino que se evita lleguen a ser*³⁴.

Otro colaborador y filósofo Pablo Guadarrama, señala que: Zea siempre enjuició críticamente el humanismo elitista y siguiendo a Ramos reclama una total renovación del mismo que partiendo de valores universalmente reconocidos tuviera en el hombre latinoamericano y su cultura específica sus proyectos éticos principales³⁵

Carlos Rojas Osorio en su libro *Latinoamérica: cien años de filosofía* expone que el término filosofía latinoamericana tiene dos sentidos: uno como el quehacer discursivo de este continente y el que designa una familia de tendencias que sostienen que hay una filosofía latinoamericana y que se puede y debe hacer filosofía latinoamericana.³⁶ Entendemos que este trabajo se debe en gran parte al esfuerzo de filósofos como Leopoldo Zea que insistieron en mostrarnos nuestro pensamiento e identidad. Nos referimos al artículo de Rojas Osorio, el cual resume las interpretaciones de varios autores sobre la obra de Zea para concluir en que:

Zea dirige la mirada hacia nosotros mismos, cambia radicalmente la perspectiva. La perspectiva se hace desde nosotros y hacia nosotros, no hay modelos abstractos. Todo pensamiento y toda valoración, y toda acción se proyectan y se realizan desde una

³³ Ética mínima. En: *Diccionario de Filosofía latinoamericana*. Disponible en: <mhtml:file:///E:/Biblioteca Virtual Latinoamericana-Ética mínima.mht>(consultado 15 de marzo de 2013)

³⁴ Zea L. *América en la historia*. México: Fondo de Cultura Económica; 1957: 36.

³⁵ Guadarrama P. Bases éticas del proyecto humanista y desalienador del pensamiento latinoamericano. En: *La Utopía de América, Homenaje a Leopoldo Zea*. Santo Domingo, República Dominicana: Universidad Autónoma de Santo Domingo y fundación Federico C. Álvarez; 1992: 86.

³⁶ Rojas Osorio C. *Latinoamérica: cien años de filosofía*. San Juan Puerto Rico: Isla Negra; 2002: 11.

determinada perspectiva. Sería una alineación permanente, mantener esa mirada hipnótica hacia lo que es nuestro. Eso significa que nosotros tenemos que resolver nuestros propios planteamientos...No es enajenarnos de la realidad mundial, sino entender la realidad mundial desde nuestra perspectiva.³⁷

Es necesario repasar esta filosofía latinoamericana que atiende la situación de vida en todos sus aspectos. Enseñar que quienes nos antecedieron pensaron en nosotros y que a nos toca hacer lo mismo con los que han de venir a esta Tierra y deben ser acogidos con respeto y dignidad. Una manera de hacerlo es mediante el acercamiento de los derechos humanos a la bioética que en opinión de Juan Carlos Tealdi nunca quedó salvada.³⁸ Proponemos que la educación que promulga el conocimiento y práctica de los derechos y deberes humanos debe instaurarse en nuestros sistemas educativos. Que la educación en ética y bioética sea desde la escuela primaria y en todas las concentraciones académicas que conducen a profesiones y oficios porque siempre hay decisiones que tomar y se debe enseñar la toma de decisiones con los mejores referentes de justicia, equidad y derecho a la vida. El trazado de elaboración que aportan los hilos de la historia, la filosofía, el derecho y la educación para que las generaciones nuevas entiendan la voluntad que reclama la solidaridad humana. Las aportaciones que han hecho los latinoamericanos a la filosofía latinoamericana, a la filosofía de la emancipación, a la filosofía de la liberación, a la ética aplicada como la bioética, han sido parte del progreso de la Humanidad en especial de los pueblos excluidos del derecho a la vida por los ejes de poder.

Los antecedentes como puntos referentes no permiten concluir el panorama de la bioética y ética en América Latina. La ética para algunos está superada por la teoría, pero la práctica es una constante y encontramos que específicamente una vez se abre la puerta de su responsabilidad, no puede cerrarse.

Bibliografía

Bergel , S., "La Bioética" En: *El pensamiento filosófico, latinoamericano del Caribe y latino*, México, Siglo XXI, 2009.

Declaración de Morelia: Filosofía e Independencia En:mhtml:file:///E:/Declaración de Morelia Filosofía e independencia.mht:1

³⁷ *Ibidem*, 119-120.

³⁸ Bergel, y cols, 2009, 450.

Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, Declaración de Helsinki, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, División de la Ética de las Ciencias y la tecnología, París, Francia, UNESCO, 2006.

Gabilondo, J., Genealogía de la "Raza Latina" para una Teoría Atlántica de las estructuras raciales hispanas", En: Revista Iberoamericana, Vol.LXXV, Núm. 228, Julio-Septiembre 2009.

Gómez-Martínez, J.L., " Leopoldo Zea: Reflexiones para sumir críticamente su obra" En: *Teoría, Crítica e Historia*, <http://www-ensayistas.org/jlgomez/estudios/zea-asumir.htm>:2

Grupo Hiparión en: *Diccionario de Filosofía Latinoamericana, Biblioteca Virtual Latinoamericana*, mhtml:file://E:/Biblioteca Virtual Latinoamericana Hiperion.mht.

Guadarrama, P., "Bases éticas del proyecto humanista y desalienador del pensamiento latinoamericano", En: *La Utopía de América, Homenaje a Leopoldo Zea*, Santo Domingo, República Dominicana, Universidad Autónoma de Santo Domingo y Fundación Federico C. Álvarez, 1992.

Kant, I., *Antropología en el sentido pragmático*, traducción de José Gaos, Madrid Revista de Occidente, 1935.

León-Portillo, M., " El punto de vista indígena", En: *El descubrimiento de América y su sentido actual*, México, Tierra firme, Fondo de Cultura Económica, 1989.

Maliandi, R., "La Ética", En: E. Dussel, *El pensamiento filosófico, latinoamericano del Caribe y latino*, México, Siglo XXI, 2009.

Primer Seminario de Historia de las Ideas en América, San Juan, Puerto Rico, 1956, Ecuador, Revista de las Ideas en Ecuador, 1959.

Rodríguez Aramayo, R., *Antropología Práctica de Emmanuel Kant (Según el Manuscrito inédito de C.C. Mrongovius fechado en 1785)* Madrid, Tecnos, 1990.

Rojas Osorio, C., *Latinoamérica: cien años de filosofía*, San Juan Puerto Rico, Isla Negra, 2002.

Saladino, A., *Humanismo pleno de Leopoldo Zea Aguilar* En: Edición Digital Proyecto Ensayo Hispánico, <http://www.ensayistas.org/critica/generales/C-H/mexico/zea.htm>:1

Zea, L., *Dos etapas del pensamiento en Hispanoamérica*, México, Colegio de México, 1949.

Zea, L. *América en la Historia*, México, Fondo de Cultura Económica, 1957.

Zea, L., *Filosofía de la Historia Americana*, México, Tierra Firme, Fondo de Cultura Económica, 1978.

Zea, L., *La filosofía americana como filosofía sin más México*, Siglo XXI, 13ª edición, 1989.

Zea, L., *Precursos del pensamiento latinoamericano contemporáneo*, México, Sep Diana, 1979.

Zea, L., " Filosofar desde Latinoamérica: filosofar de excelencia " En: *El Nuevo Mundo en los retos del nuevo milenio*, Edición Digital, Proyecto Ensayo Hispánico, <http://www.ensayistas.org/filosofos/mexico/zea/milenio/5-3.htm>

La naturaleza humana, ¿aporta a la bioética?

Andrés Fabián Toledo

Centro de Bioética Universidad Católica de Córdoba, Argentina

Contacto: andrestoledo14@hotmail.com

Que la naturaleza existe, sería ridículo intentar demostrarlo; pues es claro que hay cosas que son así, y demostrar lo que es claro por lo que es oscuro es propio de quienes son incapaces de distinguir lo que es cognoscible por sí mismo de lo que no lo es.

Aristóteles, *Física, L.II*, 193a, 2-5

Introducción

La cuestión de lo estable y del cambio es un viejo tema filosófico, tan viejo que se debe remontar al mismo nacer filosófico en la cultura griega. A la larga la pregunta sobre las cosas¹ es una pregunta sobre si hay algo que las mantiene idénticas a pesar del cambio que también se constata y es evidente. Es la pregunta metafísica fundamental, que hay “*más allá de lo físico*”, que se sabe que es cambio y movimiento por antonomasia como lo definió Aristóteles.² Ese interrogante fue lo que hizo que distintos pensadores griegos postularan diversas teorías haciendo uso de la razón como herramienta argumentativa. Ya no se apela al mito sino a la explicación (teoría) y esto fue acompañado por la cuestión de lo múltiple y diverso frente al uno o la unidad que sostenía esa diversidad. Así esta cuestión fue considerada como un problema, una aporía.³ La primera aporía del pensamiento filosófico porque no es algo evidente la inmutabilidad de la realidad, si su cambio, captada por los sentidos⁴ y por tanto solo una búsqueda racional, universal más allá de los sentidos y los griegos llamaran científicas, era la que debía encontrar esa respuesta. Esa fue la gran cuestión de la filosofía griega.

¹ Se toma en un sentido lato y vulgar del término.

² Aristóteles, *Física, II,1*. 192b, 21-22.

³ Aristóteles, *Metafísica (Z)* VII, 10-11. 1034b 20- 1037b-8.

⁴ Aristóteles, *Física, I,1*. 184a, 23-24.

Este inicio del pensar filosófico que se relaciona con esta aporía, fue tomando forma en un concepto que hoy tiene una enorme tradición y complicaciones. Lo que permanece se llamó *naturaleza*, $\nu\beta\Phi\Lambda\text{H}$. Concepto clave en la filosofía griega y que fue consagrado en dos libros pilares de la filosofía que pertenecen a Aristóteles como es la metafísica, (lo después de la física) y la misma física.

En una concepción de cosmos y física como la griega este concepto fue fundamental y quizás imprescindible, como también su mal interpretación posterior⁵. Y así su problemática paso a todas las épocas de la historia del pensamiento.

Y si bien, todo lo planteado es ya problemático, queremos poner dos cuestiones, sumando problema al problema, uno es si el hombre, como ser vivo tiene naturaleza y si esto tiene alguna implicancia a cuestiones éticas y bioéticas. Lo que nos animamos a proponer es una reflexión, algo modesto, que terminaran siendo planteos y nuevos interrogantes ayudado por la filosofía de Xavier Zubiri.

¿El hombre tiene naturaleza?

Uno de los rasgos más significativos del actual panorama de la filosofía es que en los últimos tiempos han proliferado propuestas⁶ que recurren a la noción de "*naturaleza humana*" y con este concepto se intenta poner fundamentos para construir una respuesta ética de carácter civil y social a las graves cuestiones que se plantean en el campo de la bioética, el de las biotecnologías y a los debates que están sacudiendo a la sociedad mundial y local.⁷

⁵ Quizás cabe citar aquí por varios motivos el comentario de Heidegger a la física. "*Sobre la esencia y el concepto de la $\nu\beta\Phi\Lambda\text{H}$. Aristóteles, Física B 1.* en Heidegger, M. *Hitos*. Alianza Editorial. España. 2007 (primera reedición) Versión de helena Cortés y Arturo Leyte. Pág.199-250. También importante porque analiza este texto desde un Aristóteles griego. Que lo haya logrado es algo que quedará a los que conocen más el pensamiento del estagirita.

⁶ Pensemos que esto era imposible hasta hace poco tiempo en el campo filosófico de vanguardia que dicho concepto se lo asociaba a un esencialismo estático o algún medievalismo sin retorno.

⁷ Nuestra sociedad Argentina acaba de debatir la ley de matrimonio homosexual que enfrentó distintas posturas , como el de la Iglesia Católica y su recurso argumentativo constante al tema de la naturaleza humana y debates que se vienen como aborto, alquiler de vientre y la experimentación genética, para nombrar entre otros.

Tomemos como ejemplo:⁸

- A Francis Fukuyama en sus obras (el fin de la historia y el último hombre; la gran ruptura: naturaleza humana y reconstrucción del orden social; el fin del hombre: consecuencia de la revolución tecnológica) expresa de diversos modos la convicción de que la “naturaleza humana existe” y desempeña un papel esencial para definir lo bueno y malo, lo justo y lo injusto y que constituye la fuente de los valores básicos, determinando hasta los modelos políticos y económicos⁹.

Este pensador recurre a lo que él denomina argumentos “aristotélicos”, adoptando la naturaleza humana como modelo de las nociones del bien y mal. Dice que la biología moderna está dando un contenido empírico válido al concepto de naturaleza humana que retrotrae a Aristóteles frente a todos los prejuicios contemporáneos a este concepto. Fukuyama le parece que el concepto de Aristóteles de naturaleza humana es una base firme desde la que se puede reconstruir el orden social tras el desmoramiento o “*gran ruptura*”¹⁰.

En definitiva lo que defiende es un regreso al concepto de “naturaleza humana” desde un planteo biológico y físico de lo que el hombre es, como “animal” racional. Actualizar el concepto de naturaleza debería servir para comprender mejor los fundamentos de la moral, el derecho, la política y la economía e incluso para desarrollar un concepto de dignidad humana que no dependa de supuestos religiosos.

- También Jeremy Rifkin, economista estadounidense y uno de los más influyentes por su análisis crítico, desde una perspectiva progresista, de la nueva economía global asesor de varias gestiones

⁸ Me guío por el trabajo de Conill, J. *¿Regreso a la “naturaleza humana? Una reflexión bioética*. Separata Bioética, entre la medicina y la ética. Salamanca. Ediciones Universidad de Salamanca. Biblioteca del pensamiento & sociedad. 1ª edición, abril 2005 Pág.102-106.

⁹ En un autor totalmente opuesto a Fukuyama, como Aladair MacIntyre, se expresa de la misma manera. “me equivoque al suponer que era posible una ética independiente de la biología...porque ninguna explicación de los bienes, las normas y las virtudes que definen la vida moral será satisfactoria sino logra explicar como es posible la vida moral para seres constituidos biológicamente como el ser humano, ofreciendo una explicación del desarrollo humano... que tiene como punto de partida la condición animal originaria del ser humano” Mac Intyre, animales racionales y dependientes. Porque los seres humanos necesitamos las virtudes. Paidós. Barcelona, 2001 (publicado en Inglés en 1999), Pág 10 y 12.

¹⁰ Fukuyama, F. La gran ruptura: naturaleza humana y reconstrucción del orden social. Barcelona Ediciones B. . 2000 (publicado en ingles 1999) .Pág. 182. Esta misma idea la tiene en El fin del hombre. consecuencia de la revolución biotecnológica. Barcelona. Ediciones B. 2002 (publicado en ingles en 2002 con el título Our Posthuman Future).

de presidentes norteamericanos, dedica un capítulo de su obra *El siglo de la biotecnología a la "la reinención de la naturaleza"* en el que se expone ciertas características del horizonte postmoderno en que vivimos y alude a la continuidad de la biotecnología con respecto al proceso evolutivo de la propia naturaleza, considerándolo "*natural*". Nos movemos en un mundo que es producto del diseño que no se atiene a "*verdades firmes*". Estamos en un mundo de la creación, en el que nosotros hacemos las reglas y establecemos los parámetros de la realidad, creamos el mundo, sin atenernos a verdades universales. La naturaleza se presenta para muchos como "*obra de arte*" hasta abrir un futuro eugenésico. Podemos ser creadores de la vida y gestores de la evolución. Con lo cual se está pasando de una era industrial a una era creativa gracias a las biotecnologías. Puede el hombre crear un hombre.

Pero el propio Rifkin se pregunta si se trata de una era creativa o más bien una era de la elección del consumidor, si somos realmente capaces de crear o más bien de escoger dentro de las posibilidades de compra del mercado y por tanto se trata más que de creación de la satisfacción del consumidor. En tal caso la nueva situación nos obliga a repensar científica y filosóficamente el concepto de naturaleza humana porque la vida, ya sea considerada como creación de Dios o como proceso evolutivo aleatorio de selección de especie, es imaginada ahora como un medio de nuevas posibilidades y el ser humano y ahora corporalmente también, puede entenderse como un verdadero proyecto que se metamorfea y puede adoptar nuevas configuraciones.¹¹

- También Jürgen Habermas ha tenido que opinar sobre la naturaleza humana en su libro *El futuro de la naturaleza humana. ¿hacia una eugenesia liberal?*¹². Coherente a su propia trayectoria filosófica recurre a una noción de "*autocomprensión ética de la especie que nos haga consciente del valor y los presupuestos de esta moral antes de que nos acostumbremos a la subrepticia revisión de los supuestos, hasta ahora obvios, de la conciencia de autonomía y la igualdad intergeneracional*".¹³ Habermas no piensa la naturaleza humana de una manera tradicional sino como una *autocomprensión ética mínima de la especie* ligada a la moral autónoma de la modernidad y en circularidad con la ética mínima de la especie humana.

¹¹ Rifkin, J., *El siglo de la biotecnología*. Crítica. Barcelona. 1999. (publicado en inglés en 1998) Pág. 187 y ss.

¹² Habermas J. *El futuro de la naturaleza humana ¿hacia una eugenesia liberal?* Buenos Aires. Paidós., 2004. (publicado en Alemán en 2001).

¹³ *Ibidem*, Pág 123.

- Por último Martha Nussbaum, planteo compartido por Amartya Sen, desde una interpretación propia de Aristóteles de las capacidades humanas, hablan de poner de manifiesto las capacidades humanas básicas que en Aristóteles están relacionadas a una buena vida humana o dimensión natural del ser humano. Dicen que se puede aportar una *“explicación objetiva y normativa del funcionamiento humano y un procedimiento de evaluación objetiva por el cual se pueden valorar los funcionamientos por su contribución a la buena vida humana”*.¹⁴

Hay más ejemplos de cómo pensadores de distintas corrientes están con la pregunta sobre la naturaleza humana, pero con esta enumeración nos parece suficiente para mostrar lo que se decía al inicio que hay un retorno al concepto de naturaleza humana para fundamentar la moral. Este recorrido muestra por un lado que se trata de algo transversal, es decir no es una escuela o corriente filosófica que asume con exclusividad este parecer. Hay pensadores que están coincidiendo en este punto pero desde posturas totalmente opuestas y también que la afirmación de “naturaleza humana” no es unívoco, se entiende de muy diversas maneras, desde un planteo más esencialista metafísico hasta una cuestión biológica genética.

Por eso, nos parece que frente a las grandes exigencias éticas de los tiempos presentes debe repensarse el concepto de **naturaleza humana**.

Respuesta Zubiriana

Xavier Zubiri ofrece un marco distinto y en cierto sentido superador en toda esta cuestión. No podemos aquí exponer pormenorizadamente toda la concepción zubiriana de naturaleza humana que es prácticamente recorrer toda su amplia y vasta obra filosófica pero con reseñar la intención fundamental del filósofo creemos podemos dar cuenta de sus aportes.

Uno de los primeros propósitos de Zubiri fue precisamente superar los reduccionismos naturalistas de todo tiempo, ya sea el del pensamiento griego hasta los actuales intentos de renaturalización de la realidad humana, lo consignaremos más claro en la conclusión.

¹⁴ Nussbaum, M. *Capacidades humanas y justicia social*. En REICHMANN, J. (coord) *Necesitar, desear, vivir*. Barcelona. Libros de la Catarata. 1998. Pág. 43-104.

Sin duda que nuestro pensamiento filosófico y quizás cotidiano está ligada al pensamiento griego, entre otras cosas, porque nos ofreció un modo de pensar basado en la *physis* que a su vez se expresó y prolongó con diversas formulas ontológicas, Lo físico y lo ontológico se entremezclaron en el pensamiento griego y nos proporcionó una forma de entender la naturaleza que perduró por lo menos hasta la edad moderna.

Para superar el modo griego del pensar naturalista donde el hombre es un trozo de esa naturaleza Zubiri, dice que hay que recuperar la otra raíz que tiene la cultura occidental que es el componente judío cristiano que tiene nuestro pensar ligado a la noción metafísica de persona.

Con tino señala Zubiri que para el judío no hay naturaleza sin más y donde el griego ve *polis*, el judío se siente pueblo, es decir, un mundo de *prójimos*, de ahí que los “otros” son “prójimos”, ya sea que estén cerca o lejanos, por eso era toda una cuestión quién era mi prójimo.¹⁵ Además en el mundo hebreo no hay movimiento como en el griego, sino historia que algún día el futuro coronará su plenitud o el cumplimiento de la Promesa realizada en esa historia. *“No es el hombre un trozo de la naturaleza, sino algo consistente por sí mismo”*.¹⁶

Así establecido el problema, Zubiri considera que la existencia del hombre como ser natural es un “fracaso”. Aunque, afirma que *“el fracaso de la naturaleza es el despertar del hombre a sí mismo”*.¹⁷

Solo con la noción de “persona” se va a conceptualizar la noción anterior de ser consistente a sí mismo en medio de prójimos y así no hay solo una visión naturalista sino toda una vivencia que rebasa esa naturaleza.

Con la noción de “persona” hay una nueva situación metafísica, la griega es asumida pero también superada, incluyendo un concepto clave en el pensamiento occidental como es el de “Espíritu”.

¹⁵ Ev. de San Lucas, 10,29.

¹⁶ Zubiri, X. *Sobre el problema de la filosofía y otros escritos (1932-1944)*. Madrid. Alianza Editorial. Fundación Xavier Zubiri.. 2002 pág. 60.

¹⁷ Zubiri, X. *Sobre el problema de la filosofía y otros escritos (1932-1944)*. Madrid .Alianza Editorial. Fundación Xavier Zubiri.. 2002 pág. 61.

Con esta innovación metafísica respecto a la ontología griega, el pensamiento moderno aporta, especialmente a través de Kant, una versión moderna de la metafísica de la persona como es la distinción entre “naturaleza” y “persona”. El “Yo humano” no es naturaleza sino que “transciende la naturaleza”¹⁸ porque ese yo es persona. De ahí que según Zubiri la moral kantiana constituye una “*metafísica de la persona humana*”.¹⁹

Se consolida la idea contemporánea de la “*irreductibilidad de la persona humana a la naturaleza*”²⁰ No se niega la existencia natural del hombre, pero lo esencial es su ser persona.

Por eso, Zubiri, sostiene que la época moderna se ha subrayado el “carácter trascendental” y “metafísico” de la persona humana²¹ pero al mismo tiempo afirma con claridad que hay que mantener el carácter trascendental de la persona pero sin prescindir de la corporeidad. Por eso en la obra zubiriana encontramos de manera innundatoria términos como “persona corporal”, “cuerpo personal”, “existencia personal” que intenta situarlos en un nuevo horizonte metafísico, es decir, en un horizonte en el que se han transformado las decisivas nociones de realidad e inteligencia en otros conceptos, de enormes riquezas y matices y que han quedado expresados en sus dos grandes obras escritas que coronan su caminar como filósofo como son *Sobre la esencia*²² y su trilogía “*Inteligencia Sentiente*”.²³

Reflexiones finales

La pregunta que ha guiado este trabajo tiene el carácter de incontestable, por lo menos de una manera lata y final. Lo que si se pretendió es brindar un “marco” de comprensión de la misma. No para dar una respuesta acabada sino para pensar una posible línea de búsqueda intelectual con respecto a esta problemática que como ya se ha señalado es sumamente importante y actual.

¹⁸ Pensemos en el Yo trascendental de Kant y la importancia que tiene en su teoría gnoseológica.

¹⁹ Zubiri, X. *Sobre el problema de la filosofía y otros escritos (1932-1944)*. Madrid. Alianza Editorial. Fundación Xavier Zubiri. 2002 pág. 252.

²⁰ *Ibidem*.

²¹ *Ibidem*, pág 253

²² Zubiri, X. *Sobre la Esencia*. Nueva Edición. Madrid Alianza Editorial. Fundación Xavier Zubiri. 2008.

²³ Zubiri, X. *Inteligencia Sentiente*. Madrid .Alianza Editorial. Sociedad de Estudios y Publicaciones. 1980.

Queda insinuado dos peligros que se deben evitar para responder a esta cuestión: por un lado, la **transcendentalización de la persona con su consiguiente desvirtualización de la naturaleza**, sería aquello que considera que el hombre es solo historia y libertad, que no hay realidad física, solo Yo, absoluto y capaz de construir su mundo más allá de “su mundo” circundantes y físico. Pero también, por otro lado, no se puede recurrir simplemente a una **renaturalización de la naturaleza** por nuevas vías, sobre todo las que apelan a la biología y a los componentes genómicos. Como pensar que la dignidad humana, derivado de su “naturaleza” viene de sus genes. Esto tampoco lleva a ningún lado. Ni transcendentalizar el hombre y que quede solo su Yo, ni renaturalizar lo biológico del hombre donde lo que lo explica son sus estructuras biológicas y moleculares y en tal caso la especie definiría su individualidad²⁴.

Zubiri, nos parece, hace un innegable aporte porque sostiene una idea de metafísica que intentar evitar los extremos dichos. Porque quiere mantener el orden transcendental dentro de un nuevo horizonte gnoseológico y metafísico, sin caer en viejos esencialismos de la persona pero tampoco esta de acuerdo que se olvide que el hombre es un “animal de realidades”.²⁵

Quizás, tenga razón el Maestro de Zubiri, Ortega y Gasset cuando decía que *“Cuando mejor describa la biología nuestro origen animal, mayor será el privilegio que separa el hombre del resto de la naturaleza...quizás, Darwin y Kant tienen razón a la vez y la existencia de Darwin fue una demostración experimental de lo que Kant sostuvo”*.²⁶

²⁴ Nos ha parecido muy interesantes esta relación entre especie e individuo el aporte que hace la autora Fernandez Beités, P. en su libro *Embriones y muerte cerebral, desde una fenomenología de la persona*. Madrid. Ediciones Cristiandad , 2007. desde una perspectiva zubiriana.

²⁵ Zubiri, X. *Sobre el Hombre*. Madrid. Alianza Editorial. Fundación Xavier Zubiri.. 1998. (primera reimpresión).

²⁶ Ortega Y Gasset,J. *La crítica de Valera*. Madrid. En Obras Completas T 1. 7ª edición, Revista de occidente.. 1966, pág. 161.

Relación médico paciente en residentes de medicina familiar. Modificación por actividades participativas y reflexivas en bioética

Dr. César Gutiérrez Samperio *

Dra. Ma. Guadalupe del Rocío Guerrero Lara *

Dr. José Trinidad López Vázquez *.

Dra. Lilia Susana Gallardo Vidal **

RESUMEN: **Objetivo:** Evaluar el cambio en la relación médico-paciente del residente de medicina familiar, por una intervención educativa en bioética. **Metodología:** Estudio cuasi experimental tipo antes y después en 18 residentes de Medicina Familiar. Se realizó una estrategia educativa en bioética teórico-práctica con 20 sesiones de 2 horas, enfoque participativo y reflexivo con: sociodramas, talleres de auto-imagen, discusión dirigida, debates, casos clínicos problematizados, películas y asesoría en consultorio médico. Las escalas de Jefferson para médicos y para pacientes y una lista de cotejo por el tutor se aplicaron antes y después de la intervención educativa. La actitud se determinó con el promedio de las dos escalas y de la lista de cotejo, se aplicó estadística inferencial por medio de la T pareada. **Resultados:** La edad media fue de 31 ± 3 años, predominó el sexo femenino (55.6%), estado civil casado (50%). Antes de la intervención educativa el promedio de las tres evaluaciones fue de 4.02 ± 0.4 , posterior a la misma se incrementó a 5.82 ± 1.8 , con una diferencia de 1.8. ($p=0.000$). **Conclusiones:** La comunicación, empatía y relación médico paciente de los residentes mejora mediante una intervención educativa participativa y reflexiva en bioética.

Introducción

La deshumanización de la profesión médica es un problema real y vigente, puede deberse al rápido progreso científico y tecnológico de la medicina, a la sobrecarga de trabajo, no siempre bien remunerado, con deterioro de la relación médico-paciente. El problema se inicia desde la formación del médico en la que no se le da espacio y tiempo para la discusión y la reflexión, lo cual impide tener un concepto claro del enfermo y del individuo sano, aunado al poco interés en las

ciencias humanísticas, como la bioética, lo cual impide la adquisición de los valores morales propios de la profesión médica.¹

La medicina familiar es una especialidad muy representativa porque en ella se ve al paciente en forma integral. Es muy importante valorar y conocer la actitud del residente de recién ingreso, especialmente en cuanto a la relación médico-paciente, así como el cambio de ésta por medio de una estrategia educativa en bioética con enfoque participativo y reflexivo, lo cual indudablemente será de utilidad para mejorar la atención de los enfermos, en lo anterior además de la actitud misma, intervienen la comunicación, la empatía y la bioética.^{2,3}

Son muchos los factores que intervienen en la relación médico-paciente, como es la actitud del residente, su tutor y del mismo enfermo, los que pueden favorecer una buena comunicación y empatía. Tan importante es la enseñanza de la bioética que primordialmente se lleva a cabo con el ejemplo, como la ética en el proceso educativo, en el que se conjunen los contenidos científicos y técnicos con los aspectos humanistas de la profesión médica, todo ello para que con la participación activa del residente, la discusión y reflexión sobre la atención del enfermo y el proceso educativo, se logre un aprendizaje significativo y perdurable.^{1,4,5}

La actitud tiene componentes afectivos, cognoscitivos y conductuales, los que entrañan sentimientos, emociones, creencias y acciones, la actitud se relaciona directamente con la organización de la institución, el estatus y el rol del profesional, así como la relación con otros

* Profesor- investigador de la Facultad de Medicina, UAQ. Cuerpo Académico de investigación Educativa.

**Alumno de la Maestría en Ciencias Médicas, rama terminal de Educación Médica. Profesor del Curso de Especialización en Medicina Familiar, IMSS.

Correspondencia: Dr. César Gutiérrez Samperio. H. Frías Soto 15, Col. Ensueño, C.P. 76170, Querétaro, Qro. Tel 044 442 2158511. Contacto: cegusa@uaq.mx. cesargtzsamp@prodigy.net.mx

¹ Lifshitz GA. La práctica médica en los albores del siglo XXI. *Cir Ciruj*. 2010;78: 469-472.

² Gutiérrez-Samperio, C. Docencia e investigación. En Gutiérrez-Samperio C, Filosofía, docencia e investigación en medicina. Integración Basada en Problemas. Ed. Costa-Amic, México. 2009:279-296.

³ Viniegra-Velazquez L. La experiencia reflexiva y la educación. *Rev Inves Clin*. 2008;60:133-56.

⁴ Hojat M, Louis D, Markham F, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella J. Physicians' Empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med*. 2011.;86(3):359-64.

⁵ Guix J, Fernández J, Sala J. Pacientes, médicos y enfermeros: tres puntos de vista distintos sobre una misma realidad. Actitudes y percepciones ante los derechos de los pacientes. *Gac Sanit*. 2006; 20(6):465-72.

profesionales: médicos, enfermeras, técnicos y trabajadores sociales, entre otros. Los avances científicos y tecnológicos, la medicina cada vez más especializada puede crear un problema al dejar de ver al enfermo como un ser bio-psico-social único e irrepetible, se pone más atención en la enfermedad y la nueva tecnología, que en el mismo enfermo. A lo anterior se le agregan los problemas de un sistema de salud de primer nivel burocrático, con trámites tardados, consulta rápida y fría, así como la frecuente falta de los insumos necesarios, por lo que podemos entender que se genere una relación médico-paciente inadecuada.^{5,6}

La relación médico-paciente es un intercambio de información entre ambos, es la piedra angular de la práctica médica en la que debe prevalecer la confianza, la empatía, el compromiso y una comunicación eficiente, lo cual permite que el médico obtenga una impresión diagnóstica más cercana a la verdad, una mejor alianza terapéutica, con mayor confianza, aceptación y satisfacción del paciente. La empatía implica la capacidad para comprender las perspectivas y experiencias del paciente, así como la habilidad para comunicar esta comprensión, la empatía es un compromiso ético de la profesión, para cumplirlo se requiere que el médico tenga habilidades de comunicación.^{5,7}

Para poder resolver los problemas relacionados con los valores, la actitud y los aspectos humanistas de la medicina surge la Bioética, como una disciplina filosófica encargada de regular a los seres vivos, vegetales, animales, el hombre y el medio ambiente, es una disciplina laica y práctica encargada de regular los avances científicos y tecnológicos, para que no se vuelvan contra de la humanidad. Determina la práctica adecuada en los actos relacionados con la vida, orientados hacia su preservación a la luz de los principios morales.^{6,7}

La bioética se ha impuesto como una disciplina humanista que establece una participación racional y prudente de los hombres de ciencia, influye positivamente en los procesos de evolución científica y social. Es una filosofía de la ciencia médica con una epistemología propia, que pretende

⁶ García M, Bernabew-Wittel M, Cassani M, Rincón M, Yerro V, Ollero M. Influencia de los factores biopsicosociales en el grado de empatía de la relación médico-enfermo en una cohorte de pluripatológicos. *Rev Clin Esp.* 2007; 207(8):379-82.

⁷ Gutiérrez-Samperio C, Vela.Castañeda M, Corona-García L, Kuthy-Porter J, Quesada-Aldana S. Las ciencias humanísticas y la bioética en la formación del médico. *Gac Med Qro.* 2003; 2 :28-29.

orientar éticamente la evolución de los conocimientos y su aplicación en el ejercicio de la profesión médica.⁸

El humanismo es parte importante de la esencia del médico, quien además de lo biológico toma en cuenta los aspectos psicológicos, espirituales y sociales que caracterizan a un ser humano, los que deben ser incorporarlos a la práctica de la medicina. En ocasiones el enfermo se queja de no ser escuchado por su médico, de no recibir un trato digno, de no recibir información completa y clara sobre su padecimiento, refiere que muchos de los médicos en la actualidad, no son empáticos ni respetuosos con ellos.^{8,9}

Para valorar la actitud y el nivel de empatía en alumnos de medicina en la Universidad de Chile y en la Universidad Autónoma de Nuevo León utilizó y validó la escala de Jefferson para médicos y pacientes, la que incluye tres dimensiones: cognitiva, afectiva y de comportamiento, las cuales están representadas de manera equitativa en los instrumentos de evaluación. En España el currículo actual enfatiza las actitudes (valores y normas) como contenidos del currículo escolar, diferenciados de los contenidos de conocimientos y procedimientos propios de cada asignatura.^{10,11}

La bioética en el ejercicio profesional de la medicina condiciona una buena relación médico-paciente; es frecuente el debate acerca de si la bioética debe ser considerada como una nueva disciplina desde el punto de vista epistemológico, si su éxito social no la está convirtiendo en una tecnología potencialmente peligrosa, como la que contribuyo a darle origen. La bioética no puede aprenderse en los congresos, simposios y conferencias magistrales, es necesaria la participación activa de los estudiantes, donde el alumno lejos de una escuela tradicional totalmente pasiva y

⁸ Altamirano M, Garduño Espinosa J, García Peña M, Muñoz Hernández O. Ética Clínica Una perspectiva transfusional, 1ª Ed. Corinter. 2006: 47-48, 243- 246.

⁹ León T, Bedregal P, Shand B. Prevalencia de problemas éticos en los servicios de medicina, desde la perspectiva del paciente. Rev Med Chile. 2009;137:759-65.

¹⁰ Manassero M, Vázquez A. Instrumentos y métodos para la evaluación de las actitudes relacionadas con la ciencia, La tecnología y la sociedad. Enseñanza de las ciencias. 2001; 20 (1), 15-27.

¹¹ Carvajal A, Miranda CI, Martinac T, García C, Cumsille F. Análisis del nivel de empatía en un curso de quinto año de medicina, a través de una escala validada para éste efecto. Rev Med Chile. 2004;33: 37-42.

memorística, puedan llegar a la reflexión por medio de la experiencia vital, la crítica, y la autocrítica.¹²

La perspectiva participativa en la educación médica implica la incorporación de técnicas didácticas basadas en el constructivismo, en las que a través de la investigación, la reflexión, el análisis y la síntesis se construye el conocimiento, sin dejar de ver al enfermo como un ser humano complejo y multi-dimensional. La influencia del profesor (a) depende mucho más de lo que hace que de su discurso, es el poder del ejemplo en la enseñanza, mientras que el alumno es el protagonista de su propio conocimiento, con el desarrollo de puntos de vista propios, construyendo una espiral ascendente del conocimiento.^{12,14}

Lo anterior permite un aprendizaje significativo que le es útil en su vida diaria, al encontrar una explicación práctica de los problemas a los que se enfrenta, por lo que el conocimiento adquiere importancia en su vida personal. La crítica e interacción con el resto del grupo permite asimilar los conocimientos, respuestas, valores conductas y actitudes de los demás, lo cual enriquece al educando para que sea cada vez mejor.^{13,14}

El objetivo de este trabajo fue evaluar el cambio de actitud en la relación médico-paciente en el residente de medicina familiar, mediante una intervención educativa en bioética con enfoque participativo y reflexivo. Como objetivos específicos se consideraron: la evaluación inicial de la actitud del residente de medicina familiar de recién ingreso en cuanto a la relación médico-paciente, la implementación de una estrategia educativa participativa y reflexiva en bioética, para finalmente evaluar el cambio de actitud de los residentes después de la intervención educativa.

¹² Kuthy- Porter J. Introducción a la Bioética. Méndez Editores, 3ª edición. México, 2009:16-18.

¹³ Díaz-Barriga F, Hernández RG. Estrategia docente para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista. Ed. Mac Graw Hill, México, 2003:73.86.

¹⁴ 14. Morín E. Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Ed. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Barcelona. 1999.

Metodología

Se realizó un estudio cuasi-experimental de tipo antes y después, en el cual se incluyeron a todos los residentes de recién ingreso del curso de especialización de medicina familiar, con sede en la Delegación Querétaro del IMSS, durante el periodo comprendido entre marzo 2010 y febrero 2011. En ningún residente aplicaban los criterios de exclusión.

Tres meses después del ingreso se aplicaron tres instrumentos de evaluación para valorar su actitud: según su propia opinión, la del paciente y la de su tutor.

El primero fue de auto-evaluación por medio de la escala de de Jefferson para medir las actitudes de los estudiantes de medicina, se aplicó un cuestionario de 20 items con la escala de Licker, comprende tres dimensiones: 1- "Toma de perspectiva" 2- "La atención por compasión" y 3 - "La habilidad para ponerse en los zapatos del paciente".^{15, 16}

El segundo instrumento fue la escala de Jefferson para pacientes, se aplicó un cuestionario de 14 items, con la escala de Licker. comprende tres dimensiones: 1- "Toma de perspectiva" 2- "Atención por compasión" y 3- "Habilidad para ponerse en los zapatos del Paciente", el tamaño de la muestra de pacientes para una población finita dio un total de 3.5 que por residente, para fines operativos se redondeo a 4 pacientes por residente ^{15.16}

El tercer instrumento fue aplicado por el tutor durante la consulta, por medio de una lista de cotejo validada en la Escuela de Medicina del Instituto Tecnológico de Monterrey, la que también tiene las tres dimensiones. 1- "Toma de perspectiva", 2- "Atención por compasión" y 3- "Habilidad para ponerse en los zapatos de enfermo". Este instrumento evalúa el respeto, atención, altruismo, empatía, la capacidad para escuchar al paciente, así como la habilidad para informar al paciente para la toma de decisiones. ^{15.16}

Un mes posterior a la aplicación de los instrumentos se llevó a cabo una estrategia educativa, ya establecida en el curso de especialización en medicina familiar, la que tiene un enfoque

¹⁵ Jefferson AL, Lambe S, Chaisson C, Palmisano J, Horvath JK, Karlawish J. Clinical research among aging adults enrolled in an Alzheimer's disease center register research. J Alzheimer Dis. 2011 23(3):443-452.

¹⁶ Hojat M, Louis SZ, Maxwell K, Markham FW, Wender RC, Gironella JS. A brief instrument to measure patient's overall satisfaction with primary care physicians Fam Med. 2011;43:412-417.

participativo y reflexivo, la intervención educativa constó de 20 sesiones de 2 horas de duración por sesión, lo que da un total de 40 horas. Se utilizaron diferentes técnicas como: foros de discusión, socio dramas, taller de autoimagen, películas con temas bioéticos, casos clínicos bioéticos problematizados y realización de un video final relacionado con una consulta, en la que favorezca la relación médico paciente.

Un mes posterior a la finalización del curso se aplicaron nuevamente los instrumentos de evaluación antes mencionados. Los valores obtenidos de cada ítem, antes y después de la intervención educativa se promediaron, se obtuvieron las medidas de tendencia central y de dispersión. Los resultados por ítem y por grupo de ítems correspondientes a una dimensión, representativos de la actitud, se compararon, se realizó análisis estadístico bivariado por medio de la T pareada.

El presente estudio se apegó a los principios éticos enunciados en la declaración de Helsinki, adaptada en la 18ª asamblea médica mundial, y revisada por la 29ª asamblea mundial de Tokio en 1975. Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes, se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos, así como la utilización de los mismos sólo para el cumplimiento de los objetivos del estudio.¹⁷

Resultados

Se estudiaron 18 residentes de Medicina Familiar con una edad media de 31 ± 3 años, predominó el sexo femenino con un 55.6%, estado civil casado (50%) seguido del soltero (44%), cuatro residentes estaban separados. La Universidad de procedencia que predominó fue la del Valle de México con 6 (33.3%), seguida de la Universidad de Hidalgo 5 (27.8%), UNAM 4 (22.2%), procedentes de diferentes universidades 3 (16.6 %).

En la autoevaluación la dimensión que obtuvo la ponderación más baja antes de la estrategia educativa fue “atención por compasión” con un puntaje de 5.46, esta misma dimensión después de la estrategia educativa se incrementó a 6.46 ($p = 0.011$). La dimensión de “toma de perspectiva” originó la ponderación más alta de 5.75, aumentó 0.69 a 6.44 después de la

¹⁷ Aguirre GH. Evaluación de la calidad de la atención médica. Cir Ciruj 2007; 75:149-150.

estrategia educativa, con una diferencia significativa ($p = 0.000$). En la dimensión “Habilidad para ponerse en los zapatos del paciente” aumentó 0.62, de 5.55 a 6.17, lo que no fue significativo ($p = 0.109$).

En la evaluación de los pacientes la dimensión con puntaje más bajo fue “Atención por compasión”, su valor de 4.48 persistió como la más baja después de la estrategia educativa, aumentó 0.86 puntos a 5.34 ($p = 0.005$). La ponderación más alta fue dada en la dimensión “Habilidad para ponerse en los zapatos del paciente” se incrementó de 4.85 a 5.42, pero la prueba con la T pareada no fue significativa ($p = 0.074$).

En la evaluación por el tutor la ponderación más baja antes de la estrategia educativa fue “Habilidad para ponerse en los zapatos del paciente” de 3.24 aumentó a 5.17, cambio que fue significativo ($p = 0.002$). En las dimensiones “toma de perspectiva” y “Atención por compasión” el incremento también fue significativo.

En el cuadro I se consignan los valores promedio en las tres dimensiones antes y después de la intervención educativa, la diferencia que representa el incremento y después de la intervención educativa y el significado estadístico:

Cuadro I

Antes de la estrategia educativa, la actitud en la autoevaluación presentó una media de 5.16 ± 0.9 , en la evaluación por el paciente de 4.05 ± 0.4 y en la evaluación por el tutor de 2.88 ± 0.9 . El promedio de las tres evaluaciones dio media de 4.02 ± 0.4 .

Después de la estrategia educativa, la actitud en la autoevaluación tuvo una media de 6.33 ± 0.5 , en la evaluación por el paciente de 5.88 ± 1.0 , y en la evaluación por el tutor de 5.16 ± 0.6 . El promedio de las tres evaluaciones tuvo una media de 5.82 ± 0.6 . El promedio de las tres evaluaciones 4.02 ± 0.4 , aumentó a 5.82 ± 0.6 , la diferencia fue estadísticamente significativa ($p = 0.000$)

El promedio de los valores obtenidos por los tres instrumentos de evaluación, antes y después de la estrategia educativa, así como la actitud del residente dada por el promedio de los valores obtenidos por los tres instrumentos se ilustra en la figura 1.

Figura 1

Se puede observar con toda claridad que hubo aumento de la ponderación de la actitud del residente después de la intervención educativa, activa, reflexiva y participativa, lo que se demostró utilizando los tres instrumentos de evaluación, los valores más altos fueron los de la autoevaluación, seguidos de los de la evaluación del paciente y los valores más bajos fueron los datos por el tutor.

Discusión

La capacidad para interpretar y utilizar la comunicación no verbal, para que el paciente perciba que se le trata como persona, que se entienden sus sentimientos y la situación por la que está pasando, que no sólo lo ve sólo como un portador de enfermedad, depende de la comunicación y la empatía, que determinan la actitud del médico para establecer una buena relación médico – paciente, y por consiguiente mejor calidad en la atención médica, en lo que también participan los aspectos afectivos.^{11,12,17}

El acercamiento empático y las habilidades de comunicación tienen mucho de arte, el que tiene mucha importancia en el proceso formativo en el pregrado y postgrado, por lo que se han propuesto programas específicos para este fin. En la Asociación Estadounidense de Escuelas de Medicina (Association of American Medical Colleges) se ha manifestado el deber de formar médicos altruistas, compasivos y empáticos con los pacientes, asimismo, el Colegio Estadounidense de Medicina Interna (American Board of Internal Medicine) ha recomendado cultivar los atributos humanísticos, que se promuevan y evalúen entre los residentes en entrenamiento clínico, lo que también es útil para los médicos graduados, como un aspecto esencial del ejercicio profesional.¹⁸

En estudios para comparar la comunicación y la satisfacción del paciente en México y en Estados Unidos, los resultados fueron similares, el uso de términos técnicos afecta mucho la percepción del paciente acerca del interés del médico, las interrupciones durante la consulta tienen mucho que ver con la comunicación, la relación médico-paciente y el éxito de la consulta. *En la delegación Querétaro del IMSS en una investigación para valorar la opinión de los pacientes, en cuanto a las*

¹⁸ López X. Diseño y validación de un instrumento de evaluación de actitudes hacia la búsqueda de empleo. Rev Invest Clin. 2004;47(1):5-12.

características humanistas del médico, consideraron como más relevantes: el trato amable, sensibilidad y calidez, el ser escuchados, la información clara y completa sobre su padecimiento, que se tome en cuenta los puntos de vista del enfermo, así como una exploración física con respeto a su privacidad y pudor, estas características determinan el perfil del médico, cuya conducta rasgos de la personalidad y carácter lo identifiquen como humanista.^{19, 20}

En nuestro estudio predominó el sexo femenino (55.6%), lo que difiere de lo informado por Carvajal en Chile, quien encontró mayor frecuencia del sexo masculino, esto puede deberse a que en nuestro medio la especialidad de medicina familiar es preferida por médicos del sexo femenino. De igual manera la edad promedio de edad fue de 31 ± 3 años, mayor que el promedio de 22.6 años informada en el estudio chileno, lo que se explica por varios intentos por acceder a las residencias médicas.¹¹

En este estudio se observó que en la autoevaluación el puntaje aumento en las tres dimensiones después de la estrategia educativa, aunque la “la habilidad para ponerse en los zapatos del paciente” que indica la capacidad ponerse en el lugar del enfermo para captar y comprender sus reacciones y sentimientos, no fue significativa, muchos alumnos defendían la postura de no inmiscuirse en los sentimientos del paciente, lo que le permite actuar de una manera más objetiva y ecuánime. En la evaluación realizada por los pacientes la ponderación más baja, antes y después de la estrategia educativa fue en la dimensión “atención por compasión” al percibir que el residente que lo atiende no se involucra en sus sentimientos. La evaluación del tutor fue más estricta, en la dimensión “atención por compasión” le dio la ponderación más baja, al observar que el residente no le proporciona ayuda al enfermo durante la exploración, sobre todo de pacientes ancianos o con capacidad reducida, en cambio si hubo un incremento significativo en la dimensión “toma de perspectiva” posiblemente como resultado de la asesoría y las observaciones del tutor durante la consulta, así como la discusión en los talleres de autoimagen.

¹⁹ Hall RT, Rosencrance G, Spyker B. Relación medico paciente en México y en Estados Unidos . Un estudio comparativo. *Perspectivas Bioéticas*. 2004;9:103-126.

²⁰ Oseguera RJ, Viniestra VL. El humanismo en la formación del médico. Ed. UVM, Querétaro. 2010:29-42.

La actitud tiene componentes afectivos, cognitivos y conductuales, es posible que en la actitud sobresalgan los componentes afectivos, en los predomina la expresión de los sentimientos, mientras que en otras circunstancias la actitud puede estar intelectualizada por los conocimientos. Casi siempre las actitudes dirigen las conductas con poca intervención del pensamiento, la relación entre actitud y conducta es clave para la formación de los hábitos, como es una buena relación médico - paciente. Las actitudes positivas al enfrentar una nueva tarea en el trabajo es una oportunidad de desarrollo y crecimiento, tanto personal como laboral, mientras que una actitud negativa es un obstáculo latente para quien la presenta y para quienes están a su alrededor.²¹

Las dimensiones cognitiva, afectiva y conductual deben estar representadas de manera equitativa en los instrumentos de evaluación, los que se elaboran con sus propias palabras e indicadores. El estudio sobre el comportamiento humano ha sido y es el motivo de interés de diferentes ciencias que comparten un objetivo común, el comprender e interpretar los porqués de las actuaciones de los seres humanos, para orientar su comportamiento dentro de los requerimientos que impone la sociedad, de ahí que, en el centro de sus análisis se hallen los conflictos y las soluciones entre el ser y el deber ser, y derivado de ello, entre el saber, saber hacer, saber ser y valer.^{21,22}

En el Programa Único de Especialidades Médicas (PUEM) implementado en la UNAM, ya integrado en otras universidades, la bioética es una asignatura formal, sin embargo, su impartición se realiza en forma tradicional con desvinculación de la teoría y la práctica, por lo que no se ha logrado un cambio de conducta evidente en los nuevos médicos ante una sociedad cambiante, sobre todo por la velocidad que imponen los avances científicos y tecnológicos. En la enseñanza activa centrada en el alumno, con un enfoque participativo y reflexivo, el alumno se enfrenta a problemas clínicos reales y dilemas bioéticos cotidianos, durante el trabajo discute su posible solución, con lo que paso a paso construye su conocimiento, es muy importante el desarrollo de de aptitudes propias para la elaboración del conocimiento o sea "aprender a aprender".^{2,3,7}

Las competencias son resultado de experiencias permeadas por las actitudes y los rasgos de personalidad que permiten sacar partido de ellas, En el sistema de educación por competencias la

²¹ Hernández-Torres I, Fernández-Ortega M, Irigoyen-Coria A.. Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. Arch Med Fam. 2006;8 (2) 137-143.

²² Lifshitz A, La revolución de la bioética, su influencia sobre la ética médica. Med Int Mex. 2002;18(6):307-12.

actitud juega un papel preponderante en el proceso formativo del médico, por lo que la enseñanza de la bioética se ha convertido en una necesidad primordial de la práctica clínica, en la que continuamente ocurren conflictos relacionados la atención médica, satisfacción del paciente por los servicios recibidos y el desarrollo tecnológico, que con frecuencia se antepone al humanismo y los valores tradicionales de profesión médica.^{7,9,12,25}

Dentro de las limitaciones de este estudio está que los análisis realizados son cuantitativos, que dejan a un lado las vivencias experimentadas por el residente en el aula, pero sobre todo en consulta externa durante la atención de los enfermos, una evaluación naturalista cualitativa aumentará el valor de los resultados. Es importante conocer la cantidad de las variables, pero también la calidad de lo que se mide.^{23,24}

Conclusiones

De acuerdo con los resultados se puede concluir, que es posible producir un cambio en la actitud del residente por medio de una estrategia educativa participativa y reflexiva en bioética, estrategias educativas con este sentido epistemológico en pre y posgrado son valiosas en la formación integral del médico, redundando en una mejor relación médico-paciente y calidad de la atención médica, que a su vez da lugar a mayor satisfacción de los enfermos por los servicios recibidos.^{22,25}

²³ Flick U, Introducción a la investigación cualitativa. Ed. Morata Paiedia, Madrid. 2004:235-253, 286-297.

²⁴ Travakol S, Dennik R, Travakol M. Phycometric properties and confirmatory factors of the Jefferson scale of physician empathy. Med Educ. 2011;4:54-61.

²⁵ Gutiérrez-Samperio C, Cholula A, Escartín M. Satisfacción de los pacientes con la atención recibida en un Servicio de Cirugía de segundo nivel. Cir Gen. 2008;30(2):101-108.

Autonomía del profesional de enfermería en la atención a los pacientes

Elizabeth Piña de Vásquez

Centro Nacional de Bioética

Escuela de Enfermería, Universidad Central de Venezuela

Contacto: eeeucv@gmail.com

Resumen

Es un estudio cualitativo, cuyo objetivo general fue caracterizar la concepción y el alcance de la autonomía que posee el profesional de enfermería en su desempeño profesional, para lo cual se seleccionó en forma intencional un conjunto de 12 enfermeras que laboran en el Hospital Universitario de Caracas, distribuidas entre las unidades de: quirófano, cuidados intensivos, emergencia y nefrología, a las cuales se les realizó una entrevista empleando un guión con 11 preguntas abiertas, orientada a conocer como definen los componentes de la autonomía profesional: identidad, independencia y autoridad. La data fue sometida a análisis de contenido, hallando que no existe una clara definición de los componentes que definen la autonomía, se encuentran mezclados rasgos de las concepciones actuales con las tradicionales, llegando en algunos casos, particularmente en los referidos a la práctica donde se manifiesta poca disposición a presentar y sostener puntos de vista propios de la profesión.

Introducción

La autonomía de la persona es la condición de ser autodeterminante, y por ende consiste en realizar las propias escogencias en función de las razones de cada persona.¹ El profesional de enfermería como miembro del equipo de salud, debe proceder en forma coordinada con otros profesionales del área, partiendo siempre del objetivo básico de su desempeño profesional, el cual es de ayuda, específicamente, brindar cuidado en el área de la salud.

¹ Castillo-Valery A. (1999). p.227-247.

Enfermería, por su permanencia continua en la cercanía del paciente o de la comunidad de la cual es responsable, ha sido llamada a jugar el rol de abogado del paciente,² y a su vez debe integrar en forma armónica su actuación con la de los otros profesionales de la salud. Lo antes señalado cobra mayor vigencia con la evolución histórica de su reconocimiento en la sociedad, partiendo de oficio, pasando por técnica, hasta llegar a profesión, lo que la ha llevado a asumir el control en las actuaciones que corresponden a su campo específico e independiente, rol que no ha quedado plenamente definido en la práctica todavía, dependiendo del criterio individual como se interpreta esta autonomía. Estudios de investigación sobre los cuidados que este profesional brinda, demuestran que elementos básicos de la relación de ayuda, en ocasiones son obviados a la hora de interactuar con el paciente y con los familiares.³ Así mismo, otros estudios sobre la percepción del trabajo, demuestran que estos profesionales, particularmente los que trabajan en áreas críticas, se consideran que actúan con altos niveles de autonomía.⁴ Sin embargo, si se compara con el actuar cotidiano, pareciera que las más de las veces, la enfermera se ve restringida a cumplir solo con algunos de los elementos técnicos, dejando en un segundo nivel todos los aspectos que caracterizan el actuar independiente, propio de un profesional.

Al buscar en la sociedad común, cuál es la imagen que se tiene de enfermería, ésta es algo difusa, vinculada fundamentalmente al rol del médico, así lo señala Rodríguez.⁵ Por otro lado Escobar⁶ encontró que las definiciones que daban enfermeras y pacientes respecto a poder y cuidado no tenían uniformidad de criterios.

Por otro lado, al observar el perfil de comportamiento, este dependerá de la función que esté desempeñando, sin que se evidencie una armónica integración de los distintos roles, siendo diversos los factores que llevan a ello, entre los cuales se menciona la sobrecarga de trabajo y la falta de personal, tal como lo señalan Más et al en su estudio.⁷

² Rumbold G. (2000).

³ Mujica V, Ramírez H (2000).

⁴ Piña E (2007).

⁵ Rodríguez Y (2006).

⁶ Escobar D (2004).

⁷ Más R, Escribá V, Cárdenas M (1999).

En Venezuela, en 2002, se estudió la carga de trabajo que desarrollaban las enfermeras de un hospital universitario, encontrándose que en un turno de trabajo, una sola profesional tenía que cumplir en promedio entre 28,5 a 44,5 indicaciones médicas de tipo endovenosos, lo que ocasionaba que en los momentos pico, dispusiese de 6 min, 47 segundos para cada medicamento.⁸

Enfermería en el abordaje de un paciente debe visualizar a éste como un ser bio- psico- social y espiritual, el cual para la percepción de bienestar requiere tener satisfechas las diversas necesidades. Lógico es, para lograr esto se requiere de ciertas condiciones, de tipo organizativas, capacidad cognitiva y técnica, más de la actitud para reconocer en el paciente un ser pleno de derechos. Este enfoque integral, le lleva a necesitar de bases científicas de la enfermería y de otras disciplinas, como ciencias físicas, sociales y del comportamiento,⁹ es por ello que Amaya¹⁰ al referirse a esta profesión la define como una disciplina pluralista. Esto a su vez ha traído como consecuencia que no hay consenso sobre el objeto de la disciplina, qué conocer, ni sobre el método, cómo conocer, ni sobre quiénes conocer. Esta diversidad se refleja en todos los escenarios de actuación, lo que obedece a la gran multiplicidad de enfoques, orientaciones y motivaciones.¹⁰

Como profesión joven urge puntualizar aquellos conceptos que la definen. Siendo la autonomía uno de los elementos que caracteriza a una profesión, y que solo se puede ejercer con bases científicas, técnicas y filosóficas solidas; hay que partir por identificar como se interpretan sus componentes, es decir, identidad, independencia y autoridad.

El hecho que la enfermería no tenga plenamente definido su objeto, que el método no goce de pleno consenso, así como qué y cómo debe saber, lleva a que cada quien desarrolle su práctica más guiado por la imitación de modelos cotidianos, inspirados en enfoques biologicistas, que por el resultado de una reflexión lógica, científica, perdiendo la orientación humanista.

⁸ Piña E (2002).

⁹ Potter P y Perry A (2001).

¹⁰ Amaya P (2000) p. 37-47.

La bioética según la definición de Reich, citado por Cantavella¹¹ es “el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de salud, en cuanto esa conducta es examinada a la luz de los principios y valores morales”. En la medida que cada profesión reconozca con mayor claridad los elementos que definen su actuar, estará en mayor capacidad de decidir apegado a los principios bioéticos. Desde el punto de vista deontológico, Etxeberria¹² plantea la necesidad de analizar cómo se realiza y como se controla la autonomía de las personas implicadas, es decir, la del propio profesional, la de los clientes o usuarios y la de los afectados, señalando que se debe procurar la potenciación de la autonomía de todos, donde los límites que se impongan sean los derivados de la necesidad para la autonomía de los demás. Es por ello que se debe conocer como se le define para luego, si fuese necesario, procurar el unificar criterios y reconocer las implicaciones que la autonomía conlleva para cada profesión. Toda actividad lleva implícita una responsabilidad, solo en la medida que como grupo profesional se tenga claro su campo de actuación, los deberes y derechos, así como su objeto de acción, Enfermería podrá cumplir con su cometido en forma plena.

La definición de enfermería ha evolucionado a lo largo de la historia, así se tiene que se identifican perfectamente tres etapas: la de oficio, la técnica que inicia con Florence Nightingale y la profesional. Esta última, todavía en desarrollo, no se ha dado simultáneamente y de igual forma en todo el mundo. Sus inicios se identifican alrededor de los mediados del siglo XX, aunque desde 1923 se venían haciendo intentos para formalizar los estudios de enfermería a nivel superior. Son representativos del logro profesional la conformación de organizaciones gremiales, organismos de acreditación de formación y el desarrollo de una metodología propia de trabajo, que se conoce como proceso de enfermería.¹³ En 1971 se publica la definición de Enfermería que realiza Henderson, la cual la presenta como un arte y una ciencia, que tiene un papel estelar tanto en la prevención como en el restablecimiento de la salud, así como para evitar al paciente padecimientos a la hora de su muerte.¹⁴

¹¹ Cantavella M (2002) p. 39.

¹² Etxeberria X (2002).

¹³ Leddy S, Pepper JM. 1989.

¹⁴ Henderson V (1971).

Las funciones profesionales están ligadas, a menudo, a las expectativas institucionales y al ejercicio profesional, incorporan virtudes (hábitos) y obligaciones (deberes) e implican convenciones, costumbres y procedimientos de enseñanza, etc. Las normas de virtud incorporan criterios de mérito y distinción profesional, y la posesión de estas virtudes dispone a la persona a actuar de acuerdo con los objetivos de la profesión.¹⁵

Las profesiones del ámbito sanitario, igual que otras muchas, se ejercen actualmente dentro de una configuración institucional y empresarial que obliga al trabajo en equipo, a la corresponsabilidad en los resultados finales y a un conjunto de deberes que trascienden el espacio de las relaciones interpersonales directas. El profesional tiene que afrontar compromisos para con la institución, o la empresa, con el colectivo profesional y con el contexto socio- político del país.¹⁶

La relación clínica ha sufrido en los últimos años mayores cambios que en todo lo que representa la historia de la humanidad. Frente a la expresión más clásica “relación médico-enfermo” han surgido otras, hasta dar cabida a todos los profesionales de la salud que intervienen en el acto clínico y participan en la atención y el cuidado al paciente.¹⁷

El término autonomía en el campo moral se refiere al reconocimiento de un individuo libre y aceptación de las normas morales o guías de acción que gobernarán sus actitudes y comportamientos.¹⁸

El rol que desempeña enfermería en su práctica, puede dividirse en dos áreas, las funciones independientes y las interdependientes. Las primeras son aquellas que corresponden al campo diagnóstico y de tratamiento de la enfermería, no necesitan de una indicación médica, las interdependientes son aquellas que se realizan conjuntamente con otros miembros del equipo de

¹⁵ Beauchamp T, Childress J. (1999).

¹⁶ Boladeras M (1998).

¹⁷ Gracias D (1998).

¹⁸ Tubbs JA (2009).

salud,¹⁹ entre estas, se incluyen las anteriormente conocidas como dependientes, directamente derivadas de las indicaciones médicas, siendo el caso típico, la administración de medicamentos.²⁰ El trabajo en equipo ha sido reconocido como un reforzador de los logros individuales, en el caso del equipo de salud, a pesar que todos comparten un mismo objetivo, no siempre se logra controlar que intervengan mecanismos restrictivos, siendo estos de distinta naturaleza: financieros, falta de coordinación y de delimitar los roles así como también toda una serie de factores derivados de la socialización dentro de la formación profesional.²¹

Sobre este tema, Beare y Myers²² señalan que en el caso de la enfermería, lo correspondiente a la autonomía es uno de los aspectos que se mantiene ausente aun en la actualidad, por lo que se requieren de mayor reforzamiento en este aspecto.

Identidad. Es la forma en que las personas piensan de sí mismos en una variedad de contextos, como se percibe, siente y se realiza en su trabajo, como se relaciona, cuales son los valores y creencias que tiene; según los cuales actúa.²³

En este sentido, Cano-Caballero Gálvez²⁴ señala los elementos que configuran el marco conceptual de la enfermería y que están presentes en todas las teorías o modelos de enfermería: persona, salud y entorno.

Sobre este aspecto de la identidad, es de interés el estudio realizado por Cárdenas- Becerril,²⁵ donde encontró que la población objeto de estudio no poseía una identidad sólida, definida y fortalecida, debido a muchos factores como: capital cultural, cuestiones personales, currícula no adecuada a la actual realidad, a la pedagogía y a la enseñanza no humanista. Al respecto, Loo-Morales²⁶ enfatiza la necesidad de considerar la influencia de los aspectos biopsicosocial y cultural

¹⁹ Iyer P (1995) p. 444.

²⁰ Iyer P (1987) p.324.

²¹ McCray J. (2008) p. 423-445.

²² Beare P, Myers J. (1993) p. 67-75.

²³ Gimenez G (1997).

²⁴ Cano-Caballero M (2004).

²⁵ Cardenas-Becerril L.

²⁶ Loo-Morales J (2003).

en el proceso enseñanza-aprendizaje, partiendo por considerar a sus estudiantes como seres humanos inmersos en una realidad individual e impactada por otras visiones, susceptibles al cambio tanto en lo personal como lo colectivo, incluyendo su visión de la vida, haciéndolo responsable de su rol dentro del grupo profesional. Los valores que ha de encarnar una enfermería moderna deberían aspirar a convertirla y ser apreciada en el imaginario social como humanidad con ciencia, y no como se le percibe en la imagen actual: hipertecnologizada, burocratizada y despersonalizada, antes era percibida como humanidad sin ciencia.²⁷

Independencia. En latín se corresponde con “total, fin principal, conclusión en un todo” y de *libertas* en cuanto libre albedrio, derechos del hombre libre, licencia, permiso.²⁸ Por tanto se puede aseverar que independencia implica una condición individual que le permite, como parte de su carácter, el libre albedrio, el ejercicio de sus derechos y la licencia para actuar según criterio propio.

El campo de actuación propio de enfermería, es ejercido de distintas formas, por un lado todas aquellas tareas derivadas de sus competencias técnicas, pero también las resultantes de la función de cuidado, que van más allá de lo meramente técnico, nacidas de una visión holística del paciente, centrada en la relación humana, donde su obligación moral es para con el paciente, sin desvincularlo de su contexto.²⁹ Operativamente enfermería desarrolla este aspecto aplicando una metodología propia denominada proceso de enfermería,² método cíclico, dinámico y permanente, que garantiza la calidad de los cuidados que ofrece.³⁰ El papel independiente de la enfermería, se desarrollara en mayor medida así como se fortalezca la relación enfermera-paciente ⁽²⁴⁾ Otra manera de ver este término es revisando el vocablo libertad, particularmente como lo expresa Ortega y Gasset³¹ cuando se refiere a la forzosa elección que se debe hacer ante posibilidades.

Autoridad, etimológicamente, viene del hebreo —SaMJ`uT—, significa el que asume una responsabilidad y de la palabra latina, *auctoritas*, el que tiene el poder gracias a su capacidad de

²⁷ Lewis R (2001).

²⁸ Diccionario Latino Español (1926) p.498.

²⁹ Feito L (2000).

³⁰ Hogston R (2007).

³¹ Diccionario Filosófico (2007) p.285.

transformar.³² La auctoritas confiere capacidad moral para emitir una opinión cualificada sobre cualquier aspecto de la vida, y esta virtud se genera independientemente del cargo⁽³³⁾. Se relaciona con el derecho a tomar decisiones.³⁴

Métodos

Estudio cualitativo, donde la población a estudiar fueron las profesionales de enfermería con grado de licenciatura que laboran en el Hospital Universitario de Caracas, desempeñando el rol de atención directa; la muestra fue conformada por 12 profesionales, distribuidas entre las unidades de: quirófano, cuidados intensivos, emergencia y nefrología, seleccionadas en forma intencionada a razón de 3 enfermeras por cada unidad. Se realizó una entrevista estructurada en forma individual donde se exploró como definían de forma genérica y en lo profesional los aspectos identidad, independencia y autoridad, para ello se diseñó un guion con 11 preguntas abiertas el cual fue sometido a juicio de expertos para su validación. La confiabilidad se realizó con una prueba piloto, la cual se aplicó a una población similar a la muestra pero distinta. Previo a la recolección de la información a cada participante se le solicitó su consentimiento informado y la investigadora garantizó la privacidad y empleo de la data para los fines del estudio. A fin de garantizar la captación total de la información suministrada se les pidió autorización para grabar la entrevista. La interpretación de la data se hizo con la técnica de análisis del discurso, lo cual sirve de base para la presentación de los resultados, en los cuales las respuestas emitidas fueron comparadas con lo que señala la bibliografía.

Resultados

En el ítem 1, referida a definición de identidad, las respuestas en algunos casos, reflejan la influencia de concepciones supuestamente ya superadas, entre ellas: Guerreras, súper héroes, es el asistente del médico. Una de las personas la asocio con el uniforme, el carnet Analizando las respuestas emitidas por unidad, es en la de nefrología, donde se encontraron más puntos de

³² Torres-Gaxiola (2012).

³³ Fernandez J.

³⁴ White E (1990) p. 201-239.

encuentro y respuestas ajustadas a los tiempos actuales. Solo una persona señaló el término cuidar. Otro elemento que destaca es el empleo de términos, como sinónimos, aunque ya en la bibliografía han sido diferenciados, tales como atención, acciones, entre otras.

El ítem 2, ¿Cuáles considera Ud. son los valores que definen a la enfermería actual?, se encontró que los términos más señalados fueron respeto y conocimientos (6 en cada caso) Responsabilidad solo fue enunciado por 3. Los términos ayudar y Solidaridad solo fue expresado por una enfermera. Por otro lado, se señalaron valores que han sido característicos de la enfermería no profesional, así se tiene que algunas enfermeras expresaron: dedicación, entrega, pasión, vocación, destrezas. De manera general se puede apreciar como existe confusión respecto a lo que son los valores característicos de la profesión de enfermería.

La última pregunta correspondiente a la dimensión identidad era ¿Cómo definiría Ud. la función propia de enfermería? Aquí cabía esperar que la respuesta fuera el cuidado integral, solo dos, lo señalaron específicamente. El otro término empleado fue el de ayuda, mencionado por 2 enfermeras. Si bien, nos identificamos como profesión de ayuda, es una expresión más genérica y aplicada a diversas profesiones. El resto se refirió a componentes del quehacer enfermero, fundamentalmente lo asistencial (8 personas).

La segunda dimensión estudiada fue **independencia**. La primera interrogante fue ¿Cómo definiría Ud. independencia en enfermería?; donde 6 de las personas consultados, expresaron diversas frases, pero todas con el sentido que se le asigna al término independencia, Los otros 6, las respuestas fueron diversas, confundiendo funciones interdependientes con las independientes y con tendencia a lo técnico, así mismo algunos vincularon la práctica con el quehacer médico, llegando incluso al intrusismo; esto podría tener implicaciones de tipo deontológico y legal.

La pregunta 6, ¿De su experiencia laboral en atención directa, de cual (es) recurso(s) dispone el profesional de enfermería para desarrollar su rol independiente? 8 personas de las 12 entrevistadas señalaron los “conocimientos, el saber”. En línea general, no se tiene una idea completa de lo que se requiere para poder ejercer la independencia, en algunos casos se evidencia temor a ejercerla por las posibles represalias y en otros se demuestra la influencia de la figura médica dentro del quehacer de enfermería.

La pregunta 7, ¿Qué significado tendrá el proceso de enfermería dentro del quehacer de enfermería? La respuesta a esta interrogante que más se repitió fue la que lo identifica como un método para resolver problemas, esto fue declarado por 6 personas. Nadie señaló la totalidad de las etapas que lo conforman, también expresaron “aquí no se aplica”, “La enfermera actualmente no tiene tiempo para ello”

La última dimensión corresponde a **autoridad**, la primera interrogante fue ¿Cómo define autoridad? En las respuestas se ve que existe alguna idea sobre el término, pero no se tiene la claridad sobre su definición. Algunos de los encuestados expresaron términos que demuestran la herencia de estilos de gestión autoritarios y jerárquicos. El ítem 9 ¿De cuáles condiciones requiere el personal de enfermería para ejercer su autoridad laboral? En las respuestas se encuentra un elemento constante, conocimientos, saber, estos términos fueron señalados por 9 de las entrevistadas; lo referente a los dominios prácticos, fue reportado por 6 personas. Rasgos de personalidad positivos que favorecen el trabajo el equipo, fueron referenciados por otras 6. También se emplearon términos que podrían asociarse con la imagen tradicional de jerarquía que se maneja dentro de enfermería.

La pregunta 10, ¿A partir de su experiencia laboral de enfermera (o) de atención directa, como debe actuar si difiere de una indicación médica? Entre las respuestas formuladas se tuvo que la mayoría (11): Solicita que se revise la prescripción Sin embargo, 2, señalan que lo cumplirían; una coloca como condición, que esté escrita; la otra expreso “digo que lo hice, pero no lo hago”.

En el estudio de MacCray,²¹ en España, se señalaron algunos factores restrictivos que pueden estar interviniendo en la percepción de autonomía del profesional de enfermería⁽³⁵⁾ lo cual concuerda con los hallazgos de este estudio, por lo que se considera oportuno revisar estos aspectos en los currículos de las escuelas de enfermería, ya que sus implicaciones en el ejercicio profesional implica un alerta en la necesidad de enfatizar el papel de defensa de los derechos del paciente que juega la enfermera.

Bibliografía

Amaya P. *Poner los pies en la tierra para mirar el futuro. Retos de la investigación en enfermería*. En: Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería, editor. Cuidado y Práctica de Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2000. P. 37- 47

Beare P, Myers J. *Roles de Enfermería*. Tomo I. En: Beare P y Myers J. editores. *Enfermería, Principios y Práctica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1993. p. 67-75.

Beauchamp T, Childress J. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson, SA; 1999

Boladeras M. *Bioética*. Madrid: Editorial Síntesis; 1998

Cano-Caballero M *Enfermería y género. Tiempo de reflexión para el cambio*. Index Enferm [revista en la Internet]. 2004 Nov (consulta 2012 Mayo 29) ; 13(46): 34-39. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200007&Ing=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962004000200007>.

Cantavella M. *Bioética: ciencia y humanismo*. Guárico: Publicaciones del Rectorado Universidad Rómulo Gallegos. 2002. p. 39

Cárdenas- Becerril L. *Construcción de la Identidad de Enfermería: Una Visión Bajo el Currículo Oculto*. [Consulta el 16-08-2011] Disponible en: www.fenf.edu.uyruesitenum33_art02_identidad.pdf.

Castillo-Valery A. *Principios, normas y obligaciones del médico*. En: León- Cechini A, Castillo-Valery A, Nezer de Landaeta I, García-Flores F, Iván-Silva O, editores. *Ética en Medicina. Fundamentación. Módulo 1*. Caracas: Centro Nacional de Bioética. Facultad de Medicina. UCV; 1999. p.227-247

Diccionario Filosófico. Bogotá: Nika editorial, S.A. 2007. Libertad; p. 285.

Diccionario latino español. París: Librería de la vida de ch. bouret; 1926. libertas; p. 498

Etxeberria X. *Temas básicos de ética. ética de las profesiones*. Bilbao: Centros Universitarios de la Compañía de Jesús; 2002.

Feito L. *Ética Profesional de la Enfermera*. Filosofía de la enfermería como ética del cuidado. Madrid: PPC, Editorial y distribuidora, SA. 2000

Fernández J. Auctoritas en contraposición a potestas Disponible en: <http://joaquinafernandez.com/auctoritas-en-contraposicion-a-potestas-172/> consulta: 25-2-13

Giménez G. *Materiales para una teoría de las identidades sociales*. México: Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM; 1997. [consulta: 8-11-11] Disponible en: http://docentes2.uacj.mx/museodigital/cursos_2008/maru/teoria_identidad_gimenez

Gracia D. *Bioética clínica*. Santa Fe de Bogotá: El Búho; 1998

Henderson V. *Principios básicos de los cuidados de enfermería*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 1971.

Hogston R. *El manejo de la atención de enfermería*. En: Hogston R, Marjoram B. editores. *Fundamentos de la práctica de enfermería*. 3 edición. México: McGraw Hill; 2007.

Iyer P, Taptich B, Bernocchi-Losey D. *Proceso y diagnóstico de enfermería*. México: McGraw-Hill Interamericana. 1995; p. 444

Iyer P, Taptich B, Bernocchi-Losey D. *Proceso y diagnóstico de enfermería*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. 1987; p. 324

Leddy S, Pepper JM. *Bases conceptuales de la enfermería profesional*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1989.

Lewis R. Nurse –led primary care. *Learning from PMS pilots*. Londres: King's Fund. 2001

Loo- Morales I. *La identidad como proceso biológico-psicosocial y su construcción en enfermería*. Universidad de Zaragoza. Rev Enfermería IMSS 11 (1) 49-54. 2003. [consulta. 16-08-2011] Disponible en: www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/7761D0A9-F27C.../1_4954.pdf

Más R, Escribà V, Cárdenas M. *Estresores laborales percibidos por el personal de enfermería hospitalario: un estudio cualitativo*. Arch Prev Riesgos Labor 1999;2(4):159-167. (Internet) [Consulta: 8-11-11] Disponible en: www.scsmt.cat/pdf/1999_n.4.originales.2.pdf.

McCray J. *La práctica de la enfermería en el contexto interpersonal*. En: Hogston R, Marjoran B. editores. *Fundamentos de la práctica de enfermería*. 3ra edición. México: McGrawHill; 2008. p. 423-445

Mujica V, Ramírez H. *Información que suministra el profesional de enfermería al familiar del paciente crítico. Hospital Miguel Pérez Carreño*. (tesis) Caracas: Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela; 2005

Piña E. *Estrés laboral y efectos referidos por el personal de enfermería. Hospital Universitario de Caracas*. Caracas: Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela; 2002

Piña, E. *Estrés laboral percibido por el personal de enfermería que labora en áreas críticas. Venezuela 2004-2007*. Caracas: Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela; 2007

Potter P, Perry A. *Fundamentos de Enfermería*. Quinta edición. Madrid: Ediciones Harcourt, SA; 2001

Rodríguez Y. *Discurso y sociedad. una visión emergente hacia la enfermería*. Valencia: Universidad de Carabobo; 2006
Escobar D. *Perspectiva fenomenológico sobre el poder del cuidado humano amoroso*. Valencia: Talleres Gráficos del Instituto Vocacional de Venezuela; 2004

Rumbold G. *Ética en Enfermería*. Tercera edición. México: McGraw Hill Interamericana; 2000.

Torres- Gaxiola A. *Autoridad de la razón*. www.unam.mx/pdf. Theoria. Revista del Colegio de Filosofía, 2012 - ojs.unam.mx. Disponible: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/theoria/issue/current/showToc>. Consulta: 16-2-13

Tubbs J. *A Handbook of Bioethics Terms*. Washington: Georgetown University Press. 2009

White E. *Base conceptual para la intervención de enfermería con grupos*. En: Hall J, Redding B. editores *Enfermería en Salud Comunitaria: Un enfoque de Sistemas*. Washington: Organización Panamericana de la salud. Organización Mundial de la salud; 1990. p. 201- 239.

Arqueología y genealogía de la bioética

Mauricio Ávila Barba

Doctor en Filosofía por la Universidad Nacional Autónoma de México

Profesor de la Facultad de filosofía de la Universidad Autónoma de Querétaro*

Paul Ree se equivoca, como los ingleses, al describir las génesis lineales, al ordenar, por ejemplo, con la única preocupación de la utilidad, toda la historia de la moral: como si las palabras hubiesen guardado su sentido, los deseos su dirección, las ideas su lógica; como si este mundo de cosas dichas y queridas no hubiese conocido invasiones, luchas, rapiñas, disfraces, trampas.

Michel Foucault, *Nietzsche, la genealogía, la historia.*

La bioética —o las bioéticas— ha adquirido una importancia relevante en México. En 2005, por decreto presidencial, la Comisión Nacional de Bioética se convirtió en un Órgano Descentrado de la Secretaría de Salud, que tiene por encomienda “promover la creación de una cultura bioética en México, fomentar una actitud de reflexión, deliberación y discusión multidisciplinaria y multisectorial de los temas vinculados con la salud humana, y desarrollar normas ética para la atención, la investigación y la docencia en salud”.¹ Sin embargo, y sin afán de cuestionar su pertinencia, no está de más discutir la irrupción de la bioética no sólo en el campo de la salud y de la filosofía; sobre todo, es pertinente examinarla porque en ella se están *reinventando* formas de pensarnos como “seres con otros”. Además —como lo recuerda Pedro Téllez Pacheco en su

* Este trabajo se desarrolló en el marco del Proyecto de Investigación “Instrumentos Históricos científicos, cognición y enseñanza de la ciencia” (DGAPA IN 401809). Facultad de Psicología, UNAM. Responsable de Proyecto Dr. Zuraya Monroy Nasr.

¹ Verástegui Avilés, Emma; José Torres Mejía y Dafna Feinholz Klip, *Guía nacional para integración y el funcionamiento de los comités de ética en la investigación*, versión revisada por Sergio Pérez de Lara Choy y Carlos Bautista Rivas, Segunda edición, México 2010, p. 6. Disponible en: <http://www.ccinshae.salud.gob.mx/descargas/Investigacion/guiacei.pdf> (consultado el 12 de febrero de 2013).

artículo “Por una genealogía de la bioética”²—: Nietzsche nos advirtió que los derechos son grados de poder reconocidos y garantizados. Si las relaciones entre los poderes mutuos se alteran de un modo importante, desaparecen unos derechos y se forman otros, como lo muestra el vaivén incesante del derecho de los pueblos; en este sentido, con la reflexión bioética se ponen en juego prerrogativas que, en un primer momento, serán salvaguardadas —*fijadas, determinadas*— por los integrantes de los Comités de bioética —ya sean médicos, filósofos, juristas, entre otros.

Es mucho lo que implica la Bioética, por esta razón se justifica realizar una reflexión *meta-teórica* sobre ella; en otras palabras, es menester realizar la *episteme* de las epistemes, llevada a cabo por Foucault en su arqueología. A la par de esto, también podemos conducirnos bajo la ruta que nos legó F. Nietzsche: la genealogía; que, en sentido laxo, se dirige al esclarecimiento de los juegos de verdad que implica dicho saber, un suerte de crítica a de los valores —y de las valorizaciones. Empero, para el espacio que ahora tenemos, tal labor es impensable. Por esta razón en este trabajo nos limitamos, en un primer apartado, a señalar aspectos centrales de la ruta crítica —arqueológica-genealógica—; y, en un segundo apartado, identificaremos algunos los valores —y sus valoraciones— que están implicados en la reflexión bioética. Así, el objetivo de este trabajo se restringe a señalar las particularidades de un ruta crítica para analizar el discurso de la bioética.

Arqueología y genealogía: Foucault- Nietzsche

La obra de Michel Foucault es muy iluminadora al respecto de los problemas ético-morales. Él no sólo se interesó en la historia de las ciencias —recibida particularmente por su maestro Canguilhem—; además —guardando toda proporción—, se posicionó a su modo *en* los tres maestros de la sospecha: Nietzsche, Marx y Freud. Por ejemplo, se colocó fuera de la tradición que lee al Marx humanista que es compatible con una teleología del sentido (*dirección*); *ahora* se trata del Marx que acusa toda producción de sentido como arraigada en el juego inadvertido de las *fuerzas de producción*, del Marx, por consiguiente, que tiene una vecindad tanto con Freud (que la generación filosófica precedente a Foucault verdaderamente no había integrado jamás) como con Nietzsche (que masivamente se había ignorado, a excepción de Georg Bataille, cuya influencia será

² Téllez Pacheco, Pedro, “Por una genealogía de la bioética”. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/derecho/revista/idc24/24-12.pdf> , (consultado el 14 de febrero de 2013).

decisiva en lo sucesivo). El dominio (*campo*) de referencia de estos *nuevos* pensamientos y de estas *nuevas filosofías* es el del *lenguaje*, considerado éste como la *realidad* decisiva. Un lenguaje en el cual ninguna verdad simple e inmediata deja de cuestionarse. Un lenguaje que no coincide con la conciencia del sujeto *parlante* ni se confunde con la intención de comunicar ni con el *mensaje* que conscientemente se expresa. Un lenguaje, en suma, cuyo juego *ordenado* se juega en *otro* lugar.³ El pensamiento de la sospecha se colocaba entonces sobre el campo general de los enunciados humanos, pues éstos dicen siempre otra cosa de lo que creen decir: enunciado de la voluntad de poder según Nietzsche, del inconsciente según Freud y de la lucha de las clases y de las relaciones de producción según Marx.

Para dar cuenta entonces de lo que *asumimos* con la bioética —o con cierta bioética— con Foucault tendríamos que realizar una *crítica* a sus valores, a sus discurso —cuya verdad se *juega en otro lado*. Su punto de partida —su *pre-juicio*— es nietzscheano: suponer un origen *mezquino* del conocimiento. En su obra *Sobre verdad y mentira en sentido extramoral*, Nietzsche afirmó que

En algún apartado rincón del universo centelleante, desparramado en innumerables sistemas solares, hubo una vez un astro en el que animales inteligentes inventaron el conocimiento.

¿Qué es, pues, verdad? Respuesta: una multitud movable de metáforas, metonimias y antropomorfismos, en una palabra una suma de relaciones humanas poética y retóricamente potenciadas, transferidas y adornadas que tras prolongado uso se le antojan fijas, canónicas y obligatorias a un pueblo. Las verdades son ilusiones que se han olvidado que lo son, metáforas gastadas cuya virtud sensible se ha deteriorado, monedas que de tan manoseadas han perdido su efigie y ya no sirven como monedas, sino como metal.⁴

En este sentido, el conocimiento y su verdad no debe buscarse en una suerte de realidad objetiva, en todo caso éstos se arraigan en el “valor”. Deleuze, crítico de Nietzsche, nos pone en este camino.

³ Descombes V. *Los mismo y lo otro. Cuarenta y cinco años de filosofía francesa (1933-1978)*. Madrid: Editorial Cátedra; 1979: 1.

⁴ Nietzsche F. *Sobre verdad y mentira en sentido extramoral*. 3ª Ed. Trad. de Luis M. Valdés y Teresa Orduña. Madrid: Tecnós; 1996: 17.

Qué es la revolución kantiana, se pregunta Deleuze: es un *evento* en el que el hombre se descubre con una potencialidad: salgamos de la minoría de edad, sirvámonos de nuestro propio entendimiento —reza la sentencia kantiana. Así, para decirlo con Deleuze, lo primero que uno aprende con la revolución copernicana es que nosotros *dirigimos, controlamos*. Deleuze apunta que

la idea fundamental de lo que Kant llama revolución copernicana consiste en esto: sustituir a la idea de una armonía entre el sujeto y el objeto (acuerdo final) por el principio de una sumisión necesaria del objeto al sujeto. El descubrimiento esencial es que la facultad para conocer es legisladora, o más precisamente, que en la facultad para conocer *hay* algo de legisladora.⁵

Precisamente, Hume había visto que el conocimiento implicaba principios *subjetivos*, por los cuales nosotros *organizábamos*, en la memoria o la imaginación, lo dado por la experiencia. Sin embargo, los principios de la naturaleza humana tenían un carácter meramente psicológico, los procesos de asociación se encargaban de organizar nuestras representaciones (percepciones) o gracias a ellos nosotros podríamos, por ejemplo, reconstruir en *la memoria* ciertos pasajes de nuestra vida. Por el contrario, para Kant el sujeto trascendental, que llama “apercepción originaria”, es el principio de la filosofía crítica y condición necesaria para todo conocimiento: “siempre que hay un conocimiento hay una conciencia que lo precede como una propiedad de volverse sobre sí mismo y, a la vez, como su condición de existir”.⁶ Pero, Kant también enfatizó que nuestra experiencia *del* mundo era posible gracias a las formas *a priori* de la sensibilidad y a los conceptos *a priori* del entendimiento.

En esta tradición epistemológica, ¿qué es lo que introduce Nietzsche con la Genealogía? Para Deleuze —y, guardando toda proporción, para Foucault—: la verdadera revolución copernicana. Para Deleuze fue Nietzsche y no Kant quien lleva a cabo un cambio radical en torno al conocimiento y a los problemas de la filosofía:

El proyecto más general de Nietzsche consiste en esto: introducir en filosofía los conceptos de sentido y valor. Nietzsche no ocultó nunca que la filosofía del sentido y de los valores tenían que ser una crítica. Revelar que Kant no realizó la verdadera crítica, porque no supo plantear el problema en términos de valores, es precisamente uno de los móviles relevantes de la obra de Nietzsche. Pero lo que le sucedió a la filosofía moderna

⁵ Deleuze G. *La philosophie critique de Kant*. Paris: Quadrige/P.U.F.; 2004: 22-23.

⁶ Bilbeny N. *Kant y el tribunal de la conciencia*. Barcelona: Gedisa editorial; 1994: 19.

es que la teoría de los valores engendró un nuevo conformismo y nuevas sumisiones. Pero cuando se trata de Nietzsche, tenemos por el contrario que partir del hecho siguiente: la filosofía de los valores, como él la instauro y la concibe, es la verdadera realización de la crítica, la única manera de realizar la crítica total, es decir, de hacer filosofía a “martillazos”. El concepto de valor, en efecto, implica una inversión *crítica*.⁷

En este sentido, Deleuze nos invita a pensar que las *verdaderas* condiciones de nuestra experiencia no están dadas por las formas *a priori* de la sensibilidad (espacio y tiempo) ni por categorías *a priori* del entendimiento, sino en por el “valor”. Desde esta perspectiva, todo fenómeno humano nos es dado en *su* sentido si *desentrañamos* los valores y valoraciones que lo significan; en otras palabras,

si sabemos cuál es la fuerza que se apropia de la cosa, que la explota, que se apodera de ella o se expresa en ella. Un fenómeno no es una apariencia ni tampoco una aparición, sino un signo, un síntoma que encuentra su sentido en una fuerza actual. Toda la filosofía es una sintomatología y una semiología. Las ciencias [y con ellas, la bioética] son un sistema sintomatológico y semiológico.⁸

Sin embargo, es importante que advertir que la búsqueda del origen del valor —que se llevaría a cabo en la genealogía— tiene matices importantes. Como lo hizo notar Michel Foucault en su artículo “Nietzsche, la généalogie, l'histoire”, *Hommage à Jean Hyppolite*, debemos ser muy cuidadosos al hablar sobre el “origen”. Cuando Nietzsche hace referencia al “origen”

rechaza, al menos en ciertas ocasiones, la búsqueda del origen (*Ursprung*). Porque en primer lugar [la búsqueda del origen] se esfuerza por recoger allí la esencia exacta de la cosa, su más pura posibilidad, su identidad cuidadosamente replegada sobre sí misma, su forma móvil y anterior a todo aquello que es externo, accidental y sucesivo. Buscar un tal origen, es intentar encontrar “lo que estaba ya dado”, lo “aquello mismo” de una imagen exactamente adecuada a sí.⁹

En este sentido, Foucault advierte que todo trabajo que quisiera, por ejemplo, dar cuenta del “origen del mal”, como en su momento lo pretendió Paul Ree en su obra *Ursprung der moralischen Empfindungen*, tendría que regresar hasta la *fuerza* de dónde el propio mal *emana*, por ejemplo, de Dios; un genealogía de la moral tendría que enfocarse en esta tarea.

⁷ Deleuze G. *Nietzsche et la philosophie*. París: PUF; 1983: 2.

⁸ *Ibidem*, 3. Los corchetes son míos.

⁹ Foucault M. Nietzsche, la généalogie, l'histoire. *Hommage à Jean Hyppolite*. Paris: P.U.F.; 1971: 136.

Por el contrario, para Foucault *detrás* de las cosas —si se me permite la expresión, pues él no es un estructuralista— no hay un *secreto esencial y sin fechas*; su *único secreto* es que ellas no tienen esencia o, en todo caso, ésta fue edificada (*construite*) por piezas que le son extrañas. En este sentido,

Hacer la genealogía de los valores, de la moral, del ascetismo, del conocimiento no será por tanto partir a la búsqueda de su “origen”, minusvalorando como inaccesibles todos los episodios de la historia; será por el contrario ocuparse en las meticulosidades y en los azares de los comienzos; prestar una escrupulosa atención a su irrisoria malevolencia; prestarse a verlas surgir quitadas las máscaras, con el rostro del otro; no tener pudor para ir a buscarlas allí donde están “revolviendo los bajos fondos”—, dejarles el tiempo para remontar el laberinto en el que ninguna verdad nunca jamás las ha mantenido bajo su protección.¹⁰

En congruencia con lo anterior, Para Herbert Frey, traductor y crítico de Nietzsche, con el nihilismo se daba cuenta de la carencia objetiva de valor y de sentido del mundo y del hombre; sin embargo, también advierte que “con ello, empero, no quería decir que no podían existir creaciones de valor y de sentido, sino sólo que las propiedades de valor del mundo y del hombre no estaban fundamentadas en sí mismas, sino en valoraciones subjetivas de los seres humanos”.¹¹ En concreto. Una genealogía, que hace suya la *verdadera* revolución copernicana, se dirigiría al origen del valor, lo que significa: estar la *caza* de los eventos (*quiebres*) de la “la historia, con sus intensidades, sus debilidades, sus furores secretos, sus grandes agitaciones febriles y sus síncope, es el cuerpo mismo del devenir”.¹²

¿Qué debe hacer una arqueología en el *retorno* al *origen* del discurso de la bioética? Hacer una *episteme* de las epistemes. Pero este trabajo está lejos de ser una epistemología de carácter normativo, como la de Karl Popper (su pregunta es literal: ¿qué es la ciencia?); o partir de un planteamiento historicista, como el de Kuhn (¿cómo se desarrolla la ciencia?); Foucault, como apunta Guillaume le Blanche, emprende una arqueología de las *epistemes* que se dirige a poner en evidencia las condiciones de emergencia de los discursos sobre el saber en general en una época

¹⁰ *Ibidem*, 10.

¹¹ Frey H. Nihilismo y arte de la vida. Entre Montaigne y Nietzsche. En *Estudios* 99, vol. X, México, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, invierno 2011: 39.

¹² Foucault Michel. Nietzsche, la g n alogue, l'histoire. *Ob. cit.*, 137.

dada; llámense circunstancias filosóficas, económicas, científicas, políticas, etc. Con esto Foucault no sólo *reporta* la manera en que el saber se determina a partir de la constitución de nuevos objetos que surgen en cierto momento, además advierte cómo ellos se coordinan en una configuración epistémica coherente, un paradigma —o en sentido laxo: un marco teórico— que integra no sólo teorías también contempla las prácticas *propias* que implica un saber; si la pregunta por la ciencia no es *literal*, la *episteme* de las *epistemes* que emprende Foucault no es un quitar aquello que vela la ‘Ciencia’ sino un elucidar las *condiciones* de formación de ésta.

Desde esta perceptiva tenemos dos tareas fundamentales entorno a las condiciones de emergencia de la bioética —o de cierta bioética—: 1. definir las valoraciones que están implicadas en ella y 2. evidenciar su irrupción como un saber reconocido —necesario, imprescindible— para una sociedad democrática y plural; esto último significa, en palabras de Foucault, que la irrupción de *la* bioética puede pensarse cómo, dentro de una cultura determinada, se organiza el *saber* —las prácticas discursivas—, cómo se institucionaliza, cómo crea un lenguaje propio, cómo implica o restringe acciones y cómo alcanza su “estatus de ciencia”.¹³

Reflexión sobre algunos *principios* de *la* Bioética

Como se advierte en la *Guía Nº 1 de Creación de Comités de bioética* “los códigos y declaraciones por sí mismos son letra muerta”.¹⁴ Por esta razón, como señala Henke ten Have —Director de la División de Ética de la ciencia y la tecnología de la UNESCO—, “los Comités de bioética constituyen una plataforma ideal para implementar los distintos instrumentos normativos adoptados por la UNESCO”.¹⁵ De esta forma, siguiendo con Foucault, éstos se encargarán —a través de implementar programas de enseñanza, directrices, reglamentos, legislaciones, etc.— de fortalecer e *institucionalizar* los presupuestos de esta organización mundial, los cuales están sentados en la Declaración sobre el genoma humano y los derechos humanos (1997) y en la Declaración

¹³ Foucault M. *L'archéologie du savoir*. París: Gallimard; 1969: 69-74.

¹⁴ UNESCO, *Guía para la creación de Comités de Bioética*, 2005, Francia. <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001393/139309s.pdf>. (consultado el 18 de febrero de 2013), p. 8. (Fecha de acceso: 01 de marzo de 2013).

¹⁵ Henke ten Have, “Prólogo”, en UNESCO, *Guía para la creación de Comités de Bioética*, 2005, Francia. <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001393/139309s.pdf>. (consultado el 18 de febrero de 2013), p. 5. (Fecha de acceso: 01 de marzo de 2013).

internacional sobre los datos genéticos humanos (2003). En México, estos principios están articulados en los lineamientos de la Comisión Nacional de Bioética, en los cuales está estipulado que la bioética, como una disciplina, debe ser:

1. Laica (Buscar acuerdos racionales entre personas de diversas filiaciones religiosas o ateas. Es tolerante.
2. Plural. (reconoce y promueve la diversidad y trata de alcanzar acuerdos razonables entre diversas posturas dentro de una discusión que parta de mínimos compartidos. Reconoce la pluralidad no sólo como hecho sino como un valor.
3. Autónoma. Es libre de influencias políticas, religiosas y económicas. Reconoce la capacidad de autorregulación del ser humano.
4. Racional, filosófica y discursiva. La realidad ética no se conoce *a priori* sino a través de la reflexión sobre las consecuencias de las decisiones.
5. Universal. Válida para todos, en cualquier lugar. Las decisiones deben ir más allá de los convencionalismos morales pues se aspira a decisiones responsables por vía del acuerdo intersubjetivo pero con base en acuerdos objetivos mínimos, como lo son los derechos humanos.
6. Interdisciplinaria: Comprende aspectos filosóficos, científicos, sociales, antropológicos, psicológicos, técnicos, legales, del cuidado de la salud y de la investigación en salud.
7. Intermediadora: Promueve mecanismos razonados y racionales para la toma de decisiones difíciles y para resolver conflictos.
8. Regulatoria o procedimental: Apoya los protocolos, procedimientos y cuerpos colegiados.
9. Aplicada: Reflexiona y cuestiona problemas reales, cotidianos y concretos.¹⁶

Bajos estos lineamientos este organismos mexicano tendrá la encomienda, entre otras tareas, de instituir políticas públicas de salud, “establecer y difundir criterios que deban considerar los Comités Hospitalarios de Bioética y Comités de Ética en Investigación para el desarrollo de sus actividades”.¹⁷

Sería un tanto irreverente cuestionar a “raja tabla” el trabajo de los Comités de bioética. Sin embargo, tenemos que señalar que, como un trabajo de corte teórico-filosófico, es indispensable la tarea de pensar los valores –incluso las dinámicas políticas– que envuelven –de forma inevitable– a dichos Comités. Hay que señalar que cuando leemos los lineamientos que debe seguir los Comités de bioética nos interpelan muchos asuntos. Por ejemplo, y en esto consistiría una suerte de trabajo arqueológico-genealógico— cabría preguntarse ¿qué valores nos quieren *vender* en los lineamientos de los Comités cuando se presupone que la bioética es “libre de

¹⁶ Verástegui Avilés, Emma [et. al], Guía nacional para integración y el funcionamiento de los comités de ética en la investigación. *Ob.cit.*, 14.

¹⁷ *Ibidem*, 13.

influencias políticas, religiosas y económicas”, o cuando nos dicen que la bioética implica un deliberación en el marco de un estado laico? Me parece que es algo que *nadie* podría creerlo tan a *la ligera*.

Es más que sabido que toda discusión está cargada de valores, los cuales –aunque no determinen en sentido fuerte de la palabra— *sí orientan* la discusión y sirven de marco en el cual se encuadran las *buenas razones* para elegir tal o cual cosa. Lo anterior me hace pensar que en el marco de la reflexión bioética hay lineamientos cargados de presupuestos *ilustrados*: una creencia en los acuerdos racionales; el “sentido común” es lo mejor repartido en el mundo, señala Descartes. Y esto explicaría el énfasis en promover mecanismos razonados y racionales para la toma de decisiones difíciles y para resolver conflictos, para proponer una neutralidad religiosa y para colocar a la bioética en el marco de un estado democrático, entre otros aspectos. Desde mi punto de vista, esto es más o menos una *ficción*. Como apunta René Gerard, gracias a un prejuicio ilustrado –que quiere separar de un solo tajo Iglesia y Estado, fe y razón—, generalmente se olvida que el cristianismo es *el* un modo de ser que nos constituye como occidentales.¹⁸ En congruencia con esto, Jean-Luc Nancy nos advierte que:

1. El cristianismo es inseparable del Occidente: no es ni algo accidental que le sobreviniese a Occidente (para bien o para mal) ni trascendente a él.
2. La descristianización del Occidente no es una palabra vana, sin embargo mientras más intensamente sobreviene sombra del cristianismo: Este segundo axioma plantea así que la totalidad de nuestro pensamiento es de parte a parte cristiano. De parte a parte y completamente, es decir nosotros todos, de punta a cabo.
3. El Occidente mismo, la occidentalidad, es aquello que se consume poniendo al desnudo una nervadura (conjunto de nervios) muy particular de sentido: –y esto es lo que engendra propia y necesariamente, creo, un gesto de *de-construcción*– no se trata de despojarse de una tradición, de desprenderse de una vieja piel, sino que precisamente se trata de enfrentar aquello que llega al Occidente y al cristianismo desde más lejos que estos mismos, aquello que desde el fondo de nuestra tradición llega a nosotros como algo más arcaico (por supuesto, en el sentido de un *arkhè*, y no de un comienzo histórico) que el cristianismo mismo. y ese corazón corre el riesgo de ser, si yo oso de decirlo así, un corazón cristiano.¹⁹

Así, por ejemplo, frente al Estado democrático-laico –en su discusión con Michel Onfray y Paolo Flores D’Arcais—, Gianni Vattimo nos recuerda que la *máxima* “una persona, un voto, es un

¹⁸ Cfr. Girard R, Vattimo G. *¿Verdad o fe débil?. Diálogo sobre cristianismo y relativismo*. Madrid: Paidós Contextos; 2011: 36-39.

¹⁹ Nancy JL. *La desconstrucción del cristianismo*. Buenos Aires: Ediciones La Cebra; 2004: 23 y 24.

principio justamente fundado en el hecho de que somos herederos de la tradición cristiana y de su idea de igualdad entre todo los hijos de Dios. Los griegos no pensaban en absoluto así. [Debemos reconocerlo], y ésta es la gracia en la que estamos, sin ninguna elección.”²⁰

Conclusiones

Insistimos que en este trabajo no proponemos una *crítica* a la bioética, como quien quiere *mejorar* un saber; desde mi perspectiva, esta es una visión un tanto *anacrónica* de la filosofía. Por el contrario, creemos que es indispensable reconocer el *horizonte hermenéutico* desde el cual no sólo planteamos nuestros problemas, además dirigimos nuestras prácticas y la toma de decisiones. De tal forma, aplaudimos el trabajo que se realiza al interior de los Comités de bioética; incluso, de alguna manera, con estos congresos y nuestras actividades académicas colaboramos a su *institucionalización*. Sin embargo, no nos engañemos. Sin afirmar que tengamos que pertenecer al cuerpo de feligreses de alguna religión *nacida* del cristianismo, no podemos soslayar las provocadoras advertencias de Gianni Vattimo cuando se profesa como un “creyente” que afirma que la Biblia es la base de una tradición a la que pertenece y sin la cual no podría pensarse.²¹ En este sentido, el discurso de la bioética –los parámetros para establecer las *buenas razones* en la toma de decisiones— tiene este *origen* profundo; toda simulación es una omisión flagrante. Así, toda bioética “laica”, será para Vattimo tan sospechosa como una “democracia laica”.

Bibliografía

Bilbeny, Norbert, *Kant y el tribunal de la conciencia*, Barcelona, Gedisa editorial, 1994.

Deleuze, Guilles, *Nietzsche et la philosophie*, París, PUF, 1983.

----, *La philosophie critique de Kant*, Paris, Quadrige/P.U.F., 2004.

Descombes, Vincent, *Los mismo y lo otro. Cuarenta y cinco años de filosofía francesa (1933-1978)*, Madrid, Editorial Cátedra, 1979.

Foucault, Michel, *L'archéologie du savoir*, Paris, Gallimard, 1969.

²⁰ Gianni V, Onfray M, Flores D'Arcai P. *¿Ateos o creyentes? Conversaciones sobre filosofía, política, ética y ciencia*. Barcelona: Paidós Contextos: 92. Los corchetes son míos.

²¹ *Ibidem*, 20.

----, "Nietzsche, la g nealogie, l'histoire", *Hommage   Jean Hyppolite*, Paris, P.U.F., 1971.

Frey, Herbert, "Nihilismo y arte de la vida. Entre Montaigne y Nietzsche", en *Estudios* 99, vol. X, México, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, invierno 2011.

Friedrich, Nietzsche, *Sobre verdad y mentira en sentido extramoral*, (Trad. de Luis M. Valdés y Teresa Orduña, Tercera edición), Madrid, Tecnós, 1996.

Girard, René y Gianni Vattimo, * Verdad o fe débil?. Diálogo sobre cristianismo y relativismo*, Madrid, Paidós Contextos, 2011.

Henke ten Have, "Prologo", en UNESCO, *Guía para la creación de Comités de Bioética*, 2005, Francia. <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001393/139309s.pdf>. (consultado el 18 de febrero de 2013), p. 5. (Fecha de acceso: 01 de marzo de 2013).

Nancy, Jean-Luc, *La Desconstrucci n del Cristianismo*, Buenos Aires, Ediciones la Cebra, 2004.
Téllez Pacheco, Pedro, "Por una genealogía de la bioética", <http://servicio.bc.uc.edu.ve/derecho/revista/idc24/24-12.pdf>, (consultado el 14 de febrero de 2013).

UNESCO, *Guía para la creación de Comités de Bioética*, 2005, Francia. <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001393/139309s.pdf>. (consultado el 18 de febrero de 2013).

Verástegui Avilés, Emma; José Torres Mejía y Dafna Feinholz Klip, *Guía nacional para integración y el funcionamiento de los comités de  tica en la investigación*, versión revisada por Sergio Pérez de Lara Choy y Carlos Bautista Rivas, Segunda edición, México 2010. <http://www.ccinshae.salud.gob.mx/descargas/Investigacion/guiacei.pdf> (consultado el 12 de febrero de 2013).

Vattimo Gianni, Michel Onfray y Paolo Flores D'Arcai, * Ateos o creyentes? Conversaciones sobre filosofía, política,  tica y ciencia*, Barcelona, Paidós Contextos.

El científico y los dilemas bioéticos de la biología contemporánea

Fernando Anaya Velázquez, Felipe Padilla Vaca y Sergio Arias Negrete

Departamento de Biología, División de Ciencias Naturales y Exactas, Campus Guanajuato,

Universidad de Guanajuato, México

Contacto: anayafe@ugto.mx

Resumen

La biología actual se ha desarrollado notablemente en varios temas de frontera que definen a la biología contemporánea tales como: células madre, organismos transgénicos, biología sintética, biología de sistemas, genómica funcional, patobiología, bioinformática, neurobiología, exobiología, bionanotecnología y biología traduccional. Por otro lado, los nuevos conocimientos están teniendo aplicaciones en la biomedicina, medicina personalizada y biotecnología, entre otros campos. Dichas aportaciones están confirmando que el presente siglo será el de la biología, por el gran impacto que tendrá el avance de dicha disciplina científica en la comprensión de la naturaleza y en la calidad de vida de los seres humanos, además de fomentar el cuidado y preservación de la biodiversidad y el medio ambiente. Sin embargo, de manera paralela a su desarrollo, están surgiendo diversos dilemas bioéticos, los cuales se relacionan con el detrimento en el respeto a la dignidad humana y la menor protección de los derechos humanos, particularmente en el área de la salud, derivados de los experimentos, hallazgos y posibles aplicaciones de las nuevas tecnologías. Por lo anterior, es necesario que la comunidad científica reflexione no solamente sobre lo que es posible investigar sino lo que se debe de hacer de manera racional. Desde la perspectiva bioética, se advierte que los científicos debemos actuar con responsabilidad al manipular y transformar a los seres vivos, evaluando siempre los riesgos y beneficios, basando nuestras acciones en principios éticos, fundamentos legales y argumentos científicos. También se deben analizar las posibles consecuencias de nuestra intervención sobre la vida biológica, tanto en el diseño y realización de los protocolos científicos, como en la observación, difusión y aplicación de los resultados obtenidos en el sector social o en el productivo. El propósito es que permitamos que continúe la evolución de la vida, aumentando el bienestar de la humanidad en un marco de desarrollo sustentable.

Introducción

La investigación científica y tecnológica, particularmente en el área de la biología, biomedicina y biotecnología, está dando como resultado, numerosos descubrimientos, avances y desarrollos que tendrán un impacto notable en la calidad de vida de todos en el futuro cercano. En el pasado, tales progresos eran paulatinos y los cambios no eran tan notables. Actualmente, la especialización es algo que ocurre en todos los campos del conocimiento por lo que el nacimiento de nuevas subdisciplinas es algo común hoy en día.

En el inicio del presente siglo XXI, la biología ha llegado a un nivel de madurez en la teoría, herramientas para la experimentación y, descubrimientos fundamentales derivados de la genómica, lo que ha permitido conectar a la evolución con la biología molecular, participando varias subdisciplinas, como la biología celular, además de otras disciplinas como la bioquímica, lo que está permitiendo conocer la vida biológica desde el nivel molecular hasta el nivel de poblaciones, por lo tanto, la nueva biología entrelaza a la genómica, la bioinformática, y la genética evolutiva.¹

Una de las consecuencias de tal especialización ha sido la necesidad de la cooperación científica, ya sea a nivel multidisciplinar o interdisciplinar, por lo que ahora es necesaria la colaboración entre especialistas de varias disciplinas para lograr avances significativos. En el mismo sentido, para obtener productos aplicados derivados de la investigación básica se ha requerido que los científicos y tecnólogos unan esfuerzos para lograr el paso del conocimiento obtenido a nivel experimental en el laboratorio, al grado de aplicación necesaria para constituir una innovación tecnológica con una utilidad práctica.

Entre los campos del saber que se han beneficiado de estas sinergias están por ejemplo la agricultura, las fuentes alternas de energía, el impacto ambiental y otras. Por su parte, en el campo de la biología, hablamos actualmente, por ejemplo, de temas tales como: células madre, organismos transgénicos, biología sintética, biología de sistemas, genómica funcional, patobiología, bioinformática, neurobiología, exobiología, bionanotecnología y biología

¹ Rose, M.R., Oakley, T.H. The new biology: beyond the Modern Synthesis. *Biology Direct* 2007, **2**:30.

traduccional.^{2,3} Todos estos tópicos son representativos de la biología contemporánea, es decir de la biología de frontera, la que avanza todos los días y que cambia a dicha disciplina de manera constante. En consecuencia, la biología actual tiene nuevos paradigmas que son característicos de las nuevas hipótesis de trabajo y de los resultados obtenidos.

La biología avanza tan rápido en la actualidad, que día a día surgen nuevos temas que ponen a pensar a la sociedad y a la comunidad científica sobre, si todo lo que es posible hacer técnicamente, se debe de hacer. Por ejemplo, la muy reciente búsqueda de vida en lagos subterráneos⁴ aislados durante millones de años puede aportar nueva información sobre la diversidad de la vida, pero ¿cuáles son los posibles riesgos y beneficios de tales investigaciones, tanto para la conservación de la biodiversidad como para la bioseguridad del ser humano?

Dilemas bioéticos en la biología contemporánea

El investigador científico usualmente no considera que los aspectos éticos de sus proyectos sean importantes; es frecuente observar que dichos temas no sean considerados con seriedad por él y sus colegas. Existen algunas justificaciones aparentes, mencionadas por los propios científicos para dicha actitud, como son que el trabajo científico se relaciona poco con la ética, que la ética es arbitraria, que usualmente las personas relacionadas con la ética usualmente dicen no a las nuevas tecnologías, e incluso que otros tomarán las decisiones éticas cuando sea necesario⁵. Todo esto puede deberse a que el científico considera que todo lo factible metodológicamente se puede hacer y porque piensa que él no es responsable del uso posterior que se haga de su trabajo.

Afortunadamente, cada día es más frecuente escuchar que muchos científicos muestran su preocupación por las implicaciones éticas y posibles usos de sus hallazgos. Igualmente, otros han

² Arias Negrete S. La biología del futuro en el presente. En: Primer Foro Internacional Interdisciplina y Espacios Sustentables (Valdivia, B., Ed.). Universidad de Guanajuato, México, 2011. pp. 23-36.

³ Anaya Velázquez, F. La bioética en la biomedicina y la biotecnología. En: Primer Foro Internacional Interdisciplina y Espacios Sustentables (Valdivia, B., Ed.). Universidad de Guanajuato, México, 2011. pp. 77-85.

⁴ Schiermeier, Q. Lake-drilling team discovers life under the ice. *Nature News* 11 de febrero de 2013.

⁵ Wolpe, P.R. Reasons scientists avoid thinking about ethics. *Cell* 125:1023-1025, 2006.

manifestado, pensando en el futuro del ser humano, que el bienestar de la humanidad dependerá del uso responsable y ético de los descubrimientos,⁶ así como de una educación adecuada y un diálogo franco entre la ciencia y la sociedad que incluya los aspectos éticos.⁷

Los nuevos conocimientos derivados de los avances de las nuevas subdisciplinas de la biología contemporánea están dando lugar a numerosas aplicaciones potenciales en la biomedicina, medicina personalizada y biotecnología, entre otros campos. Dichas aportaciones están confirmando que el presente siglo será el de la biología, por el gran impacto que tendrá el avance de dicha disciplina científica en la comprensión de la naturaleza y en la calidad de vida de los seres humanos, además de fomentar el cuidado y preservación de la biodiversidad y el medio ambiente.

Además, la información científica es actualmente muy grande, existen aproximadamente 28,000 revistas científicas con arbitraje estricto que publican 1.8 millones de artículos por año sobre numerosos temas y disciplinas, de los cuales, está aumentando cada año el número de ellos que tienen acceso libre a su contenido debido a que ahora está proliferando la opción de que mediante el pago por los autores, los lectores pueden tener acceso gratuito a los artículos científicos a través de servicios como el internet,⁸ lo que puede permitir que la sociedad tenga mayor acceso a la información científica.

De manera paralela al desarrollo vertiginoso del conocimiento científico, están surgiendo inquietudes, dudas y planteamientos sobre su futuro uso, por lo que han surgido dilemas bioéticos, es decir situaciones en las que se tienen dos opciones de acción pero ninguna es la más satisfactoria, debido a los probables riesgos y beneficios de los hallazgos y sus aplicaciones. Las consecuencias de las decisiones tomadas se relacionan con el detrimento en el respeto a la dignidad humana y la menor protección de los derechos humanos, particularmente en el área de

⁶ Clarke, R. ¿Qué significa ser humano?. En: Una mirada a nuestro mundo 50 años en el futuro (Wallace, M., Ed), Nelson, Inc., Nashville, EUA. pp. 79-85.

⁷ Zewail, A. Avances increíbles...y lo que permanece igual. En: Una mirada a nuestro mundo 50 años en el futuro (Wallace, M., Ed), Nelson, Inc., Nashville, EUA. pp. 248-252.

⁸ Frank, M. Open but not free-publishing in the 21st century. *New England Journal of Medicine* 368:787-789, 2013.

la salud, como consecuencia de los experimentos realizados, de los descubrimientos obtenidos y de las posibles aplicaciones de las nuevas tecnologías.

Desde el punto de vista de la bioética, es muy importante que las innovaciones tecnológicas derivadas del avance científico sean: 1) de utilidad práctica para los usuarios, 2) tengan un costo adecuado para todos, 3) beneficien a la mayoría de la población y, 4) promuevan un trato justo a los ciudadanos.

Aunque los temas contemporáneos de la biología, son nuevos o son mejoras a los ya conocidos, no se tienen aún muchas experiencias en cuanto al análisis del impacto de sus aplicaciones, por lo que la evaluación del riesgo/beneficio en el uso de los mismos se ha iniciado recientemente. Así surgen los dilemas bioéticos, es decir, las inquietudes de los científicos y los tecnólogos en la toma de decisiones en el ámbito biológico, debido a que lo que se pretende es hacer un uso responsable de tales conocimientos. En consecuencia, surgen, entre otras, las preguntas siguientes que ayudan a la reflexión bioética: ¿porqué utilizar dicho conocimiento? ¿cuáles son las bases científicas que apoyan su aplicación? ¿quiénes serán los beneficiados? ¿a qué costo? ¿cuáles son los riesgos y los posibles beneficios? ¿se promueve la responsabilidad científica? ¿se respeta la dignidad humana?, ¿se favorece la protección de los derechos humanos?.

La biología contemporánea y la bioética

La bioética nació por las inquietudes de los científicos y humanistas sobre la generación del conocimiento y su uso responsable en los campos de la biomedicina, la biotecnología y el medio ambiente⁹, y posteriormente, otros campos del saber humano se han involucrado. En la actualidad, se considera que la bioética tiene las características de una transdisciplina¹⁰ y prácticamente todas las áreas del saber humano que están participando en la construcción constante de la misma, tienen como objeto de estudio a la vida biológica y participan en la elaboración y evolución de un lenguaje común para dicha disciplina. Sin embargo, se ha cuestionado si la bioética ha logrado ser global o solamente se ha sectorizado por regiones del

⁹ Potter, V.R. Bioethics, the science of survival. *Perspectives in Biology and Medicine* 14:127-153, 1970.

¹⁰ Rosenfield, P.L. The potential of transdisciplinary research for sustaining and extending linkages between the health and social sciences. *Social Science and Medicine* 35: 1343-1357, 1992.

mundo, por el tipo de especialidades de su campo de acción y, por enfoques o principios. En efecto, se han propuesto tres modalidades en dicha globalización: las preocupaciones o temas de interés, la posible unificación en los criterios para hacer lo correcto, y, el hecho de que la bioética sea un campo global de reflexión.¹¹

Actualmente, los científicos están preocupados por realizar actividades de ciencia y tecnología de manera responsable. Es cierto que han ocurrido situaciones en las cuales algunos de ellos han realizado acciones o cometido fraudes científicos, pero son pocos los casos, aunque preocupa que sigan ocurriendo.^{12,13} Afortunadamente, la propia sociedad está observando lo que hacen los científicos y cada día es más crítica, en particular en lo que se refiere a la investigación biomédica apoyada con recursos públicos y/o realizada en grupos vulnerables.

Además de la comunidad científica formal, en los últimos años ha crecido una comunidad de ciudadanos, con alto grado de entrenamiento científico o sin él, que están haciendo sus propios proyectos en los que utilizan el conocimiento especializado, sin tener el respaldo académico de realizarlo dentro de las instituciones, ya que realizan sus actividades en casas o en laboratorios comunitarios; dicho grupo creciente de personas en la biología se denomina “hágalo usted mismo” (DIYbio, por sus siglas en Inglés *do-it-yourself*), el cual es un ejemplo de participación ciudadana con sentido ético de la bioseguridad, según ellos mismos lo han manifestado¹⁴, sin embargo será tarea de los comités de bioética verificarlo.

Desde la perspectiva bioética, se advierte que los científicos debemos actuar con responsabilidad al manipular y transformar a los seres vivos, evaluando siempre los riesgos y beneficios, basando nuestras acciones en principios éticos, fundamentos legales y argumentos científicos. Debemos analizar las posibles consecuencias de nuestra intervención sobre la vida biológica, tanto en el diseño y realización de los protocolos científicos, como en la observación, difusión y aplicación de los resultados obtenidos en el sector social o en el productivo.

¹¹ Holm, S. y Williams-Jones, B. Global bioethics- mith or reality?. *BMC Medical Ethics* 2006, **7**: 10.

¹² Baerlocher, M.A., O'Brien, J., Newton, M., Gautam, T., Noble, J. Data integrity, reliability and fraud in medical research. *European Journal of Internal Medicine* 21: 40-45, 2010.

¹³ Benítez Bribiesca, L. La mentira, el engaño y el fraude en la ciencia. *Acta Médica Grupo Ángeles* 3:207-210, 2005.

¹⁴ Kuiken, T. DIYbio: low risk, high potential. *The Scientist*, Marzo 2013. pp. 26-27.

A continuación, se expondrán brevemente algunos ejemplos de temas de la biología contemporánea que tienen dilemas bioéticos.

Animales de experimentación. A lo largo de muchos años, la biología se ha beneficiado de los modelos experimentales los cuales han servido para conocer la naturaleza, sin embargo, no ha sido posible en todos los casos extrapolar la información obtenida en un modelo a otro¹⁵, sobretodo cuando se pretende aplicar dicha información al ser humano, por lo que es prudente saber las limitaciones de los modelos e investigar la naturaleza de la vida biológica y sus mecanismos en la mayor cantidad de ellos. De hecho, todavía tenemos dudas sobre la utilidad en seres humanos de los datos obtenidos usando animales de experimentación¹⁶, por lo que las aplicaciones clínicas de los datos deben hacerse con mucha cautela.

Organismos transgénicos. Aunque los organismos genéticamente modificados (OGM) o transgénicos se desarrollaron hace muchos años, aún no hay un consenso universal de su inocuidad. En particular, las plantas modificadas genéticamente, aún no son aceptadas por varios países altamente desarrollados a pesar de su impacto positivo en la economía. Al parecer un aspecto importante relacionado con su rechazo es el bioético, ya que no hay evidencia concluyente de que no causan efectos deletéreos en la salud humana y que no producen efectos dañinos en el medio ambiente y en la biodiversidad. Por largo tiempo, los comités de bioética han insistido en estos aspectos y han propuesto, por ejemplo, que el ciudadano tiene derecho a saber que está consumiendo OGMs.¹⁷

Medicina genómica. A partir de la secuenciación del genoma humano, se han realizado numerosas investigaciones para verificar y ampliar dicha información y analizar la variación individual en la salud y en la enfermedad¹⁸. De tales estudios ha resultado un catálogo de estudios de asociación

¹⁵ Wiley, H.S. Variety is the spice of life. *The Scientist*, febrero 2013. pp. 24-25.

¹⁶ Pound, P., Ebrahim, S., Sandercock, P., Bracken, M.B., Roberts, I. Where is the evidence that animal research benefits humans?. *British Medical Journal* 328: 514-517, 2004.

¹⁷ Anaya-Velázquez, F. Implicaciones bioéticas de los organismos transgénicos. *Revista Portuguesa de Filosofia* 59:813-822, 2003.

¹⁸ Feero, W.G., Guttmacher, A.E., Collins, F.S. Genomic Medicine — An Updated Primer. *New England Journal of Medicine* 362:2001-2011, 2010.

entre el genoma y varias enfermedades¹⁹, entre ellas el cáncer, dando lugar al inicio de la medicina personalizada, proporcionando datos para evaluar el riesgo individual, predicción, prevención y el tratamiento más adecuados. Actualmente, no es posible aplicar todavía la información en la clínica de rutina. Por otro lado, es necesario enfocar la atención en la preservación de la confidencialidad de los datos genómicos ya que ha sido posible identificar genomas personales lo que no es congruente con el respeto a la privacidad de cada persona²⁰.

Medicina traduccional. El avance de la investigación básica ha impulsado el uso del conocimiento obtenido. Entre los campos que se han derivado están la medicina y la biología traduccional, que se encargarían de lograr la aplicación práctica del mismo²¹. Sin embargo, se ha observado que dicha transición no ha sido tan rápida como se podría desear debido a que los protocolos de investigación biomédica en seres humanos, avalados por comités de ética en investigación, son esenciales antes de pensar en la utilización en la clínica de todos los días. Sin embargo, ha sido tal la presión social y empresarial para resolver problemas específicos, que se corre el riesgo de reducir el apoyo a la investigación básica para favorecer la aplicada²² lo cual no se justifica científica ni éticamente.

Biología sintética. En los últimos años se han logrado avances muy notables en la síntesis de genomas completos que se han introducido a seres vivos, por ejemplo a bacterias²³. Dado lo nuevo del campo, los aspectos bioéticos de tal logro científico se han comenzado a analizar, entre ellos los posibles usos contrarios a la ética en bioterrorismo o en la guerra biológica, lo que sugiere avanzar en el corto plazo en la ética del conocimiento²⁴ para garantizar un uso racional y responsable del mismo.

¹⁹ Klein, C., Lohmann, K., Ziegler, A. The promise and limitations of genome-wide association studies. *Journal of American Medical Association* Nov 8:1-2, 2012.

²⁰ Gymrek, M., McGuire, A.L., Golan, D., Halperin, E., Erlich, Y. Identifying Personal Genomes by Surname Inference. *Science* 339: 321-324, 2013.

²¹ Nussenblatt, R.B., Marincola, F.M., Schechter, A.N. Translational Medicine - doing it backwards. *Journal of Translational Medicine* 2010 8:12.

²² Botstein, D. Why we need more basic biology research, not less. *Molecular Biology of the Cell* 23:4160-4161, 2012.

²³ Gibson DG, y cols. Creation of a bacterial cell controlled by a chemically synthesized genome. *Science* 329:52-56, 2010.

²⁴ Douglas, T., Savulescu, J. Synthetic biology and the ethics of knowledge. *Journal of Medical Ethics* 36: 687-693, 2010.

Teranóstica. Es una nueva disciplina surgida en la era postgenómica, por la mezcla de la terapéutica y el diagnóstico. Se basa en la aplicación de biomarcadores moleculares a través de las pruebas e intervenciones, que van desde la susceptibilidad a una enfermedad, hasta el monitoreo de la evolución clínica de un paciente²⁵. El análisis bioético de sus acciones y actividades será en el corto plazo uno de los temas de los comités de bioética de las instituciones clínicas.

Discusión y conclusiones

La preocupación por la vida natural y la modificada experimentalmente debe conducirnos a una mayor responsabilidad con la vida y a una actitud ética hacia la misma, la cual será fundamental para hacer un uso adecuado de los seres vivos y lograr la conservación de la biodiversidad y el medio ambiente.²⁶ Los dilemas bioéticos de la biología contemporánea nos ofrecen una oportunidad para ampliar la reflexión sobre la manera más adecuada de hacer la investigación biomédica y biotecnológica en el marco de los nuevos paradigmas biológicos. Con el propósito de mejorar la responsabilidad científica en el campo de la biología, es necesario respetar las etapas de un proyecto, es decir, la realización de investigación bibliográfica, *in silico*, *in vitro* y, en animales de experimentación antes de realizarla en seres humanos; la urgencia por aplicar posteriormente el conocimiento no justifica éticamente un ciclo de investigación científica incompleto.

La perspectiva bioética en el campo de la ciencia, es hacer aquello que se puede justificar de manera ética y racional y que los científicos aceptemos nuestra responsabilidad en la realización de los proyectos científicos y en el uso posterior de los productos de los mismos. También, debemos evitar que el análisis bioético de la ciencia sólo sea una etapa reflexiva y transitoria en la adaptación de la humanidad al nuevo conocimiento científico, por lo que tenemos que decidir no solamente lo que se puede hacer sino lo que se debe de hacer. El propósito es que permitamos

²⁵ Özdemir, V., Cho, W. C. Theranostics: rethinking postgenomic diagnostics. *Expert Review of Molecular Diagnostics* 12:783–785, 2012.

²⁶ Anaya-Velázquez, F. y Padilla-Vaca F. Conceptos y definiciones de la vida y la muerte celular. *Acta Universitaria (Univ. de Gto.)*. 20 (No. Especial 3): 9-15, 2010.

que continúe la evolución de la vida, aumentando el bienestar de la humanidad en un marco de desarrollo sustentable.

Bibliografía

Anaya-Velázquez, F. Implicaciones bioéticas de los organismos transgénicos. *Revista Portuguesa de Filosofia* 59:813-822, 2003.

Anaya Velázquez, F. La bioética en la biomedicina y la biotecnología. En: Primer Foro Internacional Interdisciplina y Espacios Sustentables (Valdivia, B., Ed.). Universidad de Guanajuato, México, 2011. pp. 77-85.

Anaya-Velázquez, F. y Padilla-Vaca F. Conceptos y definiciones de la vida y la muerte celular. *Acta Universitaria (Univ. de Gto.)*. 20 (No. Especial 3): 9-15, 2010.

Arias Negrete S. La biología del futuro en el presente. En: Primer Foro Internacional Interdisciplina y Espacios Sustentables (Valdivia, B., Ed.). Universidad de Guanajuato, México, 2011. pp. 23-36.

Baerlocher, M.A., O'Brien, J., Newton, M., Gautam, T., Noble, J. Data integrity, reliability and fraud in medical research. *European Journal of Internal Medicine* 21: 40-45, 2010.

Benítez Bribiesca, L. La mentira, el engaño y el fraude en la ciencia. *Acta Médica Grupo Ángeles* 3:207-210, 2005.

Botstein, D. Why we need more basic biology research, not less. *Molecular Biology of the Cell* 23:4160-4161, 2012.

Clarke, R. ¿Qué significa ser humano?. En: Una mirada a nuestro mundo 50 años en el futuro (Wallace, M., Ed), Nelson, Inc., Nashville, EUA. pp. 79-85.

Douglas, T., Savulescu, J. Synthetic biology and the ethics of knowledge. *Journal of Medical Ethics* 36: 687-693, 2010.

Feero, W.G., Guttmacher, A.E., Collins, F.S. Genomic Medicine — An Updated Primer. *New England Journal of Medicine* 362:2001-2011, 2010.

Frank, M. Open but Not Free — Publishing in the 21st Century. *New England Journal of Medicine* 368: 787-789, 2013.

Gibson DG, y 23 cols. Creation of a bacterial cell controlled by a chemically synthesized genome. *Science* 329:52-56, 2010.

Gymrek, M., McGuire, A.L., Golan, D., Halperin, E., Erlich, Y. Identifying Personal Genomes by Surname Inference. *Science* 339: 321-324, 2013.

Holm, S. y Williams-Jones, B. Global bioethics- myth or reality?. *BMC Medical Ethics* 2006, 7: 10.

Klein, C., Lohmann, K., Ziegler, A. The promise and limitations of genome-wide association studies. *Journal of American Medical Association* Nov 8:1-2, 2012.

Kuiken, T. DIYbio: low risk, high potential. *The Scientist*, Marzo 2013. pp. 26-27.

Nussenblatt, R.B., Marincola, F.M., Schechter, A.N. Translational Medicine - doing it backwards. *Journal of Translational Medicine* 2010 **8**:12.

Özdemir, V., Cho, W. C. Theranostics: rethinking postgenomic diagnostics. *Expert Review of Molecular Diagnostics* 12:783–785, 2012.

Potter, V.R. Bioethics, the science of survival. *Perspectives in Biology and Medicine* 14:127-153, 1970.

Pound, P. Ebrahim, S., Sandercock, P., Bracken, M.B., Roberts, I. Where is the evidence that animal research benefits humans?. *British Medical Journal* 328: 514-517, 2004.

Rose, M.R., Oakley, T.H. The new biology: beyond the Modern Synthesis. *Biology Direct* 2007, **2**:30.

Rosenfield, P.L. The potential of transdisciplinary research for sustaining and extending linkages between the health and social sciences. *Social Science and Medicine* 35: 1343-1357, 1992.

Schiermeier, Q. Lake-drilling team discovers life under the ice. *Nature News* 11 de febrero de 2013.

Wiley, H.S. Variety is the spice of life. *The Scientist*, febrero 2013. pp. 24-25.

Wolpe, P.R. Reasons scientists avoid thinking about ethics. *Cell* 125: 1023-1025, 2006.

Zewail, A. Avances increíbles...y lo que permanece igual. En: Una mirada a nuestro mundo 50 años en el futuro (Wallace, M., Ed), Nelson, Inc., Nashville, EUA. pp. 248-252.

Fundamentación ética y antropológica de los principios en bioética

Lic. Rolando Monteza Calderón

Profesor de Filosofía

Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo – Chiclayo (Perú)

Contacto: rmonteza@usat.edu.pe

Introducción

Los frecuentes conflictos entre los principios que han de regir el quehacer de la Bioética exige una reflexión rigurosa, basada en una sólida concepción acerca del significado de la persona humana, que supere todo relativismo y el simple consenso entre expertos.

Se trata, pues, de construir un modelo antropológico centrado en la verdad sobre el ser del hombre. Alasdair MacIntyre en su libro *Tres versiones rivales de la ética* sostiene que el olvido de la filosofía aristotélico-tomista ha sido determinante en el giro que tomó la filosofía moderna y, como consecuencia, la ética se afincó entre el rigorismo y la casuística, hasta perderse en infructuosos intentos de fundamentar el deber¹. Para la modernidad lo primero es la ley positiva, aquella que nace de la autoridad civil, y ésta crea las obligaciones. La tradición aristotélica-tomista, en cambio profundiza en la naturaleza humana, a fin de comprender cuál es la esencia del hombre y su verdadero bien.

El realismo metafísico exige entender la dignidad como un atributo universal, independiente de cualquier circunstancia o de una pura elucubración mental, como acertadamente apunta Gonzalo Herranz, para quien solo hay que "observar cómo las más elaboradas creaciones del pensamiento secularista se volatilizan [al] reconocer que hay vidas humanas deficientes en calidad, o incapaces de provocar en los otros una respuesta de acogida o captación, que han de ser relegadas a un estrato de subhumanidad, de indignidad; el pensamiento inmanentista termina siendo intolerante para la vida de calidad empobrecida".²

¹ MacIntyre, A. (1992) *Tres Versiones rivales de la ética. Enciclopedia, Genealogía y Tradición*, Madrid: Rialp. Comentado por Rafael Serrano en *Aceprenta* [servicio 45/93, de 31 marzo, 1993].

² Herranz, G. *Problemas contemporáneos en Bioética*, Santiago de Chile, Editorial Universidad Católica de Chile, 1990.

Como suele explicar Tomás Melendo, "la dignidad de la persona humana no resultará definitivamente fundamentada hasta que se adopte la perspectiva metafísica estricta; ya que buena parte de los atentados prácticos que hoy la amenazan, así como las aporías teóricas en que se ve envuelta, proceden del intento de defender esa dignidad a la vez que se rechazan frontalmente los cimientos ontológicos en los que de hecho se asienta"³.

La valoración de la dignidad personal desde su contenido metafísico obliga a replantearse los principios de la Bioética con una perspectiva diferente. No se trata de construir unos principios sino de buscarlos en la propia naturaleza humana y a partir de allí fundamentar la Bioética y toda Axiología que pretenda ser verdaderamente humana.

Para llegar a este puerto, analizaremos su fundamentación y los principios en los que se inspiran, para luego pasar a determinar cuáles son los principios detrás de esos principios. Finalmente se propone que la naturaleza humana y su dignidad es el fundamento de todo principio bioético y axiológico.

Los paradigmas de la Bioética

Numerosas argumentaciones éticas son objeto de debate público, desde los diversos medios de comunicación hasta los parlamentos y las leyes internacionales. Dichas argumentaciones determinan las nociones y perspectivas de la Bioética y a partir de allí se busca dar una justificación a la actuación bioética. En este estudio hemos analizado la propuesta de ocho modelos de Bioética. Aquí solo traemos a colación una breve valoración crítica.

Modelo Sociobiológico

Nos encontramos ante la aplicación de la teoría evolucionista al ámbito de la moral, y, por extensión, al ámbito de la bioética. En esta postura ética es muy notable la ausencia de una antropología filosófica que manifieste la verdad del hombre es su totalidad; prueba de ello es su negación de la verdadera naturaleza y dignidad de la persona humana. Se trata de una visión reduccionista del hombre, en la que la conducta humana es estudiada sólo desde el punto de vista científico.

³ Melendo, T. "Metafísica de la dignidad de la persona", en *Anuario Filosófico*, 27 (1994): 15-34.

Modelo Subjetivista o Liberal-Radical

En cuanto “liberal”, este modelo sostiene que el fundamento último de todo juicio ético es la libertad, valor único y absoluto, por el cual cada hombre es dueño y autor de su propio ser.⁴ Desde esta postura, es éticamente lícito cualquier acto humano que se quiere y se acepta como libremente querido, siempre y cuando no cause daño alguno a la libertad ajena⁵. De allí que sea necesario un acuerdo común de libertades individuales; los derechos humanos son únicamente fruto de un pacto, cuyo único fundamento es el consenso universal⁶.

Si prima la autonomía de la persona entonces, en el campo de la Bioética, la decisión consciente de cada individuo prevalece sobre cualquier criterio ético. Al defender la libertad de los hombres autónomos, se niega los derechos de los seres humanos no autónomos como los embriones, fetos o los recién nacidos⁷ y a esto se suman otras consecuencias como: la liberalización del aborto, la elección del sexo de los hijos, el cambio de sexo por parte de quien lo desee, la libre actuación en la fecundación in vitro, la libertad para decidir la eutanasia, la soberana aceptación de los métodos anticonceptivos, la justificación de la congelación de embriones, etc.

Consecuencialismo ético

El consecuencialismo plantea también la ausencia de un criterio objetivo de valoración que determine la cualificación moral de las consecuencias. Su método de análisis ético se limita a las intenciones del agente, excluyendo la consideración objetiva de la acción misma.

Según este método de análisis, el fin justificaría los medios: si el fin que se quiere conseguir es bueno y las consecuencias no son negativas, sería válida cualquier acción. Sin embargo, nunca se puede hacer un mal para conseguir un bien. Por eso se debe afirmar que no calificar como intrínsecamente malos algunos comportamientos está en contradicción con la verdad y el bien de

⁴ Cfr. Núñez-García, J. “Las seis versiones de la bioética”, en *Persona y Bioética, Centro de Estudios e Investigaciones de Bioética*, Vol. 2, n. 4, México, 1998, en <http://www.bioeticaweb.com>

⁵ Cfr. León-Correa, F. J. *La ética de la vida en la sociedad actual. La bioética: los modelos éticos de referencia*. En <http://www.bioeticaweb.com/>

⁶ Cfr. Viladomiu, I. *Liberalismo ético: moral cambiante con la costumbre. Análisis ético en la toma de decisiones*. En <http://www.aceb.org/apuntes.htm>.

⁷ Cfr. León-Correa, F. *La ética de la vida en la sociedad actual. La bioética: los modelos éticos de referencia*. En <http://www.bioeticaweb.com/>

la persona. La negación de valores morales objetivos y absolutos conduce a la desintegración de la sociedad.

Principlismo

El principlismo, también denominado *paradigma de los principios*, propone unos principios generales del actuar moral al ámbito específico de la Bioética. Tiene como principales exponentes a Tom Beauchamp y James Childress, en cuya obra, titulada *Principles of Biomedical Ethics* (1979), se encuentra la formulación de los principios generales fundamentales para una orientación moral en las decisiones de los investigadores y de los clínicos en el ámbito de la biomedicina.⁸

En 1978 fue publicado el ***Informe Belmont***, en el que se formula tres principios éticos básicos sobre la investigación con seres humanos. Estos principios son: 1) el principio del respeto por las personas, interpretado desde una postura autonomista; 2) el principio de *beneficencia*, entendido como la obligación de hacer o buscar el bien del enfermo, y asimismo incluye la obligación de no hacer el mal a nadie; y 3) el principio de *justicia*, entendido desde la perspectiva de la justicia distributiva. Este tercer principio es vinculado por la Comisión a "la imparcialidad en la distribución de las cargas y los beneficios", por aquello de que "los iguales deben ser tratados igualitariamente". Estos principios serán extendidos a cuatro, pues el principio de beneficencia se reformuló sobre la base de dos reglas: 1) no hacer daño a nadie (principio que posteriormente se separaría y será el de "no-maleficencia"), y 2) aumentar los posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos.

La formulación de los principios es presentada de un modo muy genérico, por lo que su aplicación moral resultaría insuficiente en los casos concretos. Será necesario especificarlos para ofrecer un criterio para cada actuación moral, y ponderarlos entre sí, para determinar qué principio debe prevalecer en caso de conflicto⁹. De hecho, los mismos autores asumen que su propuesta no es capaz de responder de un modo claro y preciso a todos los dilemas morales.

Por otro lado, es notoria la falta de una fundamentación filosófica, específicamente antropológica, que permita una clara comprensión sobre la verdadera naturaleza y obrar moral del hombre en los

⁸ Cfr. Ferrer, J. - Álvarez, J. Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea. Madrid: Desclée De Brouwer. 2003: 121 ss.

⁹ Cfr. Ferrer, J. - Álvarez, J. op.cit. 144.

diversos campos de la bioética y pueda ofrecer una explicación convincente de los presupuestos formulados y una justificación necesaria de los principios morales.

Pragmatismo-Utilitarista

Esta corriente bioética, muy difundida en los países anglosajones, presenta como criterio supremo de moralidad el principio de *utilidad*, también denominado principio de la maximización de la felicidad, por el cual la moralidad de las acciones humanas se determina por la maximización del placer, la minimización del dolor o sufrimiento y la ampliación del ámbito de libertades personales al mayor número de personas. La acción moralmente correcta es la que produce el mejor resultado global posible.¹⁰

A partir de sus aportaciones se ha elaborado el concepto de *calidad de vida*¹¹, la misma que se equipara a la ausencia de sufrimiento y dolor, y con frecuencia, ausencia de costos económicos. Equipara valores dispares como la salud con la productividad; la terapia con la disponibilidad de fondos, la calidad de vida con los factores biológicos o económicos, etc. No se precisa de qué cosas se ha de buscar la utilidad y en orden a qué se fundamenta que la vida humana.

Contractualismo ético

Este modelo sostiene que la Bioética no debe fundamentarse en unas verdades inmutables y universales, sino que la rectitud moral y racionalidad de las normas dependerán del consenso social o acuerdo mutuo mediante procesos argumentativos.

La moral es entendida desde dos perspectivas: la *moral con contenidos concretos*, que une a los amigos morales; y la *moral procedimental*, que une a los extraños morales.¹² Desde esta visión, Engelhardt intenta elaborar una ética secular vacía de contenidos morales concretos, que permita lograr el acuerdo o contrato de modo pacífico y civil; en nuestro contexto, se propone desarrollar una Bioética de mínimos aceptables que permita la colaboración conjunta de los ciudadanos en empresas comunes en el entorno del Estado secular actual.

¹⁰ Cfr. Núñez, J. "Las seis versiones de la bioética". En *Persona y Bioética*, Centro de Estudios e Investigaciones de Bioética, Vol. 2, n. 4, México, 1998. Ver: <http://www.aquichan.unisabana.edu.co>

¹¹ Cfr. Pardo, A. *Cuestiones Básicas de Bioética*. Madrid, Rialp, 2010: 89-90.

¹² Cfr. Ferrer – Álvarez, op.cit. 207.

Personalismo Ontológico

Su principal característica es la fundamentación ontológica y antropológica de la Bioética. La concepción personalista defiende la primacía e intangibilidad de la persona humana, considerada como valor supremo, punto de referencia y fin en sí misma. “La persona humana "es digna" porque "es más". Sólo a partir de este fundamento es posible construir una Bioética plenamente respetuosa de la persona humana”¹³, desde el momento inicial de la concepción hasta la muerte natural. Su dignidad se exige que la persona sea respetada en su integridad y nunca sea utilizada como un medio o instrumento, pues es un fin en sí mismo, y no un fin ni siquiera para sí mismo.

El personalismo ontológico busca fundamentar objetivamente los valores y normas morales, y se presenta ante la Bioética con una base filosófica ética estructuralmente abierta a la metafísica, que “reconoce el valor central de la persona como punto de referencia esencial para responder a las nuevas problemáticas surgidas en el contexto del progreso científico y tecnológico”.¹⁴

Elio Sgreccia, su máximo exponente, propone cuatro principios que fundamenten la Bioética, sin rechazar los principios de la corriente principialista¹⁵, a fin de iluminar los múltiples aspectos y problemas que debe afrontar la Bioética en la actualidad:

- El principio de la defensa de la vida física
- El principio de libertad y responsabilidad
- El principio de totalidad o principio terapéutico
- El principio de sociabilidad y subsidiariedad.

Paradigma de las Virtudes

En sentido estricto se trata del desarrollo de una ética médica sobre las virtudes. Entre sus exponentes se encuentran Pellegrino y Thomasma, quienes admiten que las virtudes médicas, por sí solas son insuficientes para fundamentar la ética médica, pues cabe la posibilidad de caer en un

¹³ León Correa, F. J. *La ética de la vida en la sociedad actua., La bioética: los modelos éticos de referencia*. En <http://www.bioeticaweb.com/>

¹⁴ Russo, G. *Storia della bioetica della origini ad oggi*, p. 61. cit. en Ciccone, L. *Bioética. Historia, principios, cuestiones*. Madrid: Palabra, 2005.

¹⁵ Cfr. Miranda, G. “Fundamentos éticos de la bioética personalista” (Conferencia pronunciada en el *I Simposium Europeo de Bioética*, Santiago de Compostela, V-1993). En <http://www.bioeticaweb.com/>

subjetivismo emotivista, pues se subraya la experiencia subjetiva del hombre como sujeto moral. Por tanto, se requiere de unos principios fundamentales objetivos¹⁶.

Se hace necesaria una argumentación de lo que es el hombre en cuanto hombre: una comprensión real de su ser y de su deber ser, una argumentación antropológica, en la que acepta la realidad de la naturaleza humana común, que se desarrolla física y socialmente a través del tiempo y espacio, pero que a su vez los trasciende. Este modelo *areteico* contribuye al enriquecimiento real de la Bioética, pero requiere una metodología aplicable a situaciones concretas que presentan ciertos problemas o incertidumbres, incluso para el hombre virtuoso. Por ello, será necesario tener en cuenta el método casuístico.

Paradigma casuístico

La casuística, dentro del campo de la Bioética, se ha difundido en Estados Unidos por Albert R. Jonsen y Stephen Toulmin, para quienes el método tradicional de la ética médica había sido siempre el análisis de los casos concretos de acuerdo a unos mismos principios. Es por ello que estos autores excluyen cualquier teoría ética de carácter universal y absoluto.

Aunque actualmente se haya abandonado en muchos ámbitos el estudio de los casos de conciencia, por temor de caer en los excesos de la casuística, conviene valorar su búsqueda de dar una solución ética a los problemas prácticos particulares, que resulta útil y positivo para el campo de la Bioética y para un mejor afinamiento en los análisis morales.¹⁷

Los Principios detrás de los modelos de bioética

A continuación se presenta una sinopsis conteniendo los principios que sostienen cada uno de los modelos bioéticos. Se ofrece también una valoración crítica que nos conduzca a establecer qué principios estarían detrás de estos principios.

Antes de continuar, es necesario definir que se entiende por "principio". Podemos hacerlo desde tres planos: En sentido moral, principio es igual a norma o ley. Desde una perspectiva mental,

¹⁶ Pellegrino, E.D. "Toward a Virtued-Based Normative Ethics for the Health Professions", Kennedy Institute of Ethics Journal 5 (1995), p. 268 cit. en Ferrer-Álvarez, op.cit.194.

¹⁷ Jonsen, A. R. "Casuistry: An Alternative or Complement to Principles", Kennedy Institute of Ethics Journal 5 (1995) p. 246. En Ferrer-Álvarez, op.cit. 178 s.

principios son también las leyes del pensamiento. Pero aquí nos referimos a su sentido ontológico, es decir, se define principio como aquella realidad que constituye la esencia de las cosas y a partir de lo cual empiezan a ser y a obrar. Según esto, los principios tienen que ver con todas aquellas características esenciales que constituyen el ser humano: Su ser, su esencia, su naturaleza, su dignidad, su obrar.

Luego de esta aclaración presento el siguiente cuadro donde se presentan los resultados luego del análisis que se ha hecho a los principales modelos bioéticos. Dichos resultados tienen que ver con los principios que encontramos detrás de la argumentación de cada paradigma y la valoración según nuestro parecer:

MODELOS	PRINCIPIOS IMPLICADOS	VALORACIÓN CRÍTICA
Modelo Sociobiológico	<ul style="list-style-type: none"> • La vida humana es fruto de la evolución. • La moralidad de los actos está determinada por la evolución de la cultura. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de una antropología filosófica y negación de la naturaleza y dignidad de la persona humana. • Visión reduccionista del hombre.
Subjetivista o Liberal-Radical	<ul style="list-style-type: none"> • El fundamento último de todo juicio ético es la libertad. Es éticamente lícito cualquier acto que no cause daño alguno a la libertad ajena. • Es necesario un acuerdo común de libertades individuales, cuyo único fundamento es el consenso. 	<p>Al defender solamente la libertad de los hombres autónomos, se niega los derechos de los seres humanos no autónomos.</p>
Consecuencialismo ético	<ul style="list-style-type: none"> • La bondad o malicia se deduce de los efectos buenos o malos que posea una determinada actuación. • Obrar para conseguir el máximo beneficio o el menor perjuicio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin un criterio objetivo para cualificar moralmente las consecuencias, su análisis ético se limita a las intenciones del agente. • Según este método de análisis, el

		fin justificaría los medios.
Principlismo	<ul style="list-style-type: none"> • Principio de autonomía. • Principio de Beneficencia. • Principio de No-maleficencia. • Principio de justicia o igualdad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Notoria falta de una fundamentación filosófica y antropológica. • Los mismos autores asumen que su propuesta no responde de modo claro y preciso a todos los dilemas morales de la praxis clínica y la investigación biomédica, pues la formulación de los cuatro principios es muy genérica.
Pragmatismo-Utilitarista	<ul style="list-style-type: none"> • Principio de utilidad o principio de la maximización de la felicidad, por el cual la moralidad de las acciones humanas se determina por la maximización del placer, la minimización del dolor o sufrimiento. • Principio de calidad de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niega la posibilidad de establecer una norma moral de validez universal y para todos los tiempos. • El criterio de verdad es el cálculo de la utilidad de la acción o sus consecuencias en base a la relación costo-beneficio. • La <i>calidad de vida</i> se equipara a la ausencia de sufrimiento, dolor y de costos económicos. Se equiparan valores dispares como la salud con la productividad; la terapia con la disponibilidad de fondos, la calidad de vida con los factores biológicos o económicos.
Contractualismo	<ul style="list-style-type: none"> • La rectitud moral y las normas 	<ul style="list-style-type: none"> • Intenta elaborar una ética

ético	<p>dependerán del consenso social o acuerdo mutuo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La moral es entendida desde dos perspectivas: la moral con contenidos concretos, que une a los amigos morales; y la moral procedimental, que une a los extraños morales. 	<p>secular pero sin contenidos morales que permita lograr el acuerdo o contrato civil y pacífico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se propone desarrollar una Bioética de mínimos aceptables por todos los ciudadanos.
Personalismo ontológico	<ul style="list-style-type: none"> • Defensa de la vida física, pues la vida es un valor fundamental de la persona. • El respeto y promoción de la vida constituye el primer imperativo ético que se impone al hombre. • Libertad y responsabilidad: La vida es condición necesaria para el ejercicio de la libertad, pero siendo responsable de los actos y las consecuencias que se sigan de ellos. • El principio de totalidad o principio terapéutico. La totalidad personal incluye su bien corporal, moral y espiritual. • Sociabilidad y subsidiariedad: La apertura esencial de la persona al otro. Asimismo, la sociedad está obligada a atender las necesidades más graves y urgentes, y de no sustituir o suplantar las iniciativas de los ciudadanos. 	<p>Este modelo fundamenta objetivamente los valores y normas morales y se presenta ante la Bioética con una base filosófica y ética estructuralmente abierta a la metafísica, que reconoce el valor central de la persona, su dignidad y trascendencia.</p> <p>Podemos apreciar un elenco de principios que rigen el obrar de la persona en bien de la persona misma.</p>

Paradigma de las virtudes	<ul style="list-style-type: none"> • La virtud es un elemento esencial e ineludible en la vida moral de los seres humanos. • El obrar y el deber ser se fundamenta en la naturaleza humana, que se desarrolla física y socialmente a través del tiempo y espacio, pero que a su vez los trasciende. 	Las virtudes médicas, por sí solas son insuficientes para fundamentar la ética médica, pues se requiere de unos principios fundamentales objetivos. Se hace necesaria una argumentación antropológica para una comprensión del hombre, de su ser y de su deber ser.
Paradigma casuístico	Cualquier procedimiento ético nunca debe partir de los principios, sino desde las situaciones individuales.	Para la Bioética es útil y positivo buscar una solución ética a los problemas prácticos particulares. Sin embargo, la casuística por sí sola resulta insuficiente para ofrecer criterios morales. Se requieren unas normas y principios morales universales.

Los principios detrás de los principios

Habiendo analizado cada uno de los paradigmas bioéticos advertimos que todos pretenden fundamentarse en unos principios. Ahora bien, es propio de los principios ser evidentes e indemostrables, deben ser constitutivos de la realidad y no meras características de los seres. Por tanto, las leyes y códigos éticos de suyo no son principios, pues se infieren de una relación de alteridad y dicha relación requiere de al menos dos sujetos. Los principios deberían ser anteriores a los sujetos y anteriores a toda norma o a las leyes que direccionan el actuar del ser humano, pues los principios son realidades radicales que constituyen nuestro ser y nuestro obrar.

En el elenco que se ha presentado encontramos principios éticos y varios principios contruidos gnoseológicamente (es decir, fruto del raciocinio, no extraídos de la propia realidad). Se tiene como ejemplo el consenso universal, que se presenta como un principio bioético. Se pretende construir algo en lo cual estemos todos de acuerdo, en vez de adecuarnos a la verdad de las cosas, pues al ser la verdad una, ella misma exige que todos coincidamos en eso.

Otro principio recurrente es el relativismo moral, debido a la cambiante cultura que nos envuelve. A lo cual hay que decir que antes que la cultura está la persona que hace cultura, por ello, jamás lo cultural deberá ser el punto de referencia del actuar ético.

Respecto a los demás principios, es necesario buscar un fundamento sólido. Unas verdades radicales que no dependan de una escuela de pensamiento, sino de la propia realidad del ser humano. Algunos modelos bioéticos han acertado en proponer como principios radicales del actuar ético, tanto a la naturaleza humana como a la dignidad del ser humano.

En la mayoría de paradigmas o modelos bioéticos hay una notoria falta de fundamentación filosófica y antropológica, que permita una clara comprensión sobre la verdadera naturaleza y obrar moral del hombre.

Se hace necesario fundamentar la Bioética en la persona humana como consecuencia de una reflexión racional basada en la realidad y dignidad del hombre. La dignidad humana se fundamenta en lo que la persona es, con independencia de los atributos o cualidades que pueda poseer; es decir, la dignidad radica en su mismo ser personal, que no depende de las percepciones de los demás (que pueden variar en el tiempo y con la cultura) sino que el ser persona es connatural al hombre. La dignidad humana exige que la persona sea respetada por ser un fin en sí misma y nunca debe ser tratada como un medio o instrumento, tal como lo postuló sutilmente Inmanuel Kant.

Podemos añadir que existe una estrecha relación entre la dignidad humana y la libertad, ya que el hombre es el único ser que puede ser dueño de sus actos y puede también dirigirse por sí mismo a su fin, elegido también por él mismo¹⁸. Pero sobre todo, libertad es capacidad para autoconducirse hacia la plenitud como persona. Así debe entenderse, la “autonomía”, no como una simple posibilidad de elegir entre diferentes opciones. Usarla bien (correctamente) significa escoger de

¹⁸ Cfr. Aparisi, A. “En torno al principio de la dignidad humana”. En *Cuadernos de Bioética*. 2004b: 257-282.

modo que progresivamente nos vayamos abriendo a una mayor realización de lo que significa ser personas.¹⁹

Conclusión

Aunque de suyo es ya evidente la diversidad de posturas de los autores, cabe afirmar que no existe un consenso unánime sobre una presentación común del contenido de cada modelo o planteamiento bioético. La diversidad de modelos bioéticos deriva de la pluralidad de fundamentos en los que se sostienen. Siendo la Bioética una ciencia que estudia al hombre y en la que el mismo hombre se encuentra implicado, la persona humana es el objeto y sujeto principal de la Bioética; por lo tanto, la persona debe constituir el centro y el criterio de las consideraciones acerca de la Bioética, de lo contrario ya no se trataría de una auténtica Bioética. Sin embargo, muchos planteamientos o modelos bioéticos carecen de una fundamentación propiamente antropológica o se basan en una antropología errónea.

Entre los diversos modelos bioéticos, el modelo más aceptable hasta la actualidad, desde nuestro punto de vista, es el modelo personalista ontológico, por contener una fundamentación más convincente, que permite una explicación objetiva sobre la verdadera naturaleza del ser humano. Cabe señalar que el modelo personalista no debe ser entendido de un modo absoluto y cerrado, pues consideramos que otros modelos pueden ser conciliables y complementarios con la postura personalista, entre los cuales podemos señalar el paradigma de virtudes, el principialismo y el casuismo, recogiendo aquellos argumentos que resulten compatibles con el respeto de la dignidad de la persona humana. Creemos que con esta complementariedad es posible una mejor visión sobre las diversas cuestiones que actualmente se suscitan en la diversidad de los campos de la Bioética, a fin de poder dar una solución fundamentada en unos criterios de moralidad de acuerdo al bien y a la verdad.

¹⁹ Cfr. Fernández-Crehuet, "Antropología al servicio de la Bioética: el humanismo metafísico". Publicado en *Cuadernos de Bioética*, 28, 4º 96, pp. 462-469). Visto el 24 de junio de 2010 en su versión digital: <http://www.bioeticaweb.com/content/view/33/736/>

Parte 2ª.- DECISIONES INSTITUCIONALES Y NORMAS JURÍDICAS

Ética organizacional en salud ante la sociedad. La presencia y responsabilidad social de la bioética

Dr. Raúl Garza Garza

Director de Ética Organizacional y Bioética del Grupo Christus Mugerza

Presidente del Instituto de Investigaciones en Bioética

Presidente del Capítulo Nuevo León de la Academia Nacional Mexicana de Bioética

Introducción

El ser humano posee la capacidad de pensar y por lo tanto razona a través del conocimiento, reconociéndose a sí mismo, a las demás personas y al medio ambiente que lo rodea; en la búsqueda constante que el hombre desea, no puede existir una actividad humana si no está ésta vinculada al vivo deseo de realizarla, por lo que la voluntad es esencial para determinar la toma de decisiones con conocimiento y la acción misma, la cual a su vez es realizada debido al deseo de buscar la verdad y el bien, pero estimulada a su vez por la libertad para aceptarla o rechazarla, la cual no es una libertad irrestricta, sino que tiene sus límites en la responsabilidad que cada persona usa para actuar.

De todo esto nace la estructura familiar, que da pie a la sociedad o comunidad donde dicha persona vive y se relaciona con otras personas al momento de actuar en proyectos comunes que le dan valor a las instancias individuales.

La interrelación entre varias comunidades hace que aparezca la condición de Nación, conjunto de sociedades que tienden a la realización del bien común, mediante una estructura social y política que permite unificar criterios de decisión y de acción comunitaria guiada a su vez por un organismo rector de los intereses públicos que es el Estado o Gobierno.

En las postrimerías del Siglo XX y los albores del Siglo XXI estamos viviendo una serie de procesos de transformación global o planetaria, que distan mucho de lo que ocurrió en los dos siglos

anteriores, considerados como la iniciación de la época moderna industrializada de nuestro planeta y de la humanidad misma.

Entre los diversos procesos en desarrollo debemos destacar como muy importantes e ineludibles, un par de ellos que pueden dar pie a la discusión materia de este trabajo:

La Modernización de las Sociedades Tradicionales La Aparición del Desarrollo Tecnológico en las Sociedades Industrializadas

Aún cuando el sentido común apunta a los beneficios indudables que ambos procesos (entrelazados con muchos más) brindan a las distintas sociedades en particular y a la humanidad en general y nos mueven a desear que ese desarrollo sea equilibrado en todas las naciones, la realidad dicta que ese balance sea una utopía y que en realidad, como lo estamos viviendo, cada vez exista una brecha más insalvable entre grupos de naciones, desarrolladas y en vías de desarrollo, que realmente oscurece los beneficios globales de un desarrollo sustentable y abre las puertas para un fenómeno de reacción, muchas veces extremista y fanática, intolerante ante las realidades de desigualdad que las diferentes sociedades viven y que representan una sensación de inseguridad, traición a principios, pérdida de la dignidad y sensación de insignificancia manifiesta.

En la lógica humana existe por una parte la sensación de triunfo aunada a los diferentes beneficios obtenidos de los países desarrollados que tratan a toda costa de mantener sus posiciones en el concierto económico global y de desarrollo, por las prerrogativas que dichas conquistas representan; contra la reacción de un mayor segmento de naciones que se sienten vilipendiadas por la creciente ola de presión ejercida sobre ellas y sus pobladores, debido a la gran diferencia del potencial de desarrollo y la impresión de que esa realidad crezca cada día más y se tienda no a globalizar el desarrollo sustentable, sino terminar por ser devoradas (englobadas) por las sociedades postindustrializadas en su afán de crecimiento y más desarrollo de sus planes de sustentación y de calidad de vida de sus habitantes, los cuales por lógica lo exigen.

La lucha de los movimientos extremistas que tratan de proteger los intereses de las sociedades en vías de desarrollo, como lo que más recientemente hemos vivido en la Reunión de la Organización Mundial del Comercio en Cancún, México, no es sino la respuesta dolorosa de quienes sienten que dicho progreso de modernización no representa sólo un beneficio y una mejor calidad de vida,

sino que en el camino a ese desarrollo, se han alterado, conmocionado y a veces perdido instancias muy importantes como: la familia, la forma de vida, la estructura social y sus tradiciones, la capacidad de adaptación al cambio, el estatus mismo del ser humano ante sus semejantes, etc.; demostrando así que los resultados no son el beneficio planetario del ser humano, sino una serie cada vez mayor de incongruencias sociales, económicas y políticas y una sensación amarga de aislamiento y atomización de la sociedad, frente a la tan anunciada mejoría global de la humanidad.

Aunado a esto, la tecnología y la informática han triunfado en hacer que el mundo esté en nuestra casa, la aldea global al escaparate particular de cada uno de nosotros y esto representa un darnos cuenta de lo bueno y de lo no tan bueno, de lo lógico y de lo ilógico, de lo razonable y lo que no lo es; en otras palabras, de lo acelerado de los cambios, de lo contradictorio de los resultados y de la confusión de valores que se han propiciado y que nos llevan a una inestabilidad e inconsistencia de nuestras acciones.

La sociedad industrializada ha despertado una nueva “cultura ética” la cual enfatiza al individuo con su libertad personal irrestricta, sus derechos inalienables aún por encima de los de los demás, una satisfacción inmediata aunada a una permisividad y un afán de enriquecimiento desmedido para cumplir con las delicias del consumismo; o sea en pocas palabras una cultura que enfatiza el **TENER**, el **PODER** y el **PLACER** a toda costa y ante la ausencia de los responsables de dichas sociedades, los cuales para poder mantener su estatus deben no sólo permitirlo, sino enfatizarlo a costa del detrimento de otras sociedades menos privilegiadas, que como excusa desprecian, pues no han podido o no han querido pensar como ellos y buscar su propia realización.

Oscar Wilde decía refiriéndose a dicho tipo de sociedad, que: **conoce el precio de todo y el valor de nada**. Nos preguntaríamos: ¿en una sociedad así, que sucede con los que fallan? Pues simple y sencillamente: “allá ellos”, no supieron aprovechar su oportunidad y deben sufrir las consecuencias; consecuencias mismas que deben sufrir las naciones no desarrolladas por no haber aprovechado su oportunidad y no haber tenido la suficiente intuición para lanzarse al proyecto de mejorar su condición, lo cual al igual que con el perdedor, fue su propia decisión, la tomó (o no la tomó) y fracasó, lástima por él (o por la nación); de ahí nace el disgusto para con él mismo y el resentimiento para con los demás, que lo llevan a la frustración y pérdida de sí mismo.

En otros foros se discute acerca de la repetición cíclica de los eventos, de la similitud de la situación actual, por ejemplo, con las sucedidas no hace mucho tiempo: finales del siglo XVIII o principios del siglo XX y se habla de un común denominador:

Disparidad en aumento, de los ingresos, la riqueza, la educación y el acceso al conocimiento.

Riqueza desmedida de unos cuantos (cada vez menos) a la par de pobreza de muchos (cada vez más)

Destrucción de los niveles (bajo, medio, alto) económicos de la sociedad

Emergencia de fuerzas económico-políticas que reforman (o deforman) la estructura de la sociedad.

Los nuevos ricos, cada vez menos, no sienten obligación solidaria con la sociedad, pues la idea es que ellos por sí solos lograron su propósito, por lo que así no necesitaron a nadie, nadie los necesita a ellos; o mejor dicho no necesitan ayudar a otros, pues ellos no se sintieron ayudados por nadie. Si esto lo extrapolamos a las naciones, el sentimiento es el mismo y por lo tanto deben “rascarse con sus propias uñas”.

Estos nuevos ricos no sienten responsabilidad política ni social, pero si quieren ejercer un poder más allá del económico y posicionarse por ese poder, de lo político y lo social, dando como resultado una explosión política y social, sobre todo de las naciones no desarrolladas, en contra de las que tratan de ejercer sus poderes sobre ellas, pues a su vez no fueron ayudadas en su momento y ahora no sienten deber de ayudar, sobre todo ¿a cambio de qué?

Lo que así se fomenta es un círculo vicioso donde los individuos (y/o las naciones) se encierran en sí mismos y desaparece la relación con otros, se pierde la identidad y en lugar de ser los que muestran el camino y demuestran los beneficios de la globalización, se reservan para ellos todas las ventajas y dejan a los demás a la deriva, para que sean ellos mismos los que traten de salir adelante, pero de ninguna manera a costa de ellos.

Durante la Revolución Industrial, la sociedad fue reclutada, a veces contra sus deseos, pero hubo un mutuo beneficio (de todas maneras dispar) para los empresarios y los obreros, lo que permitió que se mantuvieran juntos dentro de la nación y creando así la “sociedad industrial”.

En la actualidad algunos piensan que esto ya no es necesario y que aún más, puede ser un obstáculo para el progreso económico, el imperialismo empresarial”ya no quiere hacer partícipe al obrero de sus logros, menos de su identidad, pues siente que su poderío económico está en juego; lo mismo está sucediendo con las naciones desarrolladas, respecto a las no tan desarrolladas y está propiciando esta revuelta y este enfrentamiento, por un lado por el poderío y por otro lado por la supervivencia.

De alguna manera se ha propiciado la globalización, pues la tendencia informática y comercial de las empresas transnacionales a llevado a ejercer un poder más allá de una nación y el mercado se ha convertido en un estigma que se considera un indicador de eficacia empresarial, al igual que de eficiencia nacional; lo cual se ha convertido en una paradoja internacional, la internacionalización por las empresas o la globalización por los seres humanos, cual será la respuesta más viable.

Esto nos lleva a la desesperación política mundial donde los líderes de las naciones en desarrollo se cuestionan los posibles beneficios con la globalización, los líderes de las naciones desarrolladas se preguntan porque no se les entienden sus políticas globalizadoras, los activistas rechazan sistemáticamente la globalización en forma contundente, la población de los países en vías de desarrollo preguntando cuando se nos explicará lo que está pasando y cuales son nuestros beneficios (contra la posibilidad de perder nuestra identidad cultural y nacional) y los pobladores de los países desarrollados viendo la globalización como un peligro para sus esfuerzos de desarrollo y de comodidad consumista.

Aquí es donde la ética organizacional debe impactar en el tratar de resolver no sólo la paradoja, sino el explicar como es posible, claro con el esfuerzo de todos, el aceptar el factor de globalización como un beneficio económico internacional para toda la humanidad, al mismo tiempo que se preservan el nacionalismo y la cultura de las diferentes sociedades en el planeta.

Globalización y cultura social

Existe una necesidad imperiosa de establecer valores globales que busquen y preserven el trato de unos seres humanos con otros seres humanos, a pesar de las desigualdades existentes y tendiendo a armonizar culturas y comportamientos entre nuestras sociedades pluralistas; el fin de la Segunda

Guerra Mundial marcó un hito en el establecimiento de algo que pudiera reflejar esta necesidad, la Declaración de los Derechos Humanos, sin embargo, no ha sido posible con esto alcanzar un objetivo verdaderamente global.

En nuestras naciones existen valores culturales, cívicos, sociales, educativos, familiares, étnicos, etc., que nos permiten mantener una unidad nacional ante los peligros de desorganización, fragmentación o desintegración; ¿estamos dispuestos a compartirlos y asimilarlos a una ética global en donde coexistan con otros valores y aceptar una fusión de ellos con los nuevos, manteniendo aún esa cultura nacional, ahora disparada en forma mundial?

¿Están dispuestas las naciones desarrolladas a compartir valores con las no desarrolladas y sobre todo evitar el deseo de imponer los propios por la fuerza o el poderío?

Estamos hablando seguramente de la tolerancia y ésta se define como: el derecho a pensar y actuar en forma diversa a otras personas, pero dentro de un marco de eticidad y moralidad preestablecido; no significa que cualquiera se pueda comportar, pensar y actuar como le plazca, como algunas personas piensan sin entender adecuadamente el término y con el objetivo de establecer que todos tienen derecho a pensar o a hacer como les plazca. La tolerancia nos exige escuchar y entender al otro, pero dentro de cierta medida y no el libertinaje para pensar y hacer lo que me parezca adecuado; es entender que lo que es bueno para mí, no necesariamente lo es para otros y aceptar dentro de límites, que el otro piense y actúe como mejor le parezca.

Es necesario que nuestros sistemas políticos y los posibles modelos económicos viren hacia una incorporación de valores que basen su sustento y controlen su acción, además de que las organizaciones internacionales valoren lo que pueden y deben hacer y lo que no es propio en un concierto mundial.

La globalización económica, según dicen, es inevitable en el siglo XXI, pero con miles de millones de gentes viviendo en la pobreza, parece imposible detener las muertes por hambre, las naciones pobres tienen la posibilidad de vender sus productos y servicios en el mercado mundial y deben hacerlo, pues quedarse fuera de esa posibilidad, significa autosacrificarse irremediabilmente.

Este tipo de pensamientos y de actitudes parecen ser las adecuadas para las naciones desarrolladas que no tienen los problemas tan críticos, como las naciones de las que hablan; aún más para ellas la problemática es sólo económica y no les importa (ni se inmutan) por lo cultural, pues para ellos lo importante es sólo económico.

El desarrollo económico para estos personajes depende de la globalización, la localización con especificación y medición de dicho desarrollo, la diversidad con apreciación de los valores en la perspectiva de los mercados y de los clientes, la sustentabilidad con el reemplazo de los recursos y la protección al medio ambiente, actuando con responsabilidad en el ámbito planetario.

La ética organizacional

Dentro de las naciones como en las empresas debe existir un sentido de integridad, derivado del hecho de que son sistemas humanos con partes interactivas que trabajan en equipo a través de la comunicación, por lo que la comunicación y el trabajo en equipo dan sentido de la integridad nacional o institucional.

La integridad es un valor que establece medios para llegar a fines buenos al actuar, necesita un marco contextual para definirse y esto se logra cuando pensamos en una comunidad moral, además de lo administrativo, el plan de negocios lo operativo, los productos, las ventas, la rentabilidad, etc.; una moralidad que se finque en la confianza, en el cumplimiento de promesas y en trabajo útil para dar sentido a la vida.

Existen dimensiones específicas en la integridad comunicativa:

1. Cultural: Apertura a las diferencias y los desacuerdos con los demás
2. Interpersonal: Relación con reconocimiento mutuo y equidad
3. Organizacional: Existencia de propósitos intrínsecos para lo bueno
4. Cívica: Cooperación para lograr la misión específica a nivel social
5. Ecológica: Encontrar la prosperidad ambiental en la naturaleza

Es usual encontrar diferentes perspectivas acerca de lo que hacemos, aún entre los mismos miembros de un equipo de trabajo, por lo que la apertura es esencial para poder realizar una tarea en común y poder cumplir los objetivos que se marcaron al inicio, nuestros modelos o paradigmas

nos marcan la pauta individual, pero nuestra apertura nos permite desarrollar el interés por los modelos de las otras personas, compararlos con el nuestro y actuar en común acuerdo con la certeza de que tanto nuestro paradigma como el de los demás pueden ser similares aunque discretamente distintos y todos podemos estar en la verdad, a la cual llegamos por distintos caminos, pero con la misma finalidad.

La apertura nos conduce a la interrelación con reconocimiento y equidad, donde consideramos que siendo todos personas tenemos la misma capacidad para desarrollar ideas y manejar conceptos y que lo mejor será entrar en un diálogo que nos permita resolver las problemáticas y no traer más problemas a nuestro equipo de trabajo; en un diálogo (de más de dos) siempre será bueno tener un coordinador y reglas que permitan que la discusión y el esclarecer los puntos oscuros, se lleven a cabo de la manera más cordial, dejando atrás los niveles organizacionales como escalafones que nos permitan imponer nuestro criterio mientras más autoridad representemos.

La dimensión organizacional nos lleva a entender los propósitos del equipo de trabajo, relacionados con la misión y los objetivos de nuestro desempeño, pues existen valores personales, empresariales, sociales y nacionales que deben plantearse en una perspectiva adecuada para los propósitos de la finalidad del equipo de trabajo. Los propósitos personales derivan de deseos, intenciones, motivos y esperanzas, los del grupo dependen de su misión, su función y su visión futura como equipo de trabajo, al proporcionar excelencia en sus productos o servicios, en el contexto social y ambiental.

Una empresa (o una nación) se deben a la población a la que brindan sus productos o servicios, o sea a la sociedad a la van dirigidos sus productos o servicios, por lo que la integridad institucional dependerá de que se cumpla adecuadamente con lo que la sociedad civil espera, requiere y necesita; por lo tanto la misión de toda institución está relacionada con dichas expectativas de la sociedad civil y no con las de la institución misma, menos con la individual de la persona o personas de la institución, que las dictan.

La humanidad existimos dentro de una biosfera, la cual ha estado sometida o numerosos ataques y presiones, por lo que consideramos que peligra su existencia y que nosotros de una u otra forma somos responsables globales de ello; por lo tanto la integridad organizacional debe establecer los

métodos y las medidas más apropiadas para detener esa destrucción y reponer las características ecológicas y ambientales necesarias para subsistir, o sea, una planeación estratégica capaz de forzar al mejoramiento de nuestro medio ambiente para asegurar una vida razonable a las futuras generaciones al poblar este planeta.

Durante 1970 en Estocolmo se realizó la Primera Conferencia sobre Desarrollo Sustentable, organizada por las Naciones Unidas y su tema fue: “El balance entre la necesidad de disminuir el daño ambiental y la necesidad de un desarrollo económico”. Después ha habido avances en Río (1992), en Kyoto (1998) y en Johannesburgo (2002), sin embargo no los suficientes para establecer una seguridad ambiental global para el futuro, pues los esfuerzos no han ido a la par con el desarrollo económico y por lo tanto no existe todavía ni siquiera el balance deseado y analizado en 1970.

Paul Hawken habla acerca de la Biomímica o sea un diseño organizacional capaz de imitar al diseño biológico, donde la naturaleza aprovecha el 100% de los materiales que se transforman en su biosistema; mientras que la economía norteamericana, menciona él, utiliza sólo el 6%, el 94% restante son desechos. Si nosotros fuéramos más eficientes causaríamos menos daño, cuando menos esa es la impresión de los promotores del “Avance Natural”(Natural Step), éste es un programa ambiental diseñado por el Dr. Karl-Henrick Robert en Suecia el cual propone que las empresas diseñen todos sus procesos operativos para no someter a la naturaleza a: 1) concentraciones elevadas de sustancias extraídas de la corteza terráquea, 2) concentraciones elevadas de sustancias producidas por la sociedad, 3) degradación elevada de medios físicos y 4) a condiciones erróneas en cuanto a las necesidades humanas globalmente.

Todo esto con el propósito de cumplir la Declaración de la Tierra, de las Naciones Unidas en el 2002: La tranquilidad de la biocomunidad y del bienestar de la humanidad dependen de la preservación de una biosfera saludable con todos sus sistemas ecológicos, una rica variedad de plantas y animales, terrenos fértiles, aguas puras y aire limpio. El medio ambiente global con sus recursos finitos es una preocupación constante de todos. La protección de la vitalidad, la diversidad y la belleza de la Tierra es un deber sagrado.

Conclusión

Cada uno de nosotros tenemos nuestra propia forma de ver las cosas y de reaccionar ante ellas, o sea tenemos una percepción de lo que nos rodea, la introducimos en nuestra mente, la cual lo procesa y después responde acerca de aquello. Lo cual significa en otras palabras que usamos nuestra inteligencia para conocer y saber, nuestra voluntad, para querer hacer y nuestra libertad para decidir y actuar conforme a lo conocido, lo escogido y lo querido.

Nuestra visión del mundo, aún cuando individual, nos permite compararla con la de los que nos rodean y con quienes tenemos relación; aquí es donde debemos saber dialogar y estructurar conceptos plurales que nos permitan entender que sí bien nosotros tenemos una forma de pensar y pensamos que es la mejor, no estamos cerrados a compararla con la de otros y tratar de llegar a una posición que nos permita respetar la visión y perspectiva de otros, tendiente a respetar sus ideas y al compaginarlas entendiéndolas, lograr avanzar con rumbo común a pesar de las diferencias. En otras palabras entender, tolerar y coparticipar aún cuando no haya un entendimiento completo, tratando de que las diferencias sean manejables aunque a veces no aceptables.

Por lo tanto se requieren ciertas actitudes y comportamientos para convivir en sociedad y para establecer reglas generales de tipo ético que nos permitan actuar de acuerdo al bien común, manteniendo el respeto a la vida y dignidad de toda persona en la comunidad y establecer los medios para que esas acciones favorezcan a los más necesitados a través de la solidaridad en el servicio.

Es necesario que nuestra misión social llegue a todas las personas que nos necesitan, independientemente de su condición: social, económica, política, racial o de credo religioso; nuestra acción requiere posicionarse en la realidad social en la que vivimos, con la firme convicción de que se necesita aterrizarla a los requerimientos específicos de los miembros de dicha comunidad; como individuos debemos convencer a las instituciones de que el reto es social e integrar los esfuerzos de cada una de ellas en uno sólo que tenga esa magnitud y que así se enriquezca y sea poderosa; finalmente debe expresar la unidad existente en la sociedad, el tipo de realidad que logra un bien comunitario, que nos mueva hacia el futuro, eliminando las barreras que nos dividen y que impiden el acercamiento de todos los miembros de la sociedad.

Tenemos que entender que lo económico no puede estar encima de lo social y evitar el mal uso de los recursos claro, pero de ninguna manera disminuir los costos en la atención a la salud, impactando la calidad de los servicios, pues esto no mejorará a la sociedad, al contrario desencadenará una mayor frustración y un temor de que la situación se salga de control en el futuro.

El peligro real es el entrar en desconcierto entre nuestra moral personal y la de la sociedad en la que vivimos, nuestras creencias, principios y valores deben tratar de concordar en parte, claro está, con los de las otras personas en la comunidad, a pesar de posibles conflictos debido a expectativas de algunos miembros; es indispensable que se cumplan los principios éticos universales respetando el valor de la vida y la dignidad de toda persona.

Las decisiones morales usualmente involucran valores, principios y bienes; el discernimiento moral requiere un esfuerzo por integrar las cualidades de la persona humana a cualquier situación específica y tomar decisiones basadas en aspectos multidisciplinarios que entren en diálogo, situación que requiere comprensión y actitud de respeto hacia los demás, sin querer imponer una visión personal.

La pregunta obligada aquí es: ¿Tiene la sociedad (globalizada o no) un marco capaz de articular los elementos éticos, sociales, económicos, ambientales y políticos, a fin de cumplir con sus derechos y responsabilidades?

Ciertamente que en un mundo globalizado como el nuestro, las sociedades requieren establecer los convenios, diálogos y coaliciones capaces de atraer las soluciones integrales que permitan reunir los grupos y fuerzas, de por sí incompatibles, a través de la razón y la ética, en un esfuerzo conjunto que determine un desarrollo sustentable y una viabilidad moral para el futuro de la comunidad.

Bibliografía

García Colorado G y López Brito FS. Legislar en Bioética. Legislando hacia el Futuro. Grupo Parlamentario del PAN (México), 2003

- Disbury HF. 21st Century Opportunities and Challenges. World Future Society (USA), 2003
- Orstrom Moller J. Globalization: Social Disruption. The End of Internationalism. Greenwood Publishing House (USA) 2000
- Well B. Images of the Future of our Times. Transactions 56, (USA) Connecticut Academy of Arts and Sciences, 1999
- Tutu DM. No Future without Forgiveness Doubleday (USA) 1999
- Sententia W. Cognitive Enhancement and Cognitive Liberty. Comments to the President's Council on Bioethics (USA) 2003
- Bellandi D. Growth but no Margins. Modern Healthcare March 20, 2000
- Emanuel, L. Ethics and the Structures of Healthcare. Cambridge Quarterly of Ethics 9, 2 (Spring 2000)
- Werhane P. Business Ethics, Stakeholder Theory and the Ethics of Healthcare Organizations. Cambridge Quarterly of Ethics 9, 2 (Spring 2000)
- DeBlois J. The Mission Imperative: Our Foundation and Market Advantage. Health Progress (USA) 1997
- Strong M. Globalisation and Sustainable Development. Is Ethics the Missing Link? Lyon, France 2002
- Tilles CJ. Organizational Integrity and Leadership. CHA Document (USA) 2002.

La importancia de la formación multidisciplinaria de los comités

Victoria Eugenia Navarrete Cruz
Centro de Investigaciones en Bioética
Universidad de Guanajuato
Contacto: vicnaoli@hotmail.com

Introducción

La investigación en salud constituye sin duda alguna, una de las actividades más importantes de la Ciencia Médica. Desde la segunda mitad del siglo XX, los descubrimientos científicos revolucionaron la forma de abordar los padecimientos y la forma de curar. En pleno Siglo XXI, la nueva medicina es más preventiva y pueden entenderse mejor los procesos bioquímicos de desequilibrio que causan enfermedades y padecimientos.

Todo ese conocimiento se ha logrado gracias a la investigación en salud que, a la luz de nuevos descubrimientos, corrobora o corrige conocimientos previos o conclusiones de investigaciones anteriores. En lo general, la ciencia, tiene como fin último poner a prueba las teorías; y posteriormente, sistematizar los conocimientos.

Por su parte, la metodología científica nos permite realizar de manera ordenada las pruebas que a partir de hipótesis, nos conduzcan a producir conocimiento.

La sociedad en general, da por hecho que hacer ciencia y en especial investigar en el área de la salud es sinónimo de actuar éticamente; existe un concepto social de reconocimiento a los investigadores paralelo a estimar que ellos tienen siempre una actuación altruista, ética y de servicio a la humanidad.

Los problemas de la investigación en salud

La investigación en salud no siempre se ha conducido bajo normas éticas y de respeto a las personas sanas o enfermas que participan en el proceso de investigación. Son muchos los

ejemplos de inconsistencias, abusos, maltrato y aún engaño en los resultados de la investigación. Se registran múltiples casos de abuso en la historia de la investigación en salud; por ejemplo en el Siglo XVIII cuando en Inglaterra se inoculó viruela a seis prisioneros bajo una promesa de libertad.

Los errores históricos de la investigación en salud, han permitido emitir normas éticas que aseguren que tales hechos no volverán a ocurrir.¹ Ejemplo de ello son los experimentos nazis (1939-1945) que generaron una gran indignación en la comunidad científica, conduciendo a la formulación de normas éticas conocidas como Código de Nuremberg (1947) documento en el que se incorporó la figura del consentimiento informado; las denuncias de Beecher y Papworth (1966-1967) hicieron posible la exigencia de un comité de ética de investigación que revisara los aspectos éticos de la investigación con seres humanos y el documento denominado Declaración de Helsinki (1964).

El Informe Belmont (1978), surgió del descubrimiento del Estudio de Tuskegee (1932-1972) cuando éste fue descubierto y hecho público como una investigación fuera de toda norma ética.

A partir de éstas y otras experiencias, la CIOMS (Council for International Organizations of Medical Sciences) desde 1985 ha tenido un papel importante en la emisión de normas éticas en la investigación en salud.

El extraordinario avance de la ciencia en la segunda mitad del Siglo XX, y la aplicación de los descubrimientos a través de la tecnología, pusieron al descubierto nuevos dilemas éticos en la investigación en salud, convirtiéndose en un enfrentamiento de valores y retos. De tal forma que se hizo indispensable la armonización de principios y valores con el avance científico; la investigación en salud en un marco de respeto a los derechos humanos y a la dignidad de las personas. Un trato igualitario, equitativo y respetuoso para las poblaciones de investigación, más aún cuando en lo general se trata de poblaciones altamente vulnerables. Niños, ancianos, mujeres embarazadas, personas privadas de su libertad y enfermos entre otros. En otras palabras, el encuentro de conceptos humanísticos y científicos que la Bioética nos concede.

¹ Lolás F, Quezada A, Rodríguez E. *Investigación en Salud. Dimensión ética*. CIEB, Universidad de Chile; 2006: 25-46.

La normatividad y la investigación en salud

Concediendo que de alguna manera la ética ha estado presente en la mayoría de las investigaciones en el área de la salud, el proceso de sistematizar las normas éticas ha sido objeto de más de dos décadas, mismo que condujo a la constitución de los comités de ética en investigación² cuyo objetivo es vigilar la observancia de las normas nacionales que cada país emite a través de las leyes en materia de Investigación para la Salud; así como los acuerdos y normas internacionales que en la misma materia cada país ha firmado.

El marco normativo del que partimos es la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005) emitida por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, UNESCO³ que en su artículo 19 propone la formación de comités de ética que resguarden los Derechos Humanos y la Dignidad de las personas.

Los principios y valores que contiene tan importante Declaración, orientan y dirigen la actuación de los comités de ética en investigación. El marco normativo se fundamenta primeramente en los beneficios que toda investigación científica debe aportar, así como en la responsabilidad del investigador, el consentimiento de las personas que participan o de sus representantes legales, el respeto a la vulnerabilidad humana y a la integridad de la persona; así como la observancia de la privacidad y la confidencialidad, igualdad, justicia y equidad, la no discriminación y no estigmatización, el respeto a la diversidad cultural y el pluralismo; la solidaridad y cooperación, y la responsabilidad social. Es igualmente importante el compromiso de compartir los beneficios y el conocimiento generado en la investigación, la protección de las generaciones futuras, la protección del medio ambiente, de la biósfera y la biodiversidad.

Todo lo anterior constituye un imperativo ético en el actuar del investigador de la salud. Los diversos Estados habiendo firmado las disposiciones generales emitidas por la UNESCO, formulan sus ordenamientos jurídicos y emiten Leyes que regulan y ordenan, como en el caso que nos ocupa, la investigación en seres humanos.

² Lolás F, Quezada A, Rodríguez E. *Investigación en Salud. Dimensión ética*. CIEB, Universidad de Chile; 2006: 39

³ www.bioeticanet.info/documentos/DecUBio_DHesp06.pdf

Constitucionalmente, el derecho a la protección de la salud se encuentra reconocido en el artículo 4, párrafo cuarto. Este derecho es explicado y desarrollado por la Ley General de Salud, los reglamentos emanados de ella y las normas oficiales mexicanas emitidas por la Secretaría de Salud.

A partir de las recientes modificaciones de la Ley General de Salud, la adición del artículo 41 bis y la modificación del artículo 98⁴ en materia de Investigación para la Salud, existe claridad en la denominación de los comités, Comité Hospitalario de Bioética y Comité de Ética en Investigación, así como en las funciones específicas de cada uno. Resulta de suma importancia el último párrafo del mencionado artículo 41 bis, fracción II que especifica que ambos comités se sujetarán a la legislación vigente y a los criterios que establezca la Comisión Nacional de Bioética.

Adicionalmente, en el mismo párrafo se menciona el carácter interdisciplinario y la capacitación en Bioética para dichos comités. A partir de estas disposiciones legales, la Comisión Nacional de Bioética realizó una consulta nacional entre personas de distintas instituciones públicas y privadas del sector salud, así como de cuerpos académicos y de investigación, misma que dio lugar al

Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética.

Este documento tiene por objeto señalar los criterios para la integración y funcionamiento de los Comités que evalúan y dictaminan los protocolos de investigación en seres humanos. Las disposiciones son de observancia obligatoria para los establecimientos a que se refiere este instrumento. Resulta ser que dichos establecimientos son tanto los hospitales donde se realiza investigación en seres humanos, como instituciones docentes y centros de investigación, sean públicos o privados, que presenten la misma característica.

⁴ Publicado en el Diario Oficial de la Federación del 14 de diciembre de 2011.

Importancia de la formación multidisciplinaria

Los comités de Ética en Investigación (CEI's) son un instrumento de análisis, discusión y apoyo para la toma de decisiones ante los problemas éticos o dilemas bioéticos que se presenten en la investigación en seres humanos.

La conformación multidisciplinaria de los CEI's, es decir, la participación de investigadores de diferentes disciplinas como miembros de un comité de ética en investigación, es de la máxima importancia. Especialistas médicos, investigadores de otras disciplinas como Ciencias Sociales y Humanidades, bioeticistas, abogados, enfermeras, filósofos, especialistas en metodología, epidemiólogos, ginecólogos, y personas representantes de la comunidad o bien representantes del grupo en estudio, entre otros, tienen gran importancia en las aportaciones que hagan desde su especialidad; no partimos de un empeño, sino de una necesidad de realizar un ejercicio interdisciplinario en el proceso de valoración de cada uno de los protocolos de investigación; ocasionalmente se requiere algún especialista en un tema específico que pueda disipar dudas concretas sobre el protocolo.

Más aún, la presentación del protocolo de investigación al comité de ética en investigación por el propio investigador responsable, facilita el intercambio de ideas entre éste y los miembros del comité agilizando la deliberación; el proceso se ve enriquecido por las aportaciones de los integrantes del comité desde cada una de las especialidades que representan, y de igual forma las opiniones y sugerencias de los miembros de la comunidad.

Es evidente que si se trata de valorar una propuesta de investigación biomédica, los médicos integrantes del comité tienen mucho que aportar desde su propia experiencia como investigadores. De la misma forma, los especialistas en metodología de la investigación, en epidemiología, en enfermería y otras especialidades de las ciencias de la salud, contribuyen con sus conocimientos y experiencia en el área de la salud. Las enfermeras a partir de su cercanía con los pacientes, son especialmente sensibles al proceso de toma de muestras e información sobre la investigación, al paciente o a sus familiares en el proceso de obtención del consentimiento informado.

Muy importante es el juicio jurídico que aporta un abogado al análisis del protocolo, pues no podemos contravenir la ley en ningún sentido. Cada protocolo analizado por un CEI tiene una problemática particular y requiere un estudio legal específico; el abogado tiene la preparación profesional y los elementos para este punto de reflexión ética.

El especialista en Bioética estará atento a la observación de las normas éticas nacionales e internacionales a la vez que aporta un conocimiento que poco a poco va permeando al interior del comité. El trabajo multidisciplinario a partir de la Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación⁵, representa el compendio de los lineamientos para el funcionamiento de los CEI's, resultará eficiente y cumplirá con los objetivos legales de su integración.

A través del trabajo interdisciplinario, el CEI llegará a consolidarse de tal manera que habrá de realizar una verdadera transdisciplina, es decir, borrando las jerarquías y las diferencias de la especialidad de cada miembro del CEI, logrará integrarse y llegar a un lenguaje común y a un aprendizaje que sobrepasa las particularidades de cada especialista para convertirse en un conocimiento que favorece el trabajo de análisis, deliberación y resoluciones colegiadas a favor de los sujetos participantes de la investigación biomédica.

La inclusión de los aspectos éticos en los protocolos de investigación es un indicador de conocimiento y cultura científica por parte del investigador, así como de calidad, que tiene la misma importancia y es comparable al rigor metodológico de una investigación científica, donde los CEI's deben ser los garantes de que la investigación responda desde la valoración de los aspectos éticos, a los intereses y a las necesidades de la ciudadanía.

En este sentido, los Comités de Ética en Investigación en su funcionamiento asumen una responsabilidad acerca de la defensa de los participantes humanos en la investigación, tanto en lo que toca a los Derechos Humanos como a la Dignidad de las personas y a la responsabilidad de acatar el mandato de la Ley.

⁵ Disponible en línea: www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx

La Bioética ha sido pionera en el trabajo multidisciplinario y en lograr una transdisciplina, contexto en el que se llega a un lenguaje común que facilita el consenso a través del diálogo, lo que constituye además una nueva forma de realizar investigación. La integración y funcionamiento de los CEI's bajo las directrices de la Comisión Nacional de Bioética contenidas en la Guía Nacional, aseguran la tarea de estos organismos cuyo mejor motivo de trabajo es la protección de personas que participan como sujetos de investigación, ya se trate de individuos sanos o enfermos, más o menos vulnerables pero todos ellos con la misma dignidad de personas y con los mismos derechos.

La formación multidisciplinaria de los Comités de Ética en Investigación facilita la tarea de los mismos y el logro de sus objetivos en beneficio de la sociedad.

Los consultores ético-clínicos^{*}

Dr. Juan Pablo Beca I.

Director Centro Bioética Universidad del Desarrollo

Santiago de Chile

Los comités de ética asistencial o de ética clínica se han desarrollado a partir de 1970 en grados y formas diferentes en todos los países. Su definición es amplia porque sus funciones y características también lo son (UNESCO, 2005). Entre sus roles se destaca el análisis y consejería ante casos clínicos que presentan dudas o problemas morales para su mejor resolución, un rol normativo y una función educativa para quienes trabajan en las instituciones en que funcionan. La experiencia de estas cuatro décadas ha demostrado que los comités de ética asistencial son muy desiguales en su labor y que la función consultiva de análisis de casos es en general insuficiente. El número de casos clínicos que analizan es muy limitado y los casos más urgentes no pueden ser asumidos por los comités. La labor de asesoría normativa o de propuestas de guías clínicas, así como sus propuestas para mejorar la calidad de la asistencia, han caracterizado a algunos comités por sobre su función consultora en ética clínica. Otros comités han centrado su labor en la organización de actividades y programas de capacitación de los profesionales de sus instituciones.

La función de consultoría ético-clínica se ha definido como la contribución al análisis e identificación de los problemas éticos presentes en casos particulares para facilitar la resolución de los conflictos de valores y la formulación de recomendaciones para las respectivas decisiones. De esta manera se reduce la frecuente inseguridad de profesionales, pacientes y familiares, y se facilita llegar a soluciones más razonables y mejor fundamentadas. Los problemas ético clínicos son cotidianos y son variables en los diferentes servicios y especialidades clínicas. Sin embargo la mayoría de estos problemas no son analizados adecuadamente. La experiencia muestra que los médicos los resuelven generalmente de manera intuitiva, con criterios y sesgos propios, consultando entre ellos o en las visitas clínicas, pero sin fundamentar en forma clara y explícita las razones de sus decisiones. Los casos que se presentan a los comités de ética asistencial son los

* Una primera versión de este capítulo fue publicada en Beca J.P. y Astete C. Bioética Clínica. Editorial Mediterráneo, Santiago de Chile; 2012, pp 253-263.

más extremos o conflictivos y su número es en general muy escaso. Se ha comunicado que el promedio de casos presentados a comités en EE.UU. es de tres al año (Fox y cols., 2007), y en otros países su número no ha sido comunicado formalmente, aunque pudiese ser algo mayor. En España el número de casos consultados a los comités es también muy bajo (Ribas-Ribas, 2006). Ante esta realidad se ha llegado a señalar que difícilmente se justificaría la existencia de los comités de ética asistencial si la consultoría fuese su única función (Hernando & Couceiro, 2010). El bajo número de casos que se presentan a los comités se explica por diversas razones: dificultad para responder a consultas urgentes, demora entre la solicitud y la factibilidad de reunión del comité, tiempo que implica preparar la presentación del caso, recelo de los médicos clínicos por temor a ser enjuiciados, desconocimiento del beneficio de las recomendaciones que surgen del análisis ético-clínico, algunas experiencias previas negativas de los médicos con algún comité, y la percepción de las presentaciones al comité como un trámite que interfiere en las decisiones (Aulisio y cols, 2009). Esta realidad explica que tan frecuentemente se formulan preguntas informales o *consultas de pasillo* a algunos miembros de comités, consultas que se responden sin un análisis sistematizado y de las cuales no queda un registro en la historia clínica del enfermo o en actas para su posible seguimiento y estudio posterior. Por eso se han desarrollado, desde la década del 90, sistemas de consultoría ético-clínica que buscan responder a una necesidad asistencial y a una demanda de pacientes y profesionales. Sin embargo, así como hay críticos de los comités de ética asistencial, también los hay de las consultorías, especialmente si se les considera como alternativas de alguna manera opuestas.

La consultoría ético-clínica, ejercida por consultores individuales se desarrolló primero en EE.UU. y más recientemente en otros países, como ha ocurrido en Chile y cuya experiencia se relata más adelante en este capítulo. El rol del consultor es responder a las consultas mediante la identificación y análisis de los problemas éticos presentes en casos particulares, especialmente si que generan dudas para la toma de decisiones. Junto a los anterior la consultoría contribuye a la resolución de conflictos, reduce el *estrés moral* de los profesionales, apoya a enfermos y familiares, y constituye una instancia educativa a través del diálogo y de las recomendaciones formuladas. De esta manera la consultoría aporta al mejoramiento de la calidad de la atención de los enfermos y se cumple con recientes exigencias de agencias acreditadores como la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* de EE.UU. o con las diferentes normas de acreditación de hospitales de otros países.

Cómo trabajan los consultores

La forma de trabajo del consultor es necesariamente variable de un lugar a otro y posiblemente también entre uno u otro consultor pues, finalmente, cada uno tiene un estilo personal para ejercer su función. Sin embargo, por lo general el consultor individual coordina su labor con el Comité de Ética al cual reporta su trabajo y al que presenta los casos más complejos en la medida en que no sean urgentes. Las consultas éticas, si bien la más de las veces son solicitadas por médicos de staff, también pueden ser pedidas por otros profesionales y por familiares o pacientes. La información o participación del médico tratante o de familia no debería quedar de lado en los procesos de consultoría. Las consultas en lo formal son asumidas como interconsultas que idealmente se realizan sin cobro directo a pacientes. Después de conocer los antecedentes clínicos, con sus indicaciones y el pronóstico probable en cuanto a sobrevida y a calidad de vida, toda vez que resulta posible, el consultor se reúne con pacientes o sus familiares. En estas reuniones se conocen las expresiones de voluntad previa y los valores, creencias y expectativas en relación a la enfermedad y su posible desenlace, junto a otros elementos de contexto como pueden ser las relaciones familiares, inquietudes espirituales y problemas legales o económicos que pueden condicionar sus decisiones. Con esta información y sólo después de haberla completado en el mayor grado posible, el consultor analiza cada caso con los familiares y con los profesionales para concluir en recomendaciones que deja por escrito en la historia clínica del paciente con sus fundamentos. Cabe insistir en que el consultor debería evitar decidir por los otros o persuadir a profesionales o familiares en desmedro de sus propias decisiones (Winslade, 2011). Es ayudar a decidir pero no reemplazar a quienes deben hacerlo. El consultor visita al paciente en los días posteriores y continúa su seguimiento en los casos que lo requieren.

El método es por lo tanto eminentemente práctico, particularizado y casuístico, integrando elementos de bioética de principios y de ética del cuidado, en base a un razonamiento moral particularmente sensible al contexto. La deliberación se realiza por lo tanto con los familiares y con los clínicos, pero no es multidisciplinaria ni se puede realizar en forma tan sistematizada como en un comité. Las recomendaciones y sus fundamentos se archivan y registran en bases de datos que permiten su presentación al comité asistencial de ética y su posterior revisión para el debido análisis de la experiencia y para su evaluación. Sin embargo, más que un método único y generalizado, la consultoría ético clínica se desarrolla en la práctica como un proceso de comunicación con profesionales, enfermos y familiares con el objetivo de ayudarlos a conocer los fundamentos éticos que pueden apoyar las decisiones que ellos deben tomar en situaciones de

conflicto y en contextos particulares. Por eso se ha descrito como un arte que se debe ejercer con la mayor consideración de las diferentes opiniones para poder así formular recomendaciones respetando principios éticos, valores y voluntades, sin reglas fijas pero con máxima prudencia (Howe, 2009).

Es evidente que actualmente no es posible plantear la consultoría ético-clínica como una profesión o especialidad, pero tampoco puede ejercer este rol cualquier profesional interesado o cualquier miembro de comités asistenciales de ética. En EE.UU.. la mayoría de los consultores en ética clínica no son médicos sino otros profesionales como trabajadores sociales, enfermeras, filósofos o capellanes, los que se capacitan en técnicas de comunicación, así como para comprender diagnósticos, pronósticos y alternativas de tratamiento. Los médicos de UCI consideran que los consultores en ética clínica deben tener experiencia y conocimientos en bioética más que en derecho o religión, pero que sí necesitan tener entrenamiento médico previo (Chwang y cols, 2007). En cambio en otros lugares los clínicos sólo aceptarán como consultores a médicos que, además de tener experiencia clínica, sean respetados por sus pares y estén debidamente capacitados en bioética. Pero más allá de qué profesión o especialidad tienen los consultores, ellos deben tener algunas cualidades personales y competencias que han sido explicitadas por la *Society for Health and Human Values* y la *Society for Bioethics Consultation* (Aulisio y cols, 2000). Entre estas condiciones se mencionan la capacidad para comprender y distinguir los problemas éticos, emocionales y legales, la capacidad para entender y asumir las incertidumbres de cada caso, habilidades de comunicación y aptitudes para lograr consensos morales, conocimientos de bioética, comprensión de las situaciones clínicas, capacidades para asesorar a los implicados en los diferentes casos, y conocimiento de la institución con sus políticas y recursos. Previo a lo anterior, como cualidades básicas necesarias se espera de los consultores algunas condiciones personales señaladas como virtudes de compasión, tolerancia, paciencia y empatía. Si bien estas características pueden ser vistas como muy subjetivas y difícilmente alcanzables o exigibles, ellas describen un perfil que es el que, en la medida en que se logre, otorgará a los consultores la necesaria autoridad y prudencia para poder asumir su labor. Consecuentemente, la selección y la debida capacitación de consultores en ética-clínica, aunque son materias particularmente complicadas, constituyen una necesidad a resolver en cada institución, antes de establecer sistemas de consultoría individual.

Experiencia y evaluación de consultoría ético-clínica

La evaluación de los comités de ética asistencial es difícil de realizar y como tal ha sido escasamente realizada (Hernando, 1999; Slouther, 2011; Williamson y cols, 2007). Las publicaciones sobre consultoría más bien describen su labor y pocas presentan una evaluación, lo cual deja en claro que, además de su complejidad, no existe una metodología uniforme para su realización (Beca, 2010; Chen, 2008; Dudzinski, 2003). La experiencia en Clínica Alemana de Santiago de Chile en ya más de tres años de funcionamiento de un sistema de consultoría ético-clínica individual, complementario con el comité de ética asistencial, ha significado un aumento del número de casos de 4-5 al año a más de 40 casos anuales. El mayor número de consultas se explica por la cercanía que sienten los clínicos con la consultoría y por la presencia periódica del consultor en las visitas clínicas de la unidad de pacientes críticos. La consultoría se convierte así en una forma de “bioética al lado de la cama del enfermo”. La necesaria coordinación de la consultoría individual con el comité se realiza a través de la información regular al comité, la presentación de los casos más complejos y la discusión posterior de algunos de ellos. De esta manera el comité participa indirectamente de la consultoría individual y el consultor recibe el apoyo y la visión multidisciplinar del comité.

La consultoría ético-clínica se ha centrado principalmente en la Unidad de Pacientes Críticos porque el programa, en esa institución, nació de una petición de dicho servicio clínico. Esto explica la distribución etaria y probablemente el tipo de problemas consultados. La edad de los pacientes en 161 casos analizados aparece en el gráfico 1, en el cual llama la atención la concentración de adultos mayores.

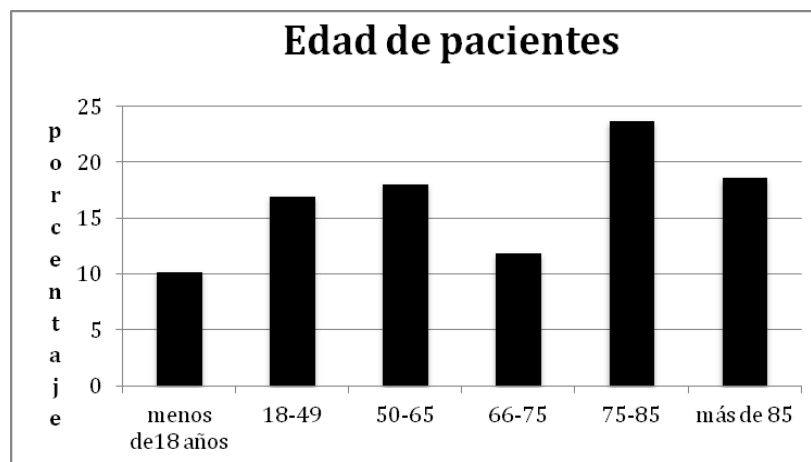


Gráfico Nº 1

Los diagnósticos fueron variados y para una visión general se han ordenado en grupos de tal manera que, globalmente, el 32 % fueron casos neurológicos, 29 % oncológicos que incluyen casos terminales o con patología intercurrente, 15% fueron pacientes con patología cardio-pulmonar y el resto correspondió a otros diagnósticos.

El tipo de problemas por los cuales se consultó fue variado y múltiple, aunque el motivo inicial de consulta fuese sólo uno de ellos. La tabulación de frecuencia de estos problemas que aparece en el gráfico 2, se refiere por lo tanto a la frecuencia relativa de cada tipo de problema en el universo tabulado de los 161 pacientes.

Los problemas más frecuentes fueron dudas concretas acerca de la legitimidad moral de medidas consideradas como limitación del esfuerzo terapéutico e interrogantes acerca de futilidad y proporcionalidad. En este grupo de problemas el más crítico, por la incertidumbre y angustia que se genera en los familiares y también entre los profesionales, fue la suspensión de ventilación mecánica (Beca y cols., 2010). Este fue el problema principal en 14 de los casos (8,7%). Con menor frecuencia el problema principal fue cómo favorecer una muerte tranquila, la falta de anticipación de conductas, el desconocimiento de la voluntad del paciente, o la discrepancia de opiniones entre el equipo tratante y los familiares del enfermo. En otros casos el problema principal fue definir la subrogación del enfermo, o un tema de justicia por el uso desproporcionado de recursos públicos

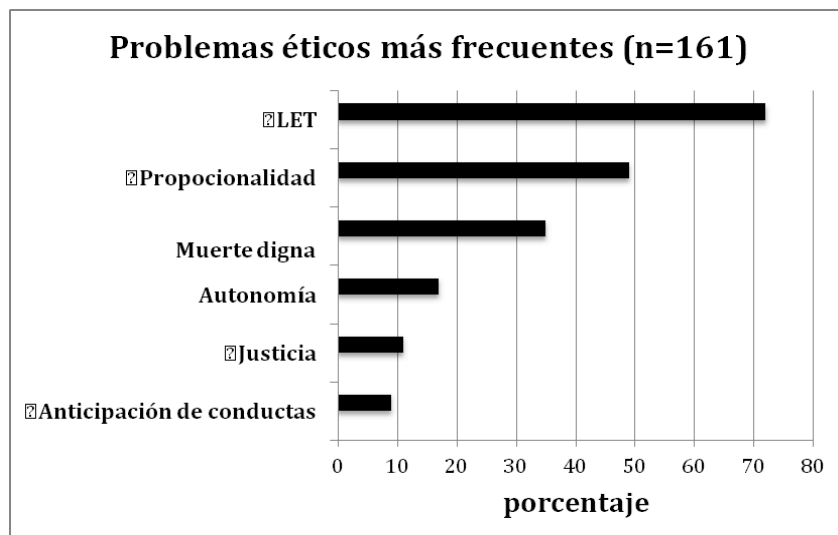


Gráfico N°2

o de seguros de salud. Otros problemas éticos presentes con menor frecuencia, incluyeron inseguridad familiar, falta de orientaciones por la no existencia de un médico tratante o de cabecera, y el rechazo de tratamiento por parte del enfermo.

En su etapa inicial el programa de consultoría ético-clínica se diseñó para asesorar al staff profesional y muy particularmente a los médicos. Sin embargo la experiencia fue dejando en claro, progresivamente, la necesidad y la utilidad de la entrevista del consultor con algunos pacientes y con los familiares. Como se expresa en el gráfico 3, la gran mayoría de las consultorías incluyó una o mas entrevistas con familiares. Su objetivo fue aumentar el conocimiento de hechos contextuales de cada caso, entre los que destacan las expresiones directas o indirectas de voluntad previa del enfermo, situaciones sociales o familiares que influyen en las decisiones, problemas económicos y necesidades espirituales. La información posterior entregada por muchos familiares, aunque no evaluada de manera cuantitativa, ha reconocido que la consultoría cumple un valioso rol de apoyo a la familia en sus decisiones y en la aceptación de la gravedad o de la muerte del enfermo. En otros casos, progresivamente minoritarios, la consultoría se ha realizado sólo como una asesoría a dudas de los médicos y excepcionalmente las familias han optado por tomar sus decisiones sin la participación del consultor.

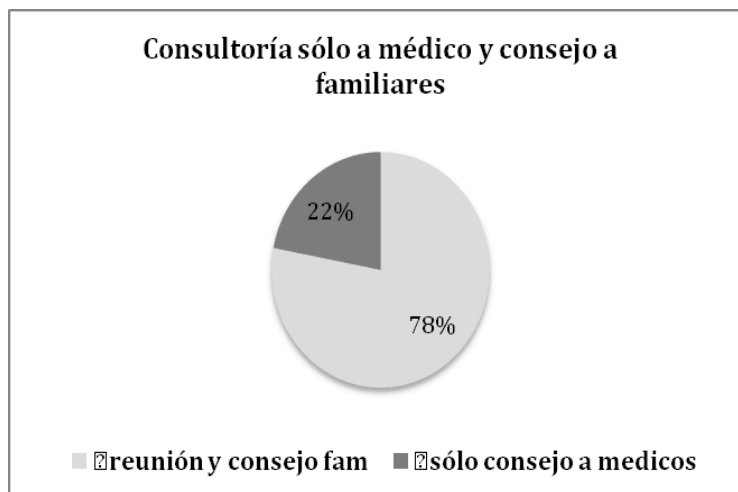


Gráfico N°3

Después de su primer año de funcionamiento, esta experiencia fue evaluada mediante una encuesta a los médicos de la unidad de pacientes críticos (Beca, 2010). Los resultados de ese estudio mostraron que la consultoría es considerada mayoritariamente por los médicos como un beneficio para los enfermos, muy útil para la toma de decisiones complejas, una ayuda para mejorar su percepción de los problemas éticos presentes en los casos clínicos y como un apoyo importante para la familia y para los profesionales.

Funciones de la consultoría ético-clínica individual

En base a la experiencia reportada en la literatura y a lo vivido realizando consultoría ético-clínica individual es posible describir diversas funciones que estos sistemas pueden cumplir en hospitales o centros asistenciales. Estos servicios pueden variar de acuerdo al tipo y tamaño de cada institución, del tipo y número de pacientes que se atienden en ellas, y también de acuerdo a la profesión, preparación y experiencia previa del consultor.

El rol principal es el análisis de los problemas que se plantean en los casos que les son consultados, formulando recomendaciones que ayuden en las decisiones. Estas recomendaciones, establecidas de común acuerdo con los profesionales tratantes y con los familiares de los pacientes quedan anotadas en la ficha clínica con su fundamento. Pero de alguna manera los consultores también se comprometen ocasionalmente con el cuidado de los enfermos, lo cual varía según el tipo de problemas, de las situaciones particulares de los pacientes o del vínculo que se genera con sus familiares. Una vez establecida una relación de confianza después de conocer los contextos de vida del enfermo, el consultor frecuentemente sigue los casos durante su evolución, entregando su apoyo, respondiendo a sus inquietudes y reasegurando a los familiares en las decisiones que ellos han tomado. El consultor se convierte así también en un miembro del equipo tratante, contribuyendo a un enfoque más interdisciplinario del cuidado y a que los enfermos sean considerados más como “nuestros” y menos como “mi” paciente (De Renzo y cols, 2010). Se cumple así una función de apoyo global al enfermo y a sus familiares, en aspectos emocionales y espirituales difíciles de precisar y de evaluar, pero que han sido frecuentemente destacados y valorados por ellos. En esta función de apoyo a pacientes o familiares es importante distinguir su acción como consultor institucional o como consejero personal en casos específicos que se lo solicitan (Winslade, 2011).

Los consultores otorgan al mismo tiempo un claro apoyo a los profesionales de los servicios, no sólo frente a la incertidumbre o a las dudas en sus decisiones, sino también ante la angustia o estrés moral que algunas situaciones les generan. De manera más bien indirecta la consultoría ético-clínica, con la presencia habitual de los consultores en las unidades clínicas, se constituye en una instancia de “educación en terreno”, contribuyendo a que los aspectos éticos de las decisiones clínicas sean progresivamente considerados un aspecto más de la práctica médica y no como algo complementario o distante. De hecho, después de algún tiempo de trabajo de los consultores, se han visto cambios en la mentalidad de los médicos y otros profesionales de estos servicios, de tal

manera que muchos problemas son resueltos adecuadamente sin la necesidad de consultas éticas formales. Finalmente, la consultoría ético-clínica también puede evitar o solucionar desencuentros entre los profesionales y sus familiares, en la medida en que contribuye a que ellos puedan comprender y asumir resultados diferentes a sus expectativas iniciales. De esta manera, sin que ésta sea una función específica de los consultores, ellos también contribuyen indirectamente a la defensa de los médicos y de las instituciones ante posibles litigios.

Consultores o comités

La consultoría individual tiene, en relación a los comités, algunas ventajas y limitaciones que son importantes de comprender (Beca, 2008; Couceiro, 2008). Su principal ventaja es la eficiencia y rapidez que ofrece, más aun si se cuenta con varios consultores que puedan establecer sistemas de turnos. De esta manera aumenta no sólo el número de consultas sino la cercanía con los médicos y otros profesionales tratantes, lo cual se traduce en un refuerzo de su función educativa y de apoyo. Por otra parte los consultores participan en visitas clínicas o realizan visitas ético-clínicas con médicos de staff y residentes, oportunidades que permiten conocer mejor los casos y advertir problemas éticos que muchas veces pasan inadvertidos para los tratantes. La mayor cercanía del consultor conduce a que los casos que se consultan incluyan no sólo a los más conflictivos, sino muchas veces situaciones en las que existe la necesidad de reasegurar tanto a médicos tratantes como a familiares ante inseguridad propia de algunas decisiones.

Las entrevistas de los consultores con pacientes y/o sus familiares permiten conocer no sólo sus valores, dudas y expectativas, sino también otros hechos de contexto social, familiar, económico o espiritual que pueden ser determinantes en las recomendaciones y decisiones. El registro de la consultoría en la historia clínica del paciente, sea que se formalice como una interconsulta o en alguna hoja aparte, facilita que las recomendaciones sean conocidas por todo el equipo profesional tratante. Así, la consultoría individual se transforma en la práctica en un apoyo no sólo para quien presenta el caso como ocurre frecuentemente en los comités, sino directamente a los enfermos, familiares y a todo el equipo profesional tratante. De esta manera, como ya se ha señalado, el consultor llega a ser muchas veces un miembro más del grupo profesional que trata al paciente y, en parte, por esta razón son muchos los médicos que prefieren las consultorías individuales (Slouther, 2009).

Sin embargo, junto a las ventajas mencionadas las consultorías éticas individuales tienen limitaciones que es necesario considerar para superarlas de la mejor manera posible. La mayor de ellas es la falta de deliberación multidisciplinaria que es una de las fortalezas mayores de los comités. Como consecuencia de lo anterior es fácil que se genere un predominio excesivo de la perspectiva personal del consultor en base no sólo a su experiencia y formación sino también a sus inevitables sesgos. También es posible que el consultor sea erróneamente considerado por el equipo de salud como una especie de “experto” que define las conductas correctas o incorrectas, o que los médicos de alguna manera busquen disminuir su responsabilidad personal en las decisiones de casos con problemas morales, descansando en la opinión del consultor. En otra perspectiva, en la medida en que existan y funcionen sistemas de consultoría individual o realizada por dos o tres consultores, es posible que los comités asistenciales de ética sean menos requeridos por ser percibidos como instancias demasiado complicadas y formales, burocráticas, distantes de la realidad y de la cotidianeidad de la práctica clínica. Si bien este es un riesgo o limitación, también puede contribuir a una definición diferente del rol del comité en un nivel diferente, mediante la revisión retrospectiva de los casos más complejos y de aquellos que plantean problemas que afectan al sistema general de trabajo de la institución. En esta forma los comités de ética podrían aumentar sus propuestas normativas para el mejoramiento de la calidad de la atención de los enfermos, lo que ha sido señalado como una función no siempre cumplida por los comités (Agich, 2009). La definición de un rol más general que particular de los comités asistenciales de ética debería favorecer asimismo la creación de más programas educativos en temas de bioética para los profesionales y funcionarios de sus instituciones.

Comités de ética clínica y consultorías no deberían por lo tanto plantearse como opciones contrapuestas sino más bien como partes de un modelo de comités y consultores, trabajando de manera complementaria, apoyando y estimulando a los profesionales a reconocer problemas éticos y seleccionando los casos que deberían ser analizados por los comités en pleno. Es importante insistir en que el responsable de abordar y resolver los problemas éticos es el staff clínico, decidiendo de manera compartida con pacientes o familiares, con la ayuda y apoyo de comités y consultores.

Conclusiones

Los problemas ético clínicos son cotidianos en la medicina contemporánea y en la práctica se resuelven de manera intuitiva, a veces con consultas entre médicos y otros profesionales, pero sin

un análisis sistemático de ellos. Los casos más conflictivos, son presentados a los comités de ética asistencial, en los hospitales que cuentan con ellos. Sin embargo el número de casos que analizan es muy limitado y los casos urgentes no pueden ser asumidos por los comités. En la práctica muchos casos son consultados informalmente a miembros de comités, consultas que se responden sin un análisis sistemático y de las cuales no queda registro. Como respuesta a esta realidad se han desarrollado, especialmente en EE.UU. sistemas de consultoría ético-clínica individual.

Los consultores ético-clínicos son profesionales médicos o no médicos, con experiencia clínica, formación en bioética, condiciones personales que han sido claramente establecidas, miembros de los comités de ética asistencial de sus instituciones, y formalmente designados para su función consultora. Su método de trabajo, si bien variable en diversos lugares y con el sello personal de cada consultor, consiste en responder a solicitudes de profesionales, pacientes o familiares que expresan inseguridad o dudas éticas en sus decisiones. Los casos son analizados en base a un razonamiento moral particularmente sensible a la particularidad y contexto de cada caso, mediante una deliberación que se realiza con los profesionales tratantes y con los familiares del paciente. Se formulan recomendaciones que se registran en la ficha clínica y en archivos para su revisión en el comité o en análisis posterior de la experiencia.

La función principal de los consultores es el análisis y la formulación de recomendaciones con sus fundamentos éticos. Sin embargo la consultoría constituye a la vez una forma de activo apoyo a pacientes y familiares en sus decisiones y en su aceptación del pronóstico o del final de la vida. Junto a lo anterior la consultoría significa un apoyo a los profesionales en sus incertidumbres o dudas. De esta manera un sistema de consultoría se convierte en una forma de bioética al lado de la cama del enfermo. Como resultado, sin ser un objetivo directo o primario, la consultoría contribuye a mejorar la calidad de la atención y a prevenir conflictos.

La evaluación de la consultoría ético-clínica demuestra que el número de casos analizados se incrementa enormemente, que los médicos que trabajan con pacientes críticos la evalúan muy positivamente y que los familiares valoran mucho el apoyo recibido.

Los comités de ética y la consultoría ético-clínica no son opciones contrapuestas sino partes de un mismo modelo de trabajo complementario con un mismo fin.

Bibliografía

Agich GJ. Why Quality Is Addressed So Rarely in Clinical Ethics Consultation. *Camb Q Healthc Ethics* 2009; 18: 339 – 346

Aulisio MP, Arnold RM, Younger SJ. Health care Ethics consultation: Nature, Goals and Competencies. *Ann Intern Med* 2000; 133: 59-69

Aulisio M.P.; Moore,J.; Blanchard,M.; Bailey,M.; Smith,D.. Clinical ethics consultation and ethics integration in an urban public hospital. *Camb Q Healthc Ethics* 2009; 18: 371-383

Beca J.P. Comités de Ética o Consultores de ética clínica. *Bioética&Debat* 2008; 54: 1-5

Beca J.P., Montes J.M., Abarca J. Diez mitos sobre el retiro de la ventilación mecánica en enfermos terminales. *Rev Med Chile* 2010; 138: 639-644

Beca J.P., Koppmann A., Chávez P., Delgado I., Solar S. Análisis de una experiencia de consultoría ética clínica en cuidado intensivo. *Rev Med Chile* 2010; 138: 815-820

Chen Y-Y CY-C. Evaluating ethics consultation: randomized controlled trial is not the right tool. *J Med Ethics* 2008; 34:594-597

Chwang E., Landy D.C., Sharp R.R. Views regarding the training of ethics consultants: a survey of physicians caring for patients in ICU. *J Med Ethics* 2007; 33: 320-324

Couceiro A. Comités de ética o consultores de ética: ¿qué es lo mejor para las instituciones sanitarias?. *Bioética&Debat* 2008; 54: 10-15

De Renzo EG, Schwartz J. Building Esprit de Corps: Learning to better Navigate between “My” Patient to “Our” Patient. *The Journal of Clinical Ethics* 2010; 21: 232-237

Dudzinski DM. The practice of a clinical ethics consultant. *Public Aff Q* 2003; 17:121-139

Fox E, Meyers S, Perlman RA. Consultation in United States Hospitals: A National survey. *Am J. Bioeth.* 2007; 7: 13-25

Hernando P. Evaluation of Healthcare Ethics Committees: The Experience of an HEC in Spain. *HEC Forum* 1999; 11: 263-276

Hernando P., Couceiro A. Los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria y los Consultores de Ética. En *Bioética y Pediatría. Proyectos de Vida Plena*. Editores M. de los Reyes y M. Sánchez. Ergon, Madrid España 2010

Howe E.G. Beyond the State of the Art in Ethics Consultation. *The Journal of Clinical Ethics* 2009; 20: 203-211
Ribas-Ribas S. Estudio observacional sobre los comités de ética asistencial en Cataluña: el estudio CEA-CAT (1). Estructura y Funcionamiento. *Med Clin (Barc)* 2006; 126: 60-66

Slowther A. Ethics Case Consultation in Primary Care: Contextual Challenges for Clinical Ethicists. *Camb Q Healthc Ethics* 2009; 18: 397-405

Slowther AM, McClimans L, Charlotte P. Development of clinical ethics services in the UK: a national survey. *J Med Ethics* 2011; Dec 13

UNESCO. Guía Nº1. Creación de Comités de Etica. Paris, 2005. Disponible en <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001393/139309s.pdf>

Williamson L, McLean S, Connell J. Clinical Ethics Committees in the United Kingdom: towards evaluation. *Med Law Int.* 2007 February 9; 8(3): 221–23.

Winslade W.J. The Roles of the Ethics Consultant. *The Journal of Clinical Ethics* 2011; 22 (4): 335-337.

La responsabilidad científica

Fernando Anaya Velázquez

Departamento de Biología, División de Ciencias Naturales y Exactas, Campus Guanajuato,
Universidad de Guanajuato, México

Contacto: anayafe@ygto.mx

Resumen

La investigación biomédica en los seres humanos ha pasado a ser de una acción no regulada a una actividad realizada con un marco legal preciso en la mayoría de los países y con una motivación ética clara, basada en el respeto a la dignidad humana y la protección de los derechos humanos de los participantes. Los comités de ética en investigación (CEIs) son las instancias para analizar y aprobar, sobre bases éticas, la realización de los proyectos de investigación biomédica. Sin embargo, el trabajo de dichos comités no se realiza a veces adecuadamente debido a que los investigadores no cumplen los requisitos solicitados por los CEIs y, por el otro lado, las instituciones no apoyan la creación o el trabajo de los mismos. En nuestro país aún queda mucho trabajo por hacer para motivar a todos los investigadores biomédicos y a las instituciones para cumplir con los requisitos con la convicción de que los participantes son el fin de su actividad y no un medio para sus proyectos de investigación. En nuestra experiencia, los investigadores no pueden cumplir los requisitos en los proyectos y por ende con su responsabilidad, debido a que se presentan situaciones tales como: diversidad en la calidad de presentación de los protocolos, responsables de proyectos con gran variabilidad en su formación y experiencia científica, justificación metodológica insuficiente del proyecto, uso o aplicación de intervenciones no basadas en medicina basada en evidencia, uso de bibliografía no actualizada, desconocimiento de la normatividad vigente relacionada con el funcionamiento de los CEIs, falta de inclusión de los aspectos éticos en el proyecto, falta de la hoja de información al paciente y carencia del formato de consentimiento informado en el protocolo, e insuficiente información sobre las fuentes de financiamiento y la presencia o no de conflictos de interés. Por lo anterior, para motivar la reflexión bioética y aumentar la responsabilidad científica es necesario incluir la bioética en la formación y actualización de los investigadores biomédicos.

Introducción

La investigación biomédica en los seres humanos fue una actividad no regulada en el mundo durante la primera parte del siglo XX y antes, épocas en las que se cometieron muchos abusos y que al término de la segunda guerra mundial dio lugar al juicio de Nüremberg, en el cual no solamente se enjuició a los culpables de tales faltas sino que se elaboró el primer documento que regula la realización de proyectos de investigación en seres humanos, llamado el Código de Nüremberg.¹ Posteriormente, casi dos décadas después, la Asociación Médica Mundial emitió la Declaración de Helsinki para regular la investigación realizada en seres humanos.² Con el nacimiento de la bioética y la propuesta de principios generales para el análisis bioético de los proyectos de investigación en que participan seres humanos, se llegó a un consenso mundial que permitió en la primera década del presente siglo la aprobación de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos por la UNESCO, la cual ha permitido en los últimos años la difusión plena de la bioética en el mundo y la elaboración en muchos países de leyes y reglamentos relacionados con la bioética así como la promoción de la difusión y enseñanza de dicha disciplina.³ En nuestro país, por mandato de la Ley General de Salud reformada en 2011,⁴ la Comisión Nacional de Bioética es la instancia idónea para elaborar las Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación, las cuales fueron publicadas en el último trimestre de 2012⁵. Posteriormente, la misma instancia dio a conocer la Guía Nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación⁶

¹ Código de Nüremberg. Tribunal Internacional de Nüremberg, 1947.

² Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Asociación Médica Mundial, 1964.

³ Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. UNESCO, 2005.

⁴ Ley General de Salud. México, 2012. Miércoles 14 de diciembre de 2011 DIARIO OFICIAL (Primera Sección) 68. DECRETO por el que se adiciona el artículo 41 Bis y se reforma el artículo 98 de la Ley General de Salud.

⁵ ACUERDO por el que se emiten las Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética. Miércoles 31 de octubre de 2012 DIARIO OFICIAL, México (Segunda Sección).

⁶ Guía Nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación, Tercera adición, Comisión Nacional de Bioética, México, 2012.

(CEIs), que indica las pautas concretas para organizar el funcionamiento de los Comités antes mencionados en México.

En consecuencia, en la actualidad los CEIs están plenamente reconocidos por la Ley, por lo que se reconoce normativamente su actividad y con una motivación ética clara, basada en el respeto a la dignidad humana y la protección de los derechos humanos de los participantes. Los Comités de Ética en Investigación (CEIs) son las instancias para analizar y aprobar, sobre bases éticas, la realización de los proyectos de investigación biomédica.

Dificultades en el funcionamiento de los CEIs

Aunque se reconoce legalmente la existencia de los CEIs en las instituciones hospitalarias y educativas que realizan investigación biomédica en seres humanos, el trabajo de dichos comités no se realiza a veces a cabalidad debido en primer lugar a que las propias instituciones a veces no apoyan la creación y el funcionamiento de los CEIs, ya sea otorgando recursos y espacios adecuados o aprobando permisos a los investigadores para que realicen su función en los CEIs en su jornada laboral normal. En el caso de los investigadores, puede suceder que someten sus proyectos a la aprobación de comités de investigación pero no a los CEIs sin saber que son instancias distintas de análisis, evaluación y aprobación. De la misma manera, es frecuente saber que los investigadores desconocen la normatividad y no dan la importancia debida a los aspectos éticos en sus proyectos realizados en seres humanos y también por falta de conocimiento de la normatividad internacional y nacional. Por lo anterior, aún queda mucho trabajo por hacer para motivar a todos los investigadores biomédicos y a las instituciones para cumplir con los requisitos con la convicción de que los seres humanos, participantes en los proyectos, son el fin de su actividad y no un medio para sus proyectos de investigación.

Entre los problemas que se presentan, está la falta de conocimiento de la normatividad por parte de los investigadores, lo cual se debe a que en su formación científica no se incluye el aprendizaje de la bioética y, por otro lado, la falta de interés de los propios investigadores para estar debidamente enterados de los referentes normativos a nivel internacional y nacional que fundamentan la existencia de instancias colegiadas como son los CEIs para el análisis de la pertinencia, sobre bases éticas, de los proyectos de investigación biomédica que ellos pretenden realizar.

Otra dificultad se relaciona con el o los responsables de los proyectos a realizar. Frecuentemente se anota como responsable de un proyecto a estudiantes de pregrado o posgrado sin considerar que la normatividad aplicable indica que las funciones de coordinación, dirección y seguimiento de los proyectos la deben asumir investigadores con formación y experiencia en la materia, por lo que los estudiantes deben ser registrados como participantes o colaboradores.

Adicionalmente, se pueden observar al interior del CEI, casos de proyectos de investigación biomédica que no son adecuadamente justificados por el análisis exhaustivo de la literatura científica actualizada relacionada al tema del proyecto; en ocasiones la revisión bibliográfica es muy escueta y las referencias son antiguas y no facilitan a los miembros del CEI el análisis de la pertinencia del proyecto que justifique la participación de seres humanos.

Además, de manera recurrente se puede encontrar durante la revisión de los protocolos, que los proyectos no tienen un apartado específico de los aspectos éticos del mismo y cuando se hace alusión a la normatividad aplicable, los autores no describen o explican cómo es que durante la realización del proyecto se respetará la dignidad de los pacientes y se protegerán los derechos humanos de los mismos.

En resumen, en nuestra experiencia, los investigadores en ocasiones no pueden cumplir los requisitos en los proyectos debido a que se presentan situaciones tales como: diversidad en la calidad de presentación de los protocolos, responsables de proyectos con gran variabilidad en su formación y experiencia científica, justificación metodológica insuficiente del proyecto, uso o aplicación de intervenciones no basadas en medicina basada en evidencia, uso de bibliografía no actualizada, desconocimiento de la normatividad vigente relacionada con el funcionamiento de los CEIs, falta de inclusión de los aspectos éticos en el proyecto, insuficiente información sobre las fuentes de financiamiento y la presencia o no de conflictos de interés y, la falta de la hoja de información al paciente y la carencia del formato de consentimiento informado en el protocolo por evaluar.

Responsabilidad científica y los CEIs

Por lo anterior, para aumentar la responsabilidad científica es necesario incluir la bioética en la formación y en la actualización de los investigadores biomédicos. De lo anterior, es necesario

mejorar el entrenamiento de los investigadores jóvenes incluyendo la bioética en su formación, incluyendo en el contenido, la fundamentación ética y legal de la existencia y funcionamiento de los comités de ética en investigación. Igualmente, es oportuno revisar en los programas de educación continua de los investigadores activos la inclusión de los aspectos éticos de los proyectos de investigación biomédica.

Bibliografía

ACUERDO por el que se emiten las Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética. Miércoles 31 de octubre de 2012 DIARIO OFICIAL, México (Segunda Sección).

Código de Nüremberg. Tribunal Internacional de Nüremberg, 1947.

Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Asociación Médica Mundial, 1964.

Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. UNESCO, 2005.

Guía Nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación, Tercera adición, Comisión Nacional de Bioética, México, 2012.

Ley General de Salud. México, 2012. Miércoles 14 de diciembre de 2011 DIARIO OFICIAL (Primera Sección) 68. DECRETO por el que se adiciona el artículo 41 Bis y se reforma el artículo 98 de la Ley General de Salud.

LECTURAS RECOMENDADAS

Altamirano Bustamante, M.M., Garduño Espinosa, J., García Peña, M.C., Muñoz Hernández, O. Ética Clínica. Una perspectiva transfuncional. Corporativo Intermédica, México, 2006.

Bioética. Temas y perspectivas. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., E.U.A., 1990.

Casas, M.L. Bases bioéticas para la toma de decisiones en la práctica médica, investigación en humanos y trasplantes. Ed. Trillas, México, 2008.

Código de bioética para el personal de Salud. Comisión Nacional de Bioética, México, 2002.

Código de conducta para el personal de salud. Comisión Nacional de Bioética, México, 2002.

Garza Garza, R. Bioética. La toma de decisiones en situaciones difíciles. Editorial Trillas, México, 2000.

Gracia, D. Bioética Clínica. Editorial el Búho, Bogotá, 1998.

Guía No. 1. Creación de Comités de Bioética. UNESCO, 2005.

Guía No. 2. Funcionamiento de los Comités de Bioética: Procedimientos y Políticas. UNESCO, 2006.

Guía No. 3. Capacitación de los Comités de Bioética. UNESCO, 2007.

Hernández Arriaga, J.L (Ed.). Ética en la investigación biomédica. Manual Moderno, México, 1999.

Hernández Arriaga, J.L. (Ed.). Bioética General. El Manual Moderno, México. 2002.

Kraus, A. y Cabral, A.R. La bioética. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México, 1999.

Kuthy Porter, J., Villalobos Pérez, J.J., Martínez González, O., Tarasco Michel, M. Introducción a la bioética. Segunda edición. Méndez Editores, México, 2003.

Lolas F., Quezada, A. y Rodríguez, E., (Eds.) Investigación en Salud. Dimensión Ética. CIEB Universidad de Chile, Chile, 2006.

Lolas S, F., Quezada S., A. (Eds.). Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas. Programa Regional de Bioética OPS/OMS, Santiago, Chile, 2003.

León Correa, F.J. Bioética Razonada y Razonable. Fundación Interamericana Ciencia y Vida, Santiago, Chile, 2009.

León Correa, F.J. (Coord.). Bioética General y Clínica. Fundación Interamericana Ciencia y Vida, Santiago, Chile, 2010.

Comités de ética y bioética en investigación para las ciencias sociales: hacia su consolidación en el ámbito colombiano

Diana Rocío Bernal Camargo

Abogada. Doctora en Bioética y Biojurídica. Profesora de carrera adscrita al Grupo de Investigación en Derechos Humanos, Universidad del Rosario, Colombia.

Contacto: dianar.bernalc@hotmail.com

Resumen

En el marco del desarrollo de las investigaciones en las diferentes áreas del conocimiento, se ha gestado y consolidado un proceso de revisión ética previa a la aprobación de investigaciones, en especial de las biomédicas. Sin embargo, esta necesidad se ha extendido paulatinamente y hoy se evidencia la creación de instrumentos y estrategias para la evaluación ética de proyectos en áreas como las Ciencias Sociales.

En diferentes países, esta preocupación se ha iniciado con ocasión de la revisión ética a los proyectos en Ciencias Sociales, por parte de los organismos, departamentos, entidades o instituciones nacionales encargadas de la financiación de una buena parte de proyectos desarrollados por instituciones de educación superior. Algunos ejemplos muestran que uno de los aspectos de mayor relevancia en este tipo de evaluaciones es el referente al consentimiento informado de quienes participan de estas investigaciones.¹

A partir de estas reflexiones sobre la importancia de la evaluación ética de los proyectos de investigación en Ciencias Sociales y de las nuevas pautas que se dan al interior del Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación – COLCIENCIAS, este texto presenta un análisis sobre los retos de las Instituciones de Educación Superior en Colombia frente a la constitución y consolidación de comités de ética en investigación con competencia respecto de los proyectos no sólo de las ciencias biomédicas, sino también de otras áreas del conocimiento, en este caso se hace referencia a las ciencias sociales. En este sentido, se plantea que el esquema del actual

¹ Winkler, Sotomayor et al., 2011, 133-142.

Consejo Nacional de Bioética en Colombia tome como reto incidir efectivamente en este proceso y así forjar una cultura ética de la investigación en las diferentes áreas del conocimiento.

Para tal efecto este documento abordará los siguientes elementos: 1) La importancia de la ética en la investigación académica y los elementos éticos de los proyectos de investigación en Ciencias Sociales; 2) Los sistemas y las estrategias de regulación ética en los proyectos de investigación, y 3) La política de ética en investigación en Ciencias Sociales para Colombia y el papel de las Instituciones de Educación Superior

1. La importancia de la ética en la investigación académica

El proceso de investigación científica en las diferentes áreas del conocimiento se encuentra enmarcado por una serie de elementos, pautas y principios propios del desarrollo científico, que han generado grandes avances hacia la generación de nuevo conocimiento. Sin embargo, estos avances a su vez conllevan problemas para la integridad científica,² en los cuales juega un papel importante la ética como instrumento para su solución y/o modulación.

Este rol de la ética en la investigación se ha relacionado con mayor frecuencia hacia las intervenciones en biomedicina con ocasión de los riesgos que pueden generarse en este campo, a diferencia de lo que se ha interpretado en relación con la investigación en ciencias sociales, de la que se ha predicado su benignidad. No obstante, en diferentes escenarios se han evidenciado la presencia de riesgos frente a investigaciones con sujetos humanos, entre otras, aquellas relacionadas con las posibilidades de discriminación.³

La conducta responsable, como ideal en la investigación, implica el cumplimiento de una serie de principios, normas, códigos, reglas, reglamentos y políticas, generadas tanto por los gobiernos como por las instituciones, universidades o centros en los que se adelanta la investigación. Sin embargo, en contraste con este ideal de conducta responsable, se encuentra la mala conducta o la conducta impropia, que se ocasiona tanto por factores personales como organizativos, institucionales o metodológicos. En el primer caso se podrían cuestionar relaciones con “la

² Rodríguez, Lolás, Garbi-Novaes et al, 2011, 3-4.

³ Corbinos, 2004, pp. 65-68.

debilidad y la incapacidad humanas para resistir la tentación de tomar un atajo”; y en el segundo caso, factores asociados a la carencia de sistemas que se encarguen de prevenir y sancionar las malas conductas en la investigación, o con ocasión de un sistema de incentivos académicos inadecuado, que facilita la comisión de conductas contrarias a la ética de los investigadores, y que en últimas tiene como efecto inmediato sobre la confianza de la sociedad tanto en el investigador como en la institución que lo financia.⁴

Para fortalecer, propiciar e incidir en la realización de prácticas encaminadas a una conducta responsable de investigación, se ha referenciado la aplicación de unos principios mínimos de orientación del quehacer investigativo, entre ellos el principio de precaución, el principio de objetividad y el principio de neutralidad.

La aplicación del principio de precaución, que si bien resulta más claro a la luz de investigaciones tecnocientíficas,⁵ tiene asidero en el campo de otras como en las Ciencias Sociales, como quiera en este campo también se está en presencia de riesgos potenciales. Así, se ha mencionado, que uno de los principales conflictos en los procesos de investigación en este campo están relacionados con la salvaguarda del derecho a la privacidad y la confidencialidad, como ocurre en proyectos que involucran recolección de información que puede conllevar a la caracterización implícita de los sujetos participantes en la investigación o involucrar percepciones relacionadas con la vida privada de los partícipes.⁶

El principio de objetividad, implica que los resultados de investigación se encuentren apoyados en “la evidencia empírica disponible, a la luz de criterios estrictamente cognitivos”, y en especial en el caso de investigaciones en Ciencias Sociales, “que no reflejen valores sociales y éticos particulares, y tan sólo después de haber sido puesta a prueba en el transcurso de un programa apropiado y riguroso de investigación empírica”.⁷

⁴ Hermerén, 2008, 5-10.

⁵ Hugh, 2008, 241-246.

⁶ Achío, , 2003, 85-95, 2003.

⁷ Hugh, 2008, 241-246.

Siguiendo esta línea, el principio de neutralidad, se refiere a como los resultados científicos, considerados como un todo, no deben favorecer a algunas perspectivas éticas en desmedro de otras, ya sea a través de sus implicaciones lógicas, o a través de las consecuencias concomitantes de sus aplicaciones.⁸

La aplicación de estos principios, busca promover la conducta responsable en la investigación, esto es, prevenir, corregir o sancionar aquellas acciones consideradas como malas prácticas y prácticas cuestionables.⁹ Usualmente, se encuentran sanciones especiales y claras respecto de las malas prácticas, como ocurre en los casos de fabricación de datos, falsedad de datos o el plagio. Sin embargo respecto de aquellos casos que pueden encontrarse en el campo de las conductas cuestionables no sucede lo mismo, de forma que es en este campo donde ha de acentuarse la acción de los diferentes niveles de regulación ética.

Estas prácticas de mala conducta pueden presentarse en cualquier campo del conocimiento. Así, la falsedad y fabricación de datos, si bien se ha detectado en relación con las investigaciones del campo técnico-científico, no implica que las ciencias sociales se encuentren exentas de ellas.

Por su parte, en relación con el plagio, cada vez son mayores las acciones que se implementan para su prevención, y resulta pertinente señalar las subdivisiones del mismo también se presentan en la investigación en ciencias sociales, como aquellos casos de auto-plagio, en el que se publican textos de contenido idéntico o similar, en diferentes revistas o libros, pero con cambios mínimos; o también aquellos casos de publicaciones segmentadas relacionadas con los mismos estudios, pese a que los datos, por ejemplo, se encontraban disponibles desde la primera publicación¹⁰.

Este tipo de prácticas en relación con el plagio, generalmente, se encamina al incremento de las publicaciones de los investigadores, bien con ocasión de las políticas de incentivos o posicionamiento en la carrera docente de los investigadores, *“lo que pone en situación*

⁸ Hugh, 2008, 241-246.

⁹ Steneck, 2006, 53-74.

¹⁰ Litewka, 2012, 197-198.

desventajosa a colegas honestos que, con menor número de publicaciones se ven marginados en la dura lucha por la supervivencia dentro del mundo académico”¹¹.

También se encuentra, la autoría fantasma o inmerecida, en la que generalmente aparecen como autores investigadores de prestigio de mayor jerarquía, sin que hayan tenido participación efectiva en la formulación y ejecución del proyecto que arroja los insumos de la publicación¹²

Se aducen como prácticas que debieran caracterizar una conducta responsable, y en consecuencia evitar las malas conductas en la investigación:

La honestidad intelectual en la propuesta, el desarrollo dentro de las normas éticas y la publicación de la investigación; La precisión en la presentación de las contribuciones de la propuesta de investigación y las publicaciones; La justicia en la evaluación de pares; el demostrar un espíritu de colaboración en las interacciones científicas, incluyendo la comunicación y el compartir recursos; la transparencia en la declaración de los posibles conflictos de interés; La protección de los sujetos humanos durante el desarrollo de la investigación y posterior a ella; El trato a los animales como seres sintientes y capaces de sufrir durante la investigación y al finalizar la misma; La adherencia a las responsabilidades mutuas entre los investigadores y sus equipos de investigación¹³.

2. Los sistemas y las estrategias de regulación ética en los proyectos de investigación

Unas de las estrategias que se ha implementado, en especial en investigación biomédica, para la regulación y control ético de la investigación es la creación de Comités de Ética Investigación. Estos incluyen Comités, Comisiones o Consejos de Bioética, de carácter consultivo en el nivel nacional; los comités de las asociaciones médicas de profesionales; los comités de ética médica u hospitalaria, y los comités de ética en investigación.¹⁴

Sin embargo, a la par con este tipo de estrategias, se requieren herramientas adicionales, que como bien lo mencionaron Arellano y Morales, conlleven hacia la construcción de una política de integridad científica, lo cual implica abrir el debate de la ética en la investigación hacia la

¹¹ Litewka, 2012, 197-198.

¹² Litewka, 2012, 197-199.

¹³ Rodríguez, Lolas, Garbi-Novaes et al, 2011, 3.

¹⁴ UNESCO, 2005.

interdisciplinariedad, de forma que sus discusiones no sean de exclusividad de áreas específicas del conocimiento.¹⁵ Esto también implica que la reflexión ética en la investigación, no se limite hacia la investigación biomédica y afines, sino que es necesario se tome conciencia respecto de las implicaciones éticas que también conllevan proyectos de investigación en otras áreas del conocimiento.

Así por ejemplo, una muestra de este debate interdisciplinario es la necesidad de la puesta en marcha de comités de ética para proyectos en ciencias sociales, o de la creación de comisiones de ética asesoras de los fondos, departamentos, organismos o instituciones que se encargan de la financiación pública de los proyectos de investigación, como sucede en el caso del FONDECYT¹⁶, a través del cual se ha generado un proceso de revisión a los elementos éticos de proyectos de investigación para las diferentes disciplinas de las ciencias sociales y humanas.

Es importante señalar que en aquellos eventos en los que se trata de investigaciones desarrolladas por centros o instituciones de diferentes países, los proyectos deben surtir el proceso de evaluación ética, a cargo de los respectivos comités de cada uno de los países participantes a fin de garantizar el respeto por los derechos y las normas acorde a los estándares legales de cada uno de ellos, como claramente se establece en algunos protocolos internacionales, por ejemplo en el caso del Protocolo Adicional de la Investigación Biomédica¹⁷

Resulta pertinente señalar que una de las estrategias para procurar una conducta responsable de la investigación, es a través de la diferenciación entre ética de la investigación e integridad de la investigación. En el primer caso, se habla de una visión del comportamiento en la investigación a la luz de los principios morales; y en el segundo caso, se hace referencia a la lectura de ese comportamiento desde la perspectiva de los estándares profesionales¹⁸.

Evidentemente una de las estrategias, que en todo caso es coetánea a otros mecanismos, son los programas de ética en investigación, como el liderado por el Centro Interdisciplinario de Estudios

¹⁵ Arellano y Morales, 2005, 80.

¹⁶ Winkler, Sotomayor, Villarroel et al., 2011, 133-142.

¹⁷ Comité Director de la Bioética, 2012.

¹⁸ Steneck, 2006, 53-74.

Bioéticos de la Universidad de Chile, que en lo fundamental busca que los investigadores se capaciten y fortalezcan en “la enseñanza, evaluación, diseño y conducción de investigaciones éticamente sustentables”¹⁹, lo que en todo caso no debe entenderse como programas dirigidos a quienes monitorean, planea o articulan procesos de ética en investigación, sino que debe ser una temática indispensable todos los investigadores en las diferentes áreas del conocimiento.

La experiencia de otros países, piénsense el caso de Estados Unidos, refleja la importancia de ir más allá de la creación de Comités de Ética en Investigación, sino que se hizo necesario hablar de sistemas de integridad científica, por lo que algunos estudios en del CIEB de la Universidad de Chile, señalan que dentro de los principales desafíos para Latinoamérica en este campo son:

- Diseñar indicadores de transparencia e integridad científica en las instituciones que realizan investigación.
- Establecer una metodología de evaluación de estos indicadores
- Promover una cultura que permita minimizar riesgos de faltas a la conducta responsable en el desarrollo de una investigación
- Diseñar e implementar Cursos-talleres de capacitación continua para investigadores y estudiantes y buscar la integración de los mismos en la curricula universitaria, de forma que se logre no solo transmitir conocimientos, sino también desarrollar buenos hábitos.
- Desarrollar mecanismos de monitoreo de comités de ética de investigación
- Crear redes de trabajo que ayuden a fortalecer el trabajo local en los países impulsando fuertes programas de divulgación llegando a los medios de comunicación masiva especialmente educativa a todo nivel.
- Promover interés en los investigadores acerca de temas de ética de investigación. Es de esperar que el desarrollo de la ética aplicada, cualquiera que sea, no debería tener un marco impositivo desde la autoridad, sino una jerarquía imperativa moral desde las personas involucradas.²⁰

Como se puede observar, los retos para la consolidación de comités de ética, o más bien de sistemas de integridad científica, para América Latina, y en particular para Colombia, son de gran trascendencia y si bien se está en el camino, es necesario que se aúnen esfuerzos y se genere un compromiso por parte de los Gobiernos y las Instituciones, pero también de los investigación a través de los mecanismos de autocontrol.

¹⁹ Rodríguez, Eduardo, 2012, pp 57-62.

²⁰ Rodríguez, Lolás, Garbi-Novaes et al, 2011, 13.

3. La política de ética en investigación en ciencias sociales para Colombia y el papel de las Instituciones de Educación Superior

En el caso colombiano, como ocurre en muchos de los Estados Latinoamericanos, se creó el Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología (SNCTI), a partir de la creación de Colciencias y del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, que con la expedición de la Ley 1286 de 2009 transformó en el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación, a partir del cual se pone en marcha el SCNTI.

La ley 1286 de 2009, si bien no se refiere explícitamente al tema de ética en la investigación y la integridad en la investigación, si tiene como finalidad que el SCNTI incida en el ámbito social y económico “a partir de la formación de ciudadanos integrales, creativos, críticos, proactivos e innovadores”.²¹

En el campo de las ciencias sociales, Colciencias dentro de su política de ciencia ha puesto especial atención a la investigación y la innovación en ciencias sociales al reconocer la importancia de a investigación en este campo para contribuir al desarrollo social, el mejoramiento de las condiciones de vida y el fortalecimiento de la democracia y la superación de los problemas de violencia y exclusión. En particular, en relación con la innovación, reconoce su papel fundamental en los procesos de transformación comunitaria.²²

En relación con el diseño de una política de integridad científica, si bien en el sistema colombiano se creó inicialmente la Comisión Intersectorial de Bioética y ahora el Consejo Nacional de Bioética (que no se ha puesto en marcha), no se encuentra una política como tal que provenga del SCNTI, y tampoco hay elementos que se refieran a identificar las prácticas de mala conducta, lo cual se debe, quizá, al hecho de la política de investigación como prioridad para el país está en proceso de consolidación y ello conllevará a que el país se planteé la necesidad de hablar de integridad científica para todos los campos del conocimiento, pues cuando la investigación y la innovación son prioridades para los países, el garantizar su integridad también hace parte de esta prioridad.²³

²¹ Congreso de la República, 2009, 3.

²² COLCIENCIAS. Colombia construye y siembra futuro. Política de Fomento a la investigación y la innovación . Colombia, 2011.

²³ Litewka, 2012, 197-199.

Sin embargo y pese a esta carencia de política de integridad científica, Colciencias desde 1999 Colciencias ha exigido el aval por parte de Comités de Ética a todos aquellos proyectos de investigación que se postulen en las convocatorias de financiación en el marco del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud, de conformidad con las disposiciones de la Resolución 008430 de 1993, que establece algunas directrices científicas, técnicas y administrativas de la investigación en salud.²⁴

En el último año esta exigencia se extendió a toda investigación cuyo diseño metodológico involucrase trabajo con seres humanos, que acorde con la descripción, incluía casos de entrevistas, grupos focales, videos, etc.,²⁵ lo cual si bien denota el interés por garantizar la integridad de los proyectos sometidos a financiación, dista aún de una política clara sobre el particular.

No obstante, esta situación conlleva a que las Universidad, Centros e Instituciones que desarrollan investigación piensen, por un lado en la necesidad de los comités de ética en investigación como requisito implícito para participar en convocatorias de financiación de proyectos, pero de otro, en garantizar la integridad científica en los procesos de investigación que adelantan, de forma que, como sucede en muchas universidades, cuando se trate de proyectos con seres humanos, tanto en investigación biomédica, como en Ciencias Sociales, se requiera el aval del Comité de Ética, como una de las estrategias para garantizar éticamente la formulación, ejecución y comunicación de los resultados de los proyectos en investigación.²⁶

Así mismo es importante que se piense en un papel amplio de los comités, esto es su acción irradie todos los niveles de la investigación, esto es tanto la investigación aplicada como la investigación formativa, bajo el entendido de que se trata de un proceso continuo en la investigación, cuya finalidad última es la garantía de la integridad científica.

Bibliografía

Achío T., M., "Los comités de ética y la investigación en ciencias sociales", en *Revista de Ciencias Sociales*, 2003, vol. 99 (num. 1), pp. 85-95

²⁴ Miranda, 2006, 141-148.

²⁵ Colciencias, 2012.

²⁶ França, 2008, 6.

Agar C., L. "La ética de la investigación en ciencias sociales en el contexto de la globalización: de la investigación cuantitativa a la cualitativa", en *Acta Bioethica*, 2004, vol. X (núm. 1), pp. 65-68

Arellano, A y Morales, L. "Ética e investigación: hacia una política de integridad tecnocientífica", en *Revista REDES*, 2005, vol. 11 (num. 22), pp. 75-114

COLCIENCIAS. *Colombia construye y siembra futuro. Política de Fomento a la investigación y la innovación.*, 2011

COLCIENCIAS, *Sobre los Comités de Ética y la Ética en la Investigación*, 2012, en <http://www.colciencias.gov.co/noticias/sobre-los-comit-s-de-tica-y-la-tica-en-la-investigaci-n>

Comité Director de la Bioética, Consejo de Europa. *Guía para los miembros de los Comités de Ética en Investigación*, 2012.

Congreso de la República. *Ley 1286 de 2009*, República de Colombia

França, O. *Problemas éticos de la investigación en ciencias sociales*, 2008. Universidad Católica del Uruguay. Disponible en <https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:g-8zoT0rL8MJ:www.ucu.edu.uy>. (consultado el 10 de febrero de 2013)

Hermerén, G. "Integridad y Mala conducta en el ámbito investigador", en *Revista SEBBM*, 2008, num. 156, pp. 5-10

Lacey, H. "Los valores de la ciencia y el papel de la ética en la ciencia". Alvarenga, L. (traducción), en *Revista Realidad*, 2008, num. 116, pp. 241-246

Litewka, S. "La integridad en la investigación científica", en Zamudio, T, *Bioética: Herramienta de Políticas Públicas y los Derechos Fundamentales en el Siglo XXI*, Buenos Aires, UMSA, 2012, pp. 183-204.

Miranda, M. C. "Comités de ética de investigación en humanos: una experiencia colombiana", en *Revista Colombiana de Bioética*, 2006, vol. 1 (num. 1), pp. 141-148.

Rodríguez, E., Lolas S., F., Garbi-Novaes, M.R. et al. *Integridad ética en la investigación en Latinoamérica*, 2011, en: <http://www.uchile.cl/uchile/download.jsp?document=76826&property=attachment&index=5&content=application/pdf> (consultado el 25 de febrero de 2013).

Rodríguez, E. "Aspectos cualitativos del aprendizaje en el programa de ética en la investigación biomédica y psicosocial del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética de la Universidad de Chile", en *Acta Bioethica*, 2012, vol. 18 (num. 2), pp. 57-62

Steneck, N.. "Fostering Integrity in Research: definitions, current knowledge and future directions", en *Science and Engineering Ethics*, 2006, num. 12, pp. 53-74.

UNESCO, Guía no. 1: Creación de Comités de Bioética. Francia: 2005

Winkler M.I., Sotomayor M.A., Villaroel R. et al. "Desafíos éticos de la investigación científica en Ciencias Sociales". En: León, F. (editor) *Ética clínica y comités de ética en Latinoamérica*. Santiago de Chile, Felaibe, 2011, pp. 133-142

El comité de bioética de la Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca, México

Dra. Ma. Del Carmen Cid Velasco, Dra. Beatriz Eugenia Cárdenas Morales,
Dra. Mirna Liliana Cruz Ramos, Dra. Alba Cerna López, Dr. Ángel Octavio Cruz Iriarte,
Dr. Adrián Pacheco Ramírez.

Cuerpo Académico “Humanidades, Educación y Salud”
Facultad de Medicina y Cirugía, Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca

Contacto: marycarmencid@hotmail.com

La Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca, de la que forma parte desde su origen la Facultad de Medicina y Cirugía, es una institución con mucha historia, ya que fue fundada desde 1827. Inició como Instituto de Ciencias y Artes del Estado y en 1955 se convirtió en Universidad, logrando su autonomía en 1971. Es de carácter público, siendo la única institución de educación superior con estas características en nuestro estado.

Nuestra universidad se caracteriza por ser muy politizada, lo que ha hecho que se realicen diferentes movimientos estudiantiles, siendo uno de los más importantes el ocurrido en la década de los setenta del siglo pasado, que originó la separación y creación de una universidad particular y la renuncia de casi toda la planta de profesores. La falta de docentes originada por este movimiento abrió la puerta a un manejo discrecional de los contratos de maestros, no siempre acorde con el perfil requerido y un aumento indiscriminado de la matrícula por parte de las autoridades en turno. Somos una de las pocas universidades a nivel nacional que, de acuerdo a su Ley Orgánica vigente desde 1988, contempla el voto universal para la elección de sus autoridades.

Los problemas desencadenados por estos factores, aunados a situaciones conflictivas en las relaciones entre los distintos integrantes de la comunidad (alumnos, profesores, directivos, administrativos y trabajadores) mostraron la imperiosa necesidad de contar con un Comité de Bioética en una Facultad tan grande como la nuestra, ya que actualmente tenemos 3 programas a nivel de licenciaturas: de Médico Cirujano, de Terapia Física y de Terapia Ocupacional, 2 de

Maestría: en Ciencias Médicas y Biológicas y en Ciencias Médicas y un Doctorado: en Ciencias Médicas y Biológicas, contando además con un centro de investigación en ciencias médicas y biológicas (CICIMEBIO), ocho especialidades médicas que se llevan a cabo, la mayoría de ellas en el Hospital Civil (medicina interna, cirugía, anestesia, traumatología y ortopedia, urgencias, ginecología y obstetricia, pediatría y medicina integral), así como cursos de actualización y diplomados para médicos generales y especialistas, contando con una población cercana a los 2,000 alumnos.

Además, en base al estándar número 52, apartado VI (Vinculación Institucional) del Instrumento de Autoevaluación para la Acreditación de la Carrera de Médico Cirujano elaborado por el Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica (COMAEM), se hizo indispensable la creación de un comité que regulara la bioética de la vida institucional. Para esto, el H. Consejo Técnico de nuestra Institución, convocó en 2008 a los maestros para elaborar una propuesta sobre su formación. Se integró un grupo, entre los que nos encontramos algunos de los maestros que elaboramos el presente documento y que después de varias reuniones, los integrantes de la comisión, construimos una propuesta de reglamento interno, el cual fue aprobado por el H. Consejo Técnico en 2011, dando pie a la convocatoria abierta a la población de la Facultad para formar el Comité.

Como lo señala León Correa:¹

aunque los comités de bioética fueron creados para asesorar a los círculos médicos y a los profesionales de la salud sobre la conducta que han de adoptar con respecto a controversias morales concretas, centran su trabajo en los principios, las normas y los valores que imperan en el ámbito de la atención médica, en relación con el cual no sólo el comportamiento personal, sino también la conducta de los profesionales de la salud (y, a veces, la de los pacientes), deben ser objeto de un examen constante, incluso de supervisión formal. En los últimos años se han centrado más en los problemas de la vida cotidiana, con lo cual la bioética aplicada se ha perfilado como un destacado campo de estudio, a menudo en entornos médicos extra-académicos.

El hecho de realizar un trabajo colegiado, es importante, ya que como lo señala, permite comprender la complejidad de los problemas que se presentan para su resolución, con una gran diversidad de opciones para resolución de los problemas. Se puede consultar y conseguir apoyo de

¹ León Correa Francisco Javier. Ética clínica y Comités de Ética en Latinoamérica. 2011 pp 14-16.

otros comités pares, emitiendo resoluciones siempre respetando los derechos y la autonomía de los involucrados en el litigio.

Los comités de bioética son fundamentalmente plataformas en las que se establece un equilibrio entre el bien de la ciencia, los derechos humanos y el interés del público.

Algunos de los integrantes de la comunidad piensan que la presencia de un comité da pie a una cacería de brujas, pero con el tiempo entienden cabalmente cual es su función.

No sorprende que diversos investigadores y profesionales de la salud, en particular los que no hayan formado parte de comités de bioética, se muestren escépticos con las actividades de éstos y opongan resistencia, quizá porque desconfían del poder y la influencia que, a su parecer, los comités pueden ejercer en los tomadores de decisiones en políticas de salud. Es posible también que les dé miedo la posibilidad de que, por conducto de los reglamentos de los comités de bioética, la desconfianza que la ciencia y la tecnología inspiran en el público en forma natural, imponga trabas innecesarias a la libertad de investigación.²

Nuestro Comité, de acuerdo a Reglamento,

es un cuerpo colegiado con autonomía de gestión, para emitir opiniones, recomendaciones y decisiones resolutivas en aspectos bioéticos relacionados con las actividades académicas, administrativas, hospitalarias, comunitarias, de difusión y de investigación donde intervengan integrantes de la Facultad, fomentando los valores éticos y humanos universales.³

Está conformado por:

Presidente, cargo ocupado por el director en funciones.

Secretario, que es el Coordinador General Académico.

Cinco Vocales Profesores

Dos Vocales Alumnos

Un Vocal Trabajador

² Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura División de Ética de la Ciencia y la Tecnología. Guía N° 1 *Creación de comités de bioética* pp9.

³ Reglamento del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina y Cirugía. Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca. 2011.

Para formar parte de él, los profesores(as), requieren tener una antigüedad laboral en la Facultad de Medicina y Cirugía mínima de 5 años continuos e inmediatos a la fecha de la designación, ser de reconocida honorabilidad, tener conocimientos en el campo de la Bioética comprobables (cursos, diplomados, maestría, doctorado, ser profesor de Bioética o integrante de Comités de Ética) y haberse distinguido por su ética académica y profesional.

Los Vocales Alumnos(as), necesitan ser alumnos(as) regulares, de reconocida honorabilidad, y tener un promedio mínimo de 8.0 durante la carrera, así como no pertenecer al H. Consejo Técnico o al H. Consejo Universitario. Los Vocales Trabajadores(as), deberán estar asignados en cualquiera de las áreas de trabajo de la FM, ser de reconocida honorabilidad y tener una permanencia mínima de 3 años en la misma.

El Comité sesiona en forma ordinaria cada 2 meses o extraordinaria, por convocatoria de su presidente o por iniciativa de cuando menos el 50% más uno de los vocales, o por solicitud de integrantes de la comunidad de la Facultad.

Las funciones del Presidente o Presidenta, son:

- a. Representar al Comité en actos oficiales, pudiendo delegar dicha representación en algún integrante del Comité en los casos que juzgue convenientes.
- b. Presidir las reuniones ordinarias y extraordinarias, con derecho de voz y ejercerá su derecho de voto únicamente en caso de empate en las votaciones.
- c. Citar a las reuniones ordinarias y extraordinarias, tomando en cuenta, en su caso, las peticiones de los demás integrantes del Comité y de la comunidad de la FMC.
- d. Presentar al Comité los asuntos y problemas que la comunidad solicite, para ser turnados a las Comisiones que correspondan.
- e. Difundir oportunamente los acuerdos tomados por el Comité.
- f. Asegurar el cumplimiento de las recomendaciones y resoluciones emanadas de este Comité.
- g. Emitir la Convocatoria para la renovación o ratificación de los integrantes del Comité, cada 2 años escolares para maestros y anualmente para alumnos.

Las funciones que corresponden al Secretario o Secretaria son:

- a. Actuar como moderador en el desarrollo de las reuniones del Comité, con derecho de voz pero no de voto.

- b. Elaborar las actas correspondientes a las reuniones ordinarias y extraordinarias.
- c. Dar fe de los acuerdos y resoluciones del Comité.
- d. Actuar como suplente en las reuniones del Comité, en caso de no presentarse el presidente, con derecho de voz y voto de calidad.
- e. Recibir las solicitudes y demandas presentadas ante este Comité, en relación a aspectos: académicos, administrativos, de investigación, hospitalarios, comunitarios y de difusión.
- f. Manejar el archivo del Comité.

Son funciones de los Vocales:

- a. Asistir a las reuniones ordinarias y extraordinarias que convoque el presidente.
- b. Participar en los debates durante las reuniones, con derecho de voz y de voto.
- c. Obtener la información precisa, completa y oportuna, sobre los asuntos y problemas que competen a este Comité.
- d. Recibir y turnar al presidente las demandas planteadas por integrantes de la Facultad, cuando así se presente.
- e. Presentar ante el Comité, problemas detectados en la comunidad de la Facultad dentro del ámbito de competencia de este cuerpo colegiado.
- f. Actuar como secretario suplente en caso de inasistencia del secretario en las reuniones ordinarias y extraordinarias.
- g. Citar a reunión ordinaria y extraordinaria estando presentes el 50% más uno.

Los integrantes vocales: maestros y trabajadores del Comité durarán en su cargo dos años escolares, mientras que los alumnos solamente uno, pudiendo ser ratificados.

El archivo y la documentación del Comité quedan bajo la custodia de su Secretario(a), los cuales podrán ser consultados en cualquier momento por los integrantes de este cuerpo colegiado. Para facilitar su consulta, a cada asunto se le asigna un expediente foliado en forma progresiva y por ciclo escolar.

El Comité deberá rendir a la comunidad de la Facultad un informe de sus actividades al término de su gestión.

Para poder cumplir con estas funciones, existen Comisiones:

- a. Honor y Justicia: es la encargada de promover y vigilar la adecuada relación entre los diferentes integrantes de la comunidad de nuestra Facultad, arbitrar sobre asuntos relacionados con la ética de la relación maestro(a)-alumno(a) y entre los demás integrantes de la Facultad, y en caso necesario, presentar un informe ante el Comité para su dictamen, velando por la integridad ética y moral de la Facultad y sus integrantes ante la sociedad.
- b. De Asuntos Académicos y Administrativos: entre sus funciones se encuentra la vigilancia en el cumplimiento de los planes y programas de estudio, los problemas que surgen del proceso de evaluación de los alumnos y profesores, la observancia en el cumplimiento de la reglamentación del examen profesional, transparencia del proceso de ingreso y la promoción de los alumnos y profesores, el acceso a la información académica y administrativa, y el manejo transparente de los recursos económicos y materiales.
- c. De Investigación Científica: entre sus funciones está la revisión y evaluación, en colaboración con el Comité de Investigación, de los protocolos de investigación científica a desarrollarse en nuestra institución, sus integrantes deberán respetar el principio de confidencialidad de los protocolos puestos a su disposición. supervisar que los proyectos de investigación ya evaluados, se desarrollen de acuerdo con el protocolo aprobado, suspendiendo aquellos ya iniciados que no se ajusten a los requisitos que establece dicho protocolo, supervisa la utilización de animales en investigación y en otras actividades de enseñanza (prácticas de laboratorios), vigila el correcto manejo y la eliminación de productos y desechos biológicos. En coordinación con el Comité de Investigación, supervisa en relación a la utilización de animales tanto en los protocolos de investigación como en otras actividades de enseñanza (laboratorios): usar el menor número posible, buscar la idoneidad de las especies elegidas, cuidar que las instalaciones del bioterio sean adecuadas, procurar el menor sufrimiento, y en su caso, administrar los medicamentos necesarios para minimizarlo (anestésicos, analgésicos, antibióticos, etc.), utilizar métodos de sacrificio adecuados o vigilar su adecuada recuperación cuando no sean sacrificados y supervisar que el manejo y la eliminación de productos y desechos biológicos se realice de acuerdo a la norma establecida.

Por las condiciones políticas que imperan en nuestra universidad y que ya mencionamos con anterioridad, el trabajo de este Comité no ha sido fácil, pero a pesar de los contratiempos ha iniciado su trabajo desde la pasada administración. Por parte de los maestros ha sido visto con simpatía y como resultado de la convocatoria emitida por el H. Consejo Técnico para su integración, se presentaron varios candidatos, por lo que se presentó la necesidad de que sus curriculum fueran analizados por ellos para que de esta forma, se escogieran a los cinco integrantes, no sucedió lo mismo con alumnos y trabajadores que no mostraron tanto entusiasmo, pero si el suficiente para poder integrar en forma completa nuestro comité.

Se han presentado y resuelto, sin necesidad de llegar a otras instancias, principalmente problemas emanados por la relación maestro-alumno y del proceso de evaluación realizado por algunos catedráticos.

La relación con el Comité de Investigación, que forma un comité diferente, no ha sido completa y por ello no se han podido revisar todos los protocolos de investigación que se desarrollan en la Facultad.

En el transcurso de año pasado, la comisión de asuntos académicos y administrativos aplicó una encuesta a estudiantes, profesores y trabajadores para fundamentar y orientar la elaboración de un Código de Ética institucional, cuya difusión se está realizando actualmente.

Todavía, parte de la comunidad mira con escepticismo al comité, por lo cual es necesario realizar una mejor campaña de información entre los integrantes de la Facultad, siendo también pertinente realizar un rediseño del reglamento, para así lograr que nuestro organismo sea totalmente autónomo, y que pueda mas fácilmente, llevar a cabo en forma completa y expedita todas las funciones que tiene asignadas en un marco de mayor confianza y así contribuir a la creación de un ambiente de respeto, armonía y solidaridad dentro de nuestra institución para promover de manera más eficiente el desarrollo humano de nuestros estudiantes, maestros y trabajadores que la integran.

Bibliografía

León Correa Francisco Javier (Editor) *Ética clínica y Comités de Ética en Latinoamérica. PRÓLOGO.- Institucionalización de la bioética en Latinoamérica: los comités de ética.* Francisco Javier León Correa. Pp 3 a 8 Santiago de Chile, 2011. Felaibe Fundación Ciencia y vida Copyright: FELAIBE Edita: FELAIBE, Sociedad Chilena de Bioética y Fundación Interamericana Ciencia y Vida 1ª edición en formato pdf: Diciembre 2011. Santiago de Chile ISBN: 978-956-345-674-5

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura División de Ética de la Ciencia y la Tecnología Guía Nº 1 *Creación de comités de bioética* Publicado en 2005 por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura 01 Parte I RETOS Y TAREAS RELACIONADOS CON LA CREACIÓN DE COMITÉS DE BIOÉTICA.. pp9, Place de Fontenoy,75352 París 07 SP. Francia© UNESCO 2005 Printed in France.

Reglamento del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina y Cirugía. Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca. 2011

Hacia un Comité de Ética de la Investigación, Docencia y Bienestar Animal (CEIDBA) en la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH); Morelia, Michoacán, México

Adriana Mejía Estrada

María de Jesús Ortiz González

Ana Cristina Ramírez Barreto

Beatriz Salas García*

Introducción

Los avances científicos y tecnológicos de los siglos XX y XXI, y su impacto en las profesiones relacionadas con las áreas biológicas, traen como consecuencia la urgente necesidad de analizar y discutir su trascendencia e impacto desde los puntos de vista ético y bioético del quehacer humano en estas disciplinas, responsabilidad especialmente importante en las Instituciones de Educación Superior, dedicadas a la compleja tarea de formar nuevas generaciones de profesionales y de diseñar e implementar nuevas estructuras académicas. Entre las grandes preocupaciones destacan las actividades de investigación y docencia, en las cuales ha de promoverse la reflexión crítica y la evaluación de los aspectos éticos/bioéticos de las mismas, en el marco de los complejos retos que se presentan en las profesiones vinculadas con los seres vivos (incluidos los animales-no humanos y los humanos) así como el medio ambiente, en la intención de favorecer el equilibrio entre el aprovechamiento racional y prudente de los avances tecnológicos, la calidad de vida, el bienestar animal y el respeto a la dignidad del ser humano. La Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, reconoce la función esencial del uso de animales vertebrados vivos en tales actividades de investigación y educación, por lo que busca orientar este uso hacia el bienestar animal, que enfatiza la importancia de las *tres erres* (3 R'S), a

* Adriana Mejía-Estrada. Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas, Dr. Ignacio Chávez y Facultad de Odontología, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, UMSNH.

María de Jesús Ortiz-González . Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”, UMSNH.

Ana Cristina Ramírez-Barreto . Facultad de Filosofía, UMSNH

Beatriz Salas-García. Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, UMSNH. Contacto: beasalgar@hotmail.com

saber: el reemplazo, la reducción y el refinamiento en el uso de animales (Russel y Burch, 1959). El CEIDBA de la UMSNH, pretende formular pautas de supervisión para docencia e investigación, ya que los involucrados (directivos, investigadores y docentes) concuerdan en que sólo deberán emplearse animales-no humanos cuando sea estrictamente necesario y bajo una clara justificación ética-bioética. La utilización de animales vivos en las actividades universitarias constituye una actividad que debe supervisarse y regularse tomando en cuenta protocolos aceptados por la comunidad científica internacional, o en su caso establecer lineamientos para el desarrollo de nuevos protocolos, para lo cual es recomendable que se lleven registros institucionales de los animales utilizados en ambos rubros, cuando no exista algún método alternativo al uso de los mismos; en el entendido de que deberá utilizarse la menor cantidad posible de ellos para alcanzar las metas pretendidas. El CEIDBA estará integrado por profesionales e investigadores interesados y capacitados en las áreas de ética-bioética y/o bienestar animal, para aportar elementos de juicio ante los dilemas éticos que se presenten, buscando lograr un equilibrio en un contexto de autonomía y respeto en beneficio del avance universitario.

El presente trabajo tiene como propósito dar a conocer el proceso de integración e implementación del CEIDBA en la UMSNH en Morelia, Michoacán, México.

Antecedentes

Es responsabilidad de las instituciones académicas del nivel superior egresar profesionistas competentes, altamente calificados para hacer frente a los retos de los actuales escenarios cambiantes, de comportamiento dinámico e indeterminado, donde la incertidumbre es muy alta y demanda creatividad, innovación y habilidades de pensamiento complejas, para resolver la problemática cotidiana. En la dimensión axiológica, la mayor preocupación es que los estudiantes y egresados en plena actividad profesional, desarrollen y pongan en acción aquellas competencias que los lleven a conducirse orientados por las más estrictas normas éticas, sobre la base de un pensamiento y actitud críticos. En la tarea igualmente compleja de diseñar y poner en marcha los modelos educativos, las instituciones académicas deberán contar con unidades de aprendizaje en Humanidades (historia, literatura, bioética, deontología, antropología, filosofía y artes visuales) supervisados por Comisiones de Ética. Es deseable que tales comisiones funcionen como grupos colegiados que reflejen la misión, visión y objetivos de la institución, y que todo el personal de la misma se sienta representado en sus funciones sustantivas. Es responsabilidad de estas

comisiones actuar en aras de los intereses académicos institucionales, cuyas funciones principales son educar, recomendar, dirimir y prevenir conflictos de interés y comportamiento. Es responsabilidad de la comisión de ética asegurar que toda actividad académica, científica, técnica, administrativa, de servicios, de difusión y vinculación en la institución o bajo auspicios de la institución se lleve a cabo de acuerdo a estándares de conducta, leyes y políticas institucionales, nacionales e internacionales vigentes.

Desafortunadamente no existe un modelo ideal de comisión de ética que sirva como modelo a seguir por las instituciones académicas. Sin embargo, la naturaleza de éstas deberá ser independiente, multi e interdisciplinaria, multisectorial y plural. Dentro de lo posible deberá incluir al menos un representante de la comunidad para mantener la objetividad en cuanto a las problemáticas sociales, económicas y de salud, y para promover la comunicación constante con la sociedad a la cual se deben las instituciones académicas.

A continuación se describe de manera general a la Comisión Nacional de Bioética como organismo rector en México, que desarrolla actividades muy relevantes en el ámbito de la bioética, y que son importantes como referentes para la integración y funcionamiento de comités y comisiones de esta naturaleza en los distintos ámbitos y contextos del país.

La Comisión Nacional de Bioética (CNB) cuenta dentro de sus atribuciones el promover que en las instituciones de salud pública y privadas se organicen y funcionen comités hospitalarios de bioética y comités de ética en investigación. Por ello, es indispensable establecer y difundir los criterios que estos comités deberán considerar para el desarrollo de sus actividades, así como para apoyar la capacitación de sus miembros. Estos lineamientos se han elaborado con fundamento en la normatividad vigente nacional e internacional y en las prácticas existentes en el país. Los lineamientos presentes se revisarán y se actualizarán conforme surjan situaciones o problemáticas que lo ameriten.

La CNB es un órgano descentralizado que se subordina jerárquicamente por función a la Secretaría de Salud. Cuenta con autonomía técnica y operativa. La CNB tiene como objeto promover la creación de una cultura bioética en México, fomentar una actitud de reflexión, deliberación y discusión multidisciplinaria y multisectorial de los temas vinculados con la salud humana, y desarrollar normas éticas para la atención, la investigación y la docencia en salud.

La misión de la CNB es promover una cultura bioética que implique la deliberación en el marco de un Estado laico, acerca de los dilemas éticos. Esta deliberación se basa en información veraz y en un marco de pluralidad, de multidisciplinariedad y de tolerancia, con objeto de mantener un diálogo fundamentado, razonado y razonable sobre los temas en cuestión y de encontrar los mínimos éticos para una convivencia plural de la divergencia.

La CNB responde a la necesidad de la sociedad mexicana, en su carácter plural y democrático, de contar con una instancia de comunicación, diálogo, concertación y negociación entre distintos grupos y actores sociales, así como entre éstos y el Estado, para analizar y discutir los problemas éticos, legales y sociales que emergen a consecuencia del propósito de hacer prevalecer los derechos humanos y por los espectaculares avances contemporáneos en la ciencia y la tecnología, entre otros factores.

La CNB inicia su existencia en 1992 a partir de la iniciativa del Dr. Manuel Velasco Suárez. La etapa actual de la CNB se inicia el 7 de septiembre del año 2005 cuando por Decreto Presidencial se convierte en un Órgano Desconcentrado de la Secretaría de Salud.

La Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, he realizado actividades orientadas al establecimiento de Comités de bioética e investigación y busca la implementación del bienestar animal en los procesos que se llevan a cabo en sus instalaciones tanto en la docencia como en la experimentación.

Los El CEIDBA tiene su origen en las actividades que se han venido llevando a cabo en las diferentes facultades de nuestra casa de estudios, en la Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas "Dr. Ignacio Chávez". A partir del 2002, se han realizado seminarios para profesores sobre Historia de la Medicina, Filosofía de la Medicina, Bioética, Ética Médica, Tanatología; en el 2004, se constituyó formalmente el Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, y desde el año de 2006 están integradas formalmente dos comisiones: la Comisión de Bioética y la Comisión de Historia y Filosofía de la Medicina. En la Facultad de Odontología. En el año 2008, atendiendo a recomendaciones de organismos evaluadores, se instala la Coordinación de Investigación y es a partir del año 2010 que inicia actividades el Comité de Bioética. En la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, desde enero de 2005, inicio con actividades de promoción del Bienestar

Animal, Inicio de la instauración del concepto de las 3R'S (Reducción, Refinamiento y Reemplazo). Se han impartido cursos, talleres y seminarios de bioética, bienestar animal y ética con ponentes nacionales e internacionales, en conjunto con la Facultad de Filosofía y la Comisión Estatal de Bioética de Michoacán se han realizado eventos con ponentes nacionales y extranjeros con las temáticas de bioética y bienestar animal.

A partir de 2010 la Universidad instauró las jornadas de bioética y bienestar animal, con objeto de difundir estas áreas del conocimiento.

En Junio de 2009, la Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas "Dr. Ignacio Chávez", la Facultad de Odontología, la Facultad de Enfermería, la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia y la Facultad de Filosofía, de la UMSNH y otras dependencias del sector salud, fueron invitadas a integrar la Comisión Estatal de Bioética de Michoacán, este organismo inicio oficialmente sus actividades el día 23 de octubre del mismo año. Y es un organismo dependiente de la Secretaria de Salud pero autónomo en sus decisiones. Esta comisión busca la implementación de Comités de Ética en Investigación (CEI) que cumplen una función relevante en el proceso de evaluación de los protocolos de investigación, como indicador de calidad. Se puede contar con dos Comités diferenciados, el de Investigación y el de Ética en Investigación, el segundo tiene la atribución de opinar sobre los aspectos metodológicos en los casos en los que detecte alguna irregularidad muy relevante y así mismo en todos los casos en los que los elementos de la metodología, la selección del sitio, y de los participantes y el tamaño de la muestra, tengan un impacto directo sobre el bienestar ó puedan atentar contra la dignidad y los derechos de los pacientes.

Los CEI forman parte del compromiso con la transparencia y la rendición de cuentas a las autoridades de la institución, a las autoridades del país, a los participantes en las investigaciones y a la sociedad en general. Los CEI son espacios de deliberación y de educación en los que se desarrolla la discusión y la reflexión en un ambiente de libertad y tolerancia.

Objetivos y Funciones de los CEI

Objetivos

- Contribuir a salvaguardar la dignidad, los derechos, la seguridad y el bienestar de todos los actuales o potenciales participantes en la investigación.

- Actuar en interés de los participantes en la relación clínica y de las comunidades involucradas, tomando en consideración las leyes, las regulaciones nacionales y las de las instituciones donde se lleva a cabo la atención médica.
- Procurar que los beneficios y las cargas de la investigación sean distribuidos justamente entre todos los grupos y clases de la sociedad, tomando en cuenta la edad, género, estatus económico, cultura y consideraciones étnicas, entre otras.

Funciones

Los CEI deben valorar: la rigurosidad metodológica, la capacitación de los investigadores y de todo el equipo, la pertinencia social, que debe contemplar si las preguntas de investigación responden a las prioridades en salud, a necesidades sanitarias, intereses científicos, regionales, locales ó institucionales, los criterios para la elección del sitio, de la comunidad y/o del individuo, la selección del sitio y de los participantes, la distribución de los riesgos potenciales, beneficio equitativo, el cuidado de las personas, la evaluación Riesgo-Beneficio, la retroalimentación de la información derivada de la investigación, y el acceso a los beneficios derivados de la investigación.

Composición de los CEI

Son órganos institucionales cuya estructura es flexible, que deben ser multidisciplinarios, multisectoriales y plurales. Deberán estar integrados por personal médico de distintas especialidades relevantes a los temas sobre los que se investiga en la institución. Además, por profesionales no médicos como de enfermería, y/o trabajo social, y /o sociología, y/o psicología, nutrición, sociología, antropología, filosofía, derecho y otras profesiones relacionadas con las áreas biológicas. Es importante que los profesionales incluidos tengan conocimientos en el área de la salud y es recomendable que al menos uno tenga conocimientos avanzados en bioética y ética en investigación. Asimismo se requiere forzosamente contar con representantes del núcleo afectado o de las personas usuarias de los servicios de salud y de la sociedad civil, etc. Deberá observarse un equilibrio de género, multidisciplinario y pluralidad. Pueden provenir de la propia institución y de otras instituciones médicas. Se recomienda contar con un importante porcentaje de integrantes externos porque con ello se favorece la independencia de las opiniones. No se debe incluir al personal administrativo, a los directores de las instituciones ni a personas que ocupen puestos directivos en la institución.

¿Por qué incluir el Bienestar Animal?

En la integración del CEIDBA se toma en cuenta de forma importante a los animales no humanos, como sujetos experimentales, en el ámbito de la medicina veterinaria si bien se busca la eliminación del sufrimiento y el abuso de los animales, esto no se basa en los cuatro pilares de la bioética (no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia), se basa en El bienestar animal (BA) que tiene como máximas o pilares las 5 libertades y estas son: La libertad de satisfacer hambre y sed, la libertad de tener comodidad, la libertad de tener salud e integridad física, la libertad de carecer de miedo y ansiedad y la libertad para expresar comportamiento natural. Los Países y Territorios Miembros de la Organización Mundial de la Salud Animal (del cual México forma parte) que asumiera el liderazgo en este campo, siendo la organización internacional de referencia para la sanidad animal, elaborase recomendaciones y directrices que abarcaran las prácticas de BA, reafirmando así la sanidad animal como un componente clave del bienestar animal. Este organismo ha desarrollado normas a través de la labor de grupos multidisciplinarios relacionados con la salud animal, entre los cuales se encuentran médicos veterinarios de diversas especialidades, zootecnistas y agrónomos (profesiones relacionadas con el cuidado de la salud y la producción animal). Los cuales han elaborado códigos internacionales los cuales se sugiere sean observados por los países miembros y estos incluyen, la utilización de animales en la investigación y educación. Es importante señalar que el bienestar animal tiene múltiples definiciones, entre ellas Duncan (1996) indica “para que un animal se encuentre en un estado de bienestar no deben considerarse únicamente sus necesidades fisiológicas, sino de manera primordial sus sentimientos” y explica que el sentimiento es una actividad específica del sistema sensorial, del cual el animal se da cuenta y postula que el bienestar depende de lo que los animales sienten.

Por lo que para evaluar el bienestar de los animales, se requieren conocimientos científicos; para afrontar un ambiente adverso en el organismo se movilizan mecanismos complicados, principalmente hormonales, como reacción a factores estresantes, por lo que para conocer y reconocer el estado real de salud física es necesario saber de fisiología, de bioquímica, de las patologías, de clínica y de etología, y para la salud mental se requieren, además, conocimientos sólidos de las neurociencias.

Cualquier definición de bienestar animal se debe referir al estado biológico del animal y no a algo que se le proporciona o no. Teniendo esto en cuenta, es un estado que se puede medir y que se

basa en estudios fisiológicos y de conducta de los animales. En consecuencia, el bienestar animal no es, una actividad de personas aficionadas y bienintencionadas, sino una ciencia que los profesionales de la Medicina Veterinaria y Zootecnia deben conocer a fondo para poder evaluar y emitir recomendaciones.

Desarrollo

La Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo se ha dado a la tarea de diseñar e implementar un CEIDBA que conduzca y regule las actividades de investigación y docencia que se llevan a cabo en los distintos institutos, facultades y escuelas del nivel medio superior, licenciaturas y de posgrado, en las cuales se hace indispensable el uso de animales-no humanos con la intención de procurar un bienestar compartido entre las diversas formas de vida animal y procurando siempre el cuidado del medio ambiente.

En la planificación de tan ardua tarea se han iniciado diversas actividades a partir del 2008, que incluyen el desarrollo de foros para socializar la idea de la necesaria presencia de un CEIDBA.

La Rectoría de la UMSNH ha asignado a un primer grupo de trabajo integrado por 4 profesoras-investigadoras, como representantes institucionales de diversas facultades (Facultad de Filosofía, Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas, Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, y Facultad de Odontología).

En la siguiente etapa se están llevando a cabo Conferencias y talleres de trabajo con grupos de invitados más amplios, que incluyen a las dependencias cuyas actividades de docencia y/o investigación implican de manera directa el bienestar humano, animal y del medio ambiente. Los resultados de las diversas temáticas sobre las cuales se diserta, se concentran en la estructura general del documento que fundamente el CEIDBA desde todos sus marcos.

Conclusiones

Si bien la instauración de un comité de bioética es complicado, es importante pensar integralmente, incluir la bioética, la ética y el bienestar animal, considerando el ambiente, es ambicioso y se reconoce que implicará modificar desde formas de pensar, hasta la estructura y las

prioridades de las instituciones involucradas con la salud humana, ambiental y animal, considerando las legislaciones nacionales e internacionales. Formando así parte de un movimiento universal de responsabilidad moral y profesional, que se basa en los principios éticos incorporados en el respeto de la vida (humana y animal), la salud (humana y animal) y al ambiente, evitando caer en radicalismos anti (anti-experimentos, anti-industria, anti-ciencia), por lo que al incluir al BA, busca un balance adecuado entre la necesidad del uso de los animales y la ética. El BA debe ser considerado requisito de calidad en la docencia y en la investigación, no solo de las ciencias veterinarias sino de las ciencias médicas y todas aquellas áreas profesionales en las que se emplean animales como sujetos experimentales o como “material biológico” para el desarrollo de actividades académicas. Haciendo un análisis de daños-beneficios en el cual se designe el balance entre los probables efectos nocivos (daños) en los animales y los beneficios potenciales obtenidos de la investigación/actividad propuesta.

Bibliografía

Ballesteros-Olivares H, 2006. “175 años de la Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez” de la Universidad Michoacana”. Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina. 2ª época, Vol. 9, Num. 1, México.

Barassi N y Col. “Ética en uso de animales en experimentación”, Medicina Buenos Aires 56: 1-3.
Comisión Nacional de Bioética. Artículo Segundo, incisos VIII y IX. “Decreto por el que se crea el Órgano Desconcentrado denominado Comisión Nacional de Bioética”. Diario Oficial de la Federación, 7 de septiembre de 2005.
[http://www.ordenjuridico.gob.mx/Federal/PE/APF/APC/SSA/Decretos/07092005\(1\).pdf](http://www.ordenjuridico.gob.mx/Federal/PE/APF/APC/SSA/Decretos/07092005(1).pdf).

De Grazia D, 1991. “Pain, suffering and anxiety in animals and humans”, Theoretical Medicine 12: 193-211.

Díaz JL, 1994. “La mente y el comportamiento animal”, FCE, México.

Duncan IJH, 1996. Animal Welfare defined in terms of feelings. Acta Agric Scand Sect Animal Sci; Suppl 27:29–35.

Garza RJ y Col., 2012. “Hacia una salud” Propuesta en el marco de la Administración Pública Federal en México. Imagen Editorial Yire.

Held C, 1983. Animal in Research. International overview. XVII CIOMS (Council for International Organizations of Medicinal Sciences) Round Table Conference on Biomedical Research Involving Animals. WHO. (World Health Organization), Ginebra, <http://www.who.int/tdr/publications/publications/ethics.tlm>

Martínez GM y Col., 2003. “El papel y Estructura de una Comisión de Ética en una Institución académica”. en “El Papel de la Ética en la Investigación Científica y la Educación Superior”. Fondo de Cultura Económica. México.

Organización Mundial de Bienestar Animal. Logros de la OIE en el ámbito del bienestar animal. <http://www.oie.int/es/bienestar-animal/temas-principales/>

Schunemann AA, 2002. "Animales de Laboratorio y la Norma Oficial Mexicana (NOM-062-ZOO-1999) ", Gaceta Médica de México. 138: 295-298.

Schunemann AA, 2011. Bienestar animal en la enseñanza de Medicina Veterinaria y Zootecnia. ¿Por qué y para qué?; Veterinaria México, Vol.42, Num.2 México.

Formación de una red de comités de bioética en la atención primaria Servicio de Salud M. Sur Oriente

Edith Mora

Asistente Social, Magíster en Bioética, Asesora Dpto. Calidad y Seguridad del Paciente del Servicio de Salud M. Sur Oriente. Comité de Ética Asistencial del Hospital Dr. Sótero del Río y en el Comité Ético Científico del Servicio de Salud M. Sur Oriente. Santiago de Chile

Resumen

El presente trabajo es una síntesis del proceso iniciado en el Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención, perteneciente a la Dirección del Servicio de Salud M. Sur Oriente, de Chile, desde el año 2011 a la fecha. Éste ha tenido como propósito la instalación progresiva de una Red de Comités de Bioética Clínica en las 7 comunas que integran el área geográfica del Servicio. Se describen los fundamentos que se tuvieron para iniciarlo y desarrollarlo, el proceso realizado y los resultados obtenidos hasta ahora.

Surgió de la visión de oportunidad dada por diferentes circunstancias, que en opinión de la autora, han facilitado el camino para el fortalecimiento de los Comités de Bioética en el Sistema Sanitario Chileno, en especial en la Atención Primaria de Salud: Implementación progresiva de la Garantía de Calidad, entrada en vigencia de la Ley N° 20.584 y el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario.

Variadas fueron las razones que lo motivaron. Nos anima la convicción que las fronteras de los problemas morales no se reducen ni agotan en aquellos surgidos como consecuencia de la atención clínica proporcionada en los hospitales.

1.- Introducción

La Política de Salud del Estado de Chile, vivió una de Reformas muy importante el año 2005, en ésta se estableció un Régimen de 4 Garantías Explícita en Salud, cuyo cumplimiento puede ser

exigido incluso legalmente por los usuarios. Una, es la Garantía de Calidad, que implica el “otorgamiento de las prestaciones garantizadas por un prestador registrado o acreditado”.¹

A propósito de hacer efectivo su cumplimiento, el Ministerio de Salud impulsó el desarrollo de 3 instrumentos, siendo uno, los Estándares para la Acreditación de Prestadores Institucionales en Atención Abierta y Atención Cerrada. Estos, contemplan 9 ámbitos de evaluación y el denominado “Dignidad de los Pacientes”, contempla la exigencia para los prestadores institucionales, de “contar o tener acceso a un Comité Ético donde se resuelvan las materias de orden ético que se suscitan como consecuencia de la labor asistencial”.²

Fue en este contexto, y cumpliendo con el rol articulador de la Red que le compete al Dpto. de Calidad y Seguridad del Paciente, que se resolvió impulsar la conformación de una Red de Comités de Bioética Clínica en la Atención Primaria de Salud (APS), decisión que además se sustenta en una serie de convicciones:

- La bioética como disciplina se caracteriza por el reconocimiento de la complejidad de la realidad humana, en la que se conjugan hechos, valores y percepciones que acompañan el devenir de la existencia. En la práctica se traduce en una forma de acercamiento interdisciplinario, que en el espacio de los comités de ética integra distintas visiones, encarnando de una manera sintética los postulados de la ética dialógica. Siendo así, la bioética y el modelo de atención integral comporten la visión del ser humano que lo coloca al centro de atención en salud. Ambos modelos teóricos pueden desde la complementariedad, contribuir a enriquecer la calidad de las prácticas y en consecuencia la calidad de vida de las personas.
- La bioética clínica si desea tener un impacto en la vida real de los ciudadanos debería entre otras exigencias, constituirse en un referente que logre impregnar la realidad los ciudadanos, y en especial las prácticas de los equipos de salud, en su relación con los usuarios y en la resolución de problemas asociados con la calidad. Para ello es necesario que salga de la academia, de las universidades, del discurso teórico para aportar en el campo de la experiencia cotidiana. No asumir este desafío, la coloca en riesgo de separarse de los problemas que acompañan a las personas, perdiendo la oportunidad de

¹ Ley N° 19.966, Establece Régimen de Garantías en Salud, 3 de septiembre 2004, Santiago – Chile.

² Súper Intendencia de Salud, “Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta - Chile.

constituirse en un referente moral para la sociedad civil. Esto cobra especial relevancia en la APS.

- Los problemas éticos en general han estado focalizados en el ámbito hospitalario en temas como la eutanasia, el aborto, el encarnizamiento terapéutico. Sin embargo el contacto cotidiano con los pacientes y en especial la Atención Primaria nos pone día a día frente a dilemas éticos³. En la atención cerrada, los Comités de Bioética cuentan con una trayectoria que los ha validado social y legalmente. En Chile, a partir del 1 de octubre de 2012, entró en vigencia la Ley N° 20.584, que regula los Derechos y Deberes de las Personas en Relación con Acciones vinculadas a su Atención en Salud, que les entrega una serie de responsabilidades y abre a los usuarios las posibilidades de acceder directamente a ellos. Además crea la obligación para los establecimientos de alta complejidad de contar con uno.
- Promover la conformación y funcionamiento de los Comités de Bioética en la Atención Primaria de Salud nos parece una línea estratégica que puede contribuir a crear instancias de reflexión y diálogo que permitan abordar los conflictos generados como consecuencia de la aplicación del Modelo de Salud Familiar.

2. Antecedentes Generales

La salud Pública en Chile, es gestionada a través de 29 Servicios de Salud, en todo el territorio. Cinco de estos corresponden a la Región Metropolitana, que concentra la mayor población del país.

De acuerdo a las disposiciones establecidas en la ley 19.937 sobre Autoridad Sanitaria y en el Reglamento de los Servicios de Salud (decreto 140 de 2004), éstos tienen las siguientes funciones, según las normas y políticas dictadas por el Ministerio de Salud: A los Servicios de Salud les corresponderá la *articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial* correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas.⁴

³ Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, “En el Camino al Centro de Salud Familiar”, Santiago-Chile -2008, p.32.

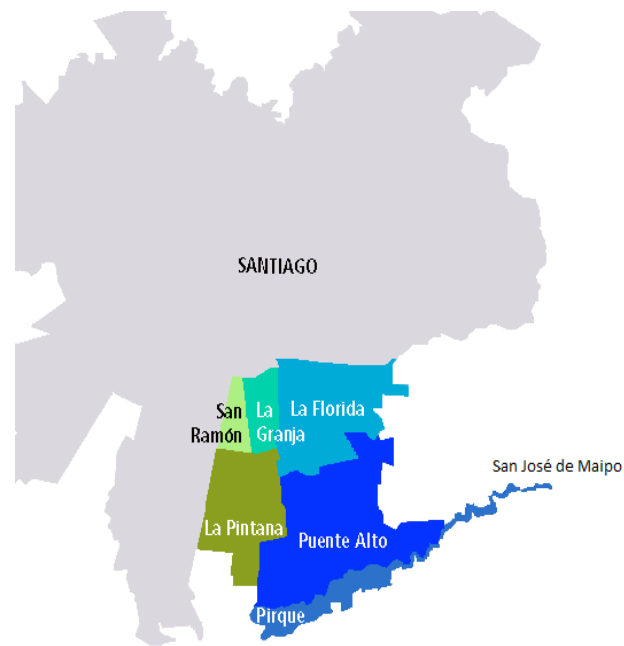
⁴ Ministerio de Salud:

http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_conozcanos/g_subs_redes_asist/serviciosubicacion.html
(consultado el 10 de marzo de 2013).

El Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (S.S.M.S.O.) comprende el área geográfica integrada por 7 comunas de la Región Metropolitana.:

- 5 Urbanas: Puente Alto, La Florida, San Ramón, La Granja, La Pintana
- 2 Rurales: Pirque y San José de Maipo.

Ilustración N° 1: Diagrama del área geográfica de influencia del SSMSO



La población asignada del Servicio de Salud, según Informe Preliminar del Censo Poblacional 2012, alcanza a **1.372.190** habitantes,⁵ equivalente al 21% de la población de la Región Metropolitana y al 8% de la población del país, de 16.572.475 habitantes.⁴

La Atención Primaria de Salud, constituye la puerta de entrada al Sistema de Salud, y su conformación total, distribuida en las 7 comunas, se muestra en la Tabla N° 1.

⁵ Instituto Nacional de Estadística de Chile: http://www.censo.cl/2012/08/resultados_preliminares_censo_2012.pdf (consultado el 20 de marzo de 2013).

Tabla nº 1: distribución establecimientos en atención primaria Servicio Salud M. Sur Oriente-2011

DISTRIBUCIÓN ESTABLECIMIENTOS EN APS SERVICIO SALUD SUR ORIENTE-2011	
Centros de Salud	3
Centro de Salud Familiar	29
Centro Salud Comunitario Familiar	3
Consultorio General Rural	1
Posta de Salud Rural	7
Centro Comunitario de Salud Mental	8
Servicio Atención Primaria de Urgencia	24
Total	75

Fuente: Subdirección Gestión de Redes Asistenciales Servicio de Salud M. Sur Oriente – Informe Preliminar “Rediseño Red Asistencial”, 2012, P. 6.

2. Objetivo general

Instalar en un proceso progresivo, la Red de Comités de Bioética de la Atención Primaria del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

3.- Objetivo específico

Diagnosticar el estado de implementación de los comités de Bioética en la atención Primaria.

La primera etapa, correspondió al diagnóstico. Estratégicamente se estimó conveniente usar el instrumento del proceso de acreditación, debido principalmente a:

- Contiene los factores que se desea medir: existencia de los Comités de ética, formalización de su funcionamiento en la estructura organizacional, y conocimiento de los equipos sanitarios de su existencia y acceso.

- Es un instrumento conocido y validado tanto en el de nivel directivo como en los Equipos de Salud, por consiguiente posibilita una mayor aceptación y disminuye el nivel de resistencia que necesariamente implica todo proceso de evaluación. Esta, se realizó mediante entrevista a las personas encargadas de las Unidades de Calidad de cada comuna.
- Los resultados de esta evaluación se muestran en la Tabla N° 2

Tabla n° 2: situación comités de bioética clínica servicio de salud metropolitano sur oriente

SITUACIÓN COMITÉS DE BIOÉTICA CLÍNICA SERVICIO DE SALUD M. SUR ORIENTE			
Requisito Comité de Bioética	SÍ	NO	Cumplimiento
El establecimiento cuenta o tiene acceso a un Comité Ético donde se resuelvan las materias de orden ético que se suscitan como consecuencia de la labor asistencial.	0	7	0%
Se constata identificación formal del Comité de Ética del que dispone o al que puede acceder el prestador.	0	7	0%
Se ha definido un procedimiento para la presentación de casos al Comité de Ética.	0	7	0%
Se constatan registros de casos sometidos al Comité de Ética.	0	7	0%
Se constata: conocimiento del procedimiento para acceder a Comité de Ética en al menos 90% de profesionales médicos entrevistados	0	7	0%

Fuente: Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente SSMSO -2010

Se puede observar en la Tabla N° 2, que las comunas presentaron una brecha total, dada la inexistencia, de los Comités de Ética Clínica en las 7 comunas la Red del Servicio de Salud, información que confirma la impresión a priori. En consecuencia cada una de las variables que se desprenden a continuación, no se pueden cumplir. Al profundizar la entrevista con los encargados de Calidad en cada comuna se pudo constar tres hechos:

1. La bioética clínica se asociaba en mayor medida con el ámbito hospitalario y no existía claridad de la contribución que podría realizar a los procesos en la APS.
2. Una buena recepción inicial a la posibilidad de un trabajo conjunto entre las Unidades de Calidad y la Dirección del Servicio de Salud, que a través de la capacitación, permitiese en

un proceso gradual, introducir el tema e identificar y potenciar los intereses e inclinaciones individuales.

3. Esta buena disposición se encontraba motivada con el deseo de dar cumplimiento a los requerimientos de la acreditación.

Instalar en los equipos de salud las competencias necesarias para el desarrollo y gestión de los Comités de Bioética.

Con la finalidad de cumplir este objetivo se han efectuado 2 talleres de capacitaciones, destinadas a los profesionales motivados en adentrarse en esta disciplina: 1) Introducción a La Bioética Clínica, 2) El Consentimiento Informado Como Concepto Fundamental de la Relación Clínica.

El total de personas capacitadas ascendió a 64, de distintas especialidades: médicos, enfermeras, matronas, trabajadoras sociales, nutricionistas. En el nivel jerárquico, entre los asistentes se observó, la presencia de Subdirectores de Salud, Directores de los Centros de Salud, Jefes de Sectores, Profesionales tratantes. El promedio de asistencia fue de 96 y 82%, respectivamente.

Mediante la realización de las capacitaciones se logró identificar áreas *de interés* que son de especial preocupación para los profesionales de la atención Primaria:

- a. *La Confidencialidad*: especialmente en los adolescentes en temas complejos como las adicciones y la sexualidad. Este es un tema especialmente sensible en una cultura donde los padres juegan un rol significativo en el desarrollo, con fuertes rasgos de paternalismo en sus relaciones parentales.
- b. *La Capacidad de las Personas con Discapacidad Intelectual y con problemas de salud mental*: Son frecuentes las consultas relacionadas con el ejercicio de la sexualidad de las personas con distintos grados de discapacidad.
- c. *Límites de la autonomía en enfermos crónicos con mala adherencia al tratamiento*: los límites entre la autonomía vs paternalismo, autonomía y justicia, cuando los estilos de vida afectan los resultados terapéuticos.
- d. *Cuidados Paliativos en Pacientes Postrados*: como consecuencia del mayor grado de resolutivez entregado a la APS, los equipos de salud se ven enfrentados a temas complejos como el manejo del dolor, la autonomía subrogada, la muerte digna, futilidad terapéutica, etc.

Motivar el interés por incorporar en el trabajo clínico los aportes conceptuales de la bioética.

El fin último de este trabajo ha sido lograr la conformación de los Comités de Bioética. Para ello se estableció a priori, entregar autonomía plena a las comunas respecto del modelo de organización que estimasen acorde a su realidad local. Sin embargo, dada la inexperiencia en esta área, se fijó como meta para empezar, contar con al menos con un Comité en cada una. Cumplir esta misión ha implicado perseverar, buscando el momento propicio, como consecuencia de los altos niveles de rotación, en los niveles directivos y equipos profesionales de primera línea.

De las 7 comunas, una, La Florida, en el mes de marzo de este año, inició el funcionamiento del primer Comité de Bioética con la participación de la Jefa comunal. Se encuentran en la etapa de organización, Con esta iniciativa La Florida marcó un liderazgo claro en este tema y se transformó en un referente para las otras comunas.

4. Conclusiones

1. La incorporación de la Bioética clínica en la Atención Primaria de salud, es un área de desarrollo pendiente.
2. Para su instalación es vital contar con la decisión de la autoridad, la que debe proporcionar los recursos materiales y profesionales. No obstante en ningún caso puede ser una imposición, por muy loable y bien intencionada que sea su origen. Contrariamente, la motivación, persuasión, integración y apoyo constante a los equipos, pareciera ser una estrategia más eficaz.
3. En la estructura organizacional, las instancias responsables de articular la red, pueden ser un lugar privilegiado para asumir este rol, ya que por su posición funcional puede crear las condiciones necesarias para ello.
4. Este es un proceso de maduración lenta que por consiguiente requiere para lograr el éxito, contar con una fuerte convicción y clara decisión de sus potencialidades, beneficios y aportes. El camino muchas veces presenta dificultades imbricadas que parecieran conspirar en su logro.
5. El progreso se ve ha visto dificultado por características propias de la Atención Primaria como la alta rotación en los equipos directivos y profesionales de primera línea.
6. La sobrecarga de trabajo en los equipos con otras directrices prioritarias emanadas desde el nivel central, también se encuentran entre las variables que es necesario visibilizar e incorporar al análisis.

7. Pero sin lugar a duda el gran motor de este trabajo, ha sido la validación que la sociedad ha dado a la dimensión ética, traducida en forma de normativa y exigencia para los prestadores de salud, independientemente de su origen público o privado. Ésta, ha sido la condición de posibilidad, el punto de partida para que la bioética pueda en la atención primaria jugar el rol que a juicio del bioeticista Diego Gracia, en su obra “Ética y Vida”, constituye su pretensión: una “aproximación holística de la acción de curar, tomando en cuenta la acción mórbida, el equilibrio orgánico global, el componente psíquico, familiar, social y cultural, es decir la vida en su totalidad”
8. Finalmente, se debe tener presente que el Estado de Chile, adhiere a la Declaración Universal de la UNESCO del año 2005, sobre Bioética y Derechos Humanos, que en su artículo 19b,⁶ señala:

Se deberían crear, promover y apoyar, al nivel que corresponda, comités de ética independientes, pluridisciplinarios y pluralistas con miras a: prestar asesoramiento sobre problemas éticos en contextos clínicos.

Entonces, los Servicios de Salud, en su calidad de Agentes del Estado, no pueden eludir su responsabilidad, que se encuentra orientada hacia el cumplimiento de los fines sociales que los legitiman socialmente.

⁶ UNESCO, “Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos” – 2005, artículo 19B

El rol de la mediación en la toma de decisiones bioéticas: *un puente hacia la bioética*

Mary Cele Rivera-Martínez. Puerto Rico

Contacto: merconflictsolutions@me.com

La mediación es uno de los métodos alternos para la solución de conflictos. Alternos al sistema de tribunales de justicia que por tradición, son los jueces y juezas a quienes delegamos para que tomen las decisiones sobre nuestros conflictos.¹

Un conflicto se define como una situación en la cual dos (2) o más personas perciben tener objetivos o necesidades mutuamente incompatibles. Cabe notar que se trata de una *percepción* y no necesariamente la realidad de necesidades y objetivos mutuamente incompatibles. Es porque se trata de una percepción que las destrezas de comunicación del mediador cobran especial importancia en su rol de facilitador para las partes.

Los tipos de conflictos pueden intrapersonales e interpersonales. Los factores que generan conflicto son: choque de intereses, choque de emociones, choque de ideas, choque de valores (ética de la vida) o acciones. También existen situaciones no conflictivas que dan pie a conflictos latentes. Así por ejemplo, el que unos hijos tengan que tomar una decisión sobre el cuidado de salud de su padre en estado de inconciencia, no necesariamente es una situación conflictiva , mas puede hacer que entre esos hermanos surgan conflictos que estaban latentes y que no afloraban si su padre como figura de aurtoridad, impedía que afloraran esos otros conflictos. Esos otros conflictos, no aparentes, se hacen evidentes ante un mediador bien preparado con técnicas necesarias de solución de conflictos y su adecuado manejo .

De igual forma los principios bioéticos de Beneficencia, Autonomía, No maleficencia y Justicia pueden ser fuentes de conflicto pues en el mundo real no necesariamente se cumplen. Cuando no

¹ Negrón, M., Vélez, L., Gatell, M., Caleb, L., *Un Modelo Puertorriqueño de Mediación de Conflictos*, San Juan, LexisNexis de PR, 2001, pp. 2-4.

se cumplen, las partes envueltas en el entorno bioético tales como pacientes, familiares y médicos van a querer buscar remedios para resarcirse, ser escuchados y atendidos en sus reclamos.

La mediación se define como un proceso de intervención en un conflicto por una parte imparcial y aceptada por los participantes que no tiene autoridad sobre las decisiones sustantivas. Tiene la autoridad de tomar decisiones sobre el proceso para asistir a las partes en la toma de decisiones que los lleve a lograr acuerdos sobre los asuntos en controversia.²

La finalidad al implementar la mediación es la de fomentar la utilización de mecanismos complementarios al sistema adjudicativo tradicional con el fin de impartir justicia en una forma más eficiente, rápida y económica. Tribunal Supremo de Puerto Rico, *Reglamento de Métodos Alternos para la Solución de Conflictos*, 1998, Regla 1.01. Es alentar el desarrollo y uso de los métodos alternos para la solución de conflictos como complemento del sistema judicial.³

Las fases de un proceso de Mediación Bioética son: 1) evaluación y preparación, 2) partir de mediación, 3) presentar y perfeccionamiento de la data médica, 4) recopilación de información, 5) resolución y 6) seguimiento. Cabe hacer notar que las primeras dos etapas son consideradas de pre-mediación investigación o contacto no son una práctica habitual en la mediación de las acciones civiles o conflictos de la comunidad, pero son de vital importancia en la configuración de la mediación en un entorno bioético.⁴

Todas las fases que se dan en un proceso de mediación se incluyen en “sesiones conjuntas,” las que se dan entre el mediador y las partes juntas y las sesiones llamadas “caucus”. Caucus es aquella sesión en las que el mediador se reúne con las partes por separado.⁵

El rol del mediador(a) en estas etapas, para que se logren acuerdos y establezca el dialogo plural de consenso en los mínimos morales necesarios para vivir en una sociedad democrática, debe ser de comunicador efectivo, facilitador de la comunicación entre las partes, crear espacio de

² Ibidem, 12.

³ Tribunal Supremo de Puerto Rico y cols., 1998, Regla 1.02.

⁴ Dubble, N., Liebman, C. *Bioethics Mediation*, Vanderbilt University Press, 2011, pp 50.

⁵ Negrón M et. al. *Ob.cit.*

empatía, sabe separar personas de problemas, saber ayudar a que las partes trasciendan sus posiciones y descubran los intereses en juego, sabe promover que las partes generen opciones, saber promover el uso de criterios objetivos, saber modificar el curso del conflicto. Debe saber usar técnicas para hacer que las partes se replanteen los efectos de la controversia sobre su cotidianidad, debe ser un conciliador y ser afirmativo creando un clima de respeto, paciencia e imparcialidad.⁶

¿Porqué planteamos que la mediación tiene un rol en la toma de decisiones bioéticas?

En primera instancia porque la bioética no es un conjunto de normas sino un método de construcción racional de la mejor decisión de un consenso, en una diversidad de contextos culturalmente determinados todas sumanifestaciones (vida humana, animal no humana, ecología). La bioética es la valoración ética de las políticas públicas relativas a los servicios de salud y de los adelantos en las ciencias y biotecnologías.⁷

La mediación por sus características de proveer un espacio informal, de comunicación participativa, inclusiva, de búsqueda de consenso, provee un espacio adecuado y se convierte una herramienta idónea para la toma de decisiones necesarias en un contexto y entorno bioético. Hoy día, se promueve incluso que los consultores de la ética en aspectos de salud, recomienden, como parte de su quehacer herramientas de solución de conflictos como lo puede ser un mediador.⁸

En un etorno bioético cobra relevancia la legitimidad. Que se promueva el consenso en aceptar aquello a los que los participantes están sujetos por un texto legal es característico de la bioética. La mediación brinda un espacio vivo de comunicación verbal y no verbal en el que las partes pueden no solamente decir lo que piensan y sienten sino abundar sobre el porqué de lo que piensan y sienten. En la mediación por su naturaleza informal de diálogo se pueden identificar liderazgos ocultos que a veces detienen la solución de conflictos y que en muchas otras pueden ayudar a adelantar la solución de un conflicto.

⁶ Ibidem, 11-12.

⁷ Leonides Santos y Vargas, L. *Bioética: Nuevo Paradigma en medicina, investigación y ecología*.

⁸ Dubblet N. *Ob.cit.*

La mediación es puente para que todas las partes se muevan consensuadamente, a voluntad y de manera libre desde aquellas posturas que las mantienen en conflicto basadas en lo que creen que “deben hacer “ por las consecuencias que pueden sufrir si no lo hacen hacia aquellas basadas en lo que “quieren hacer” por convicción, para así lograr acuerdo en aquellos mínimos morales necesarios.

Los otros órganos de decisión en un sistema bioético son los tribunales, los que por la naturaleza de sus funciones vienen obligados a decidir cuestiones de derechos en conflicto aplicando leyes vigentes . A juzgar el hecho y no necesariamente juzgar el valor del hecho. De igual manera ocurre con el otro órgano con poder de decisión en un entorno bioético, el comité de ética. Un comité de ética, contrasta marcadamente con una mediación en que puede carecer de imparcialidad si se trata de profesionales que son nombrados o remunerados por la institución que provee los servicios de salud. Por las mismas razones pueden carecer de neutralidad en el proceso y, contrario a la mediación , el comité de ética tiene poder decisonal o al menos influye en la decisión y no brinda espacio de participación amplio, como por ejemplo a los familiares del paciente.⁹

En conclusión, la Mediación como uno de los métodos para la solución de conflictos es uno de los mecanismos adecuados para establecer diálogo y lograr acuerdos sobre las controversias o desacuerdos cotidianos en particular controversias que requieren decisiones en situaciones límites de la vida, fuera del ámbito de rigidez y decisión por un tercero como los son los tribunales. La Mediación está reconocida y validada por muchos sistemas de justicia del mundo entero. La mediación provee un espacio informal, de objetivos claros, en el que por su voluntad las partes involucradas, los miembros de la sociedad, pueden encontrar en la misma una herramienta de diálogo plural, autodeterminación y apoderamiento que les permita lograr consensos en los mínimos morales necesarios para vivir en una sociedad democrática.

La bioética como filosofía escogida para relacionarnos de manera viva con nuestro entorno, los demás y la salud una vez puesta en acción se convierte en una ciencia de diálogo pluralista

⁹ *Ibidem*, 50.

necesaria para lograr consensos en aquellos mínimos morales necesarios para que los ciudadanos podamos convivir y desempeñarnos en una sociedad democrática.

Finalmente, recordemos la gran pregunta de Kant: *¿Qué hacemos?* La Bioética como sistema de valoración ética de la vida integral, de las políticas públicas de los servicios de salud, necesita encontrar espacios legítimos, que sean espacios vivos para que los individuos ciudadanos de diversas creencias, culturas, trasfondo logren comunicarse en busca de consenso a las respuestas diversas que suelen haber ante un mismo dilema.

Una aproximación filosófica a los comités de ética en investigación

Maria Teresa Sánchez Mier

Departamento de Estudios de Cultura y Sociedad

División de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad de Guanajuato

Contacto: mariatesanchez@ugto.mx

En este trabajo se expondrá una forma de fundamentar filosóficamente a los comités de ética en investigación con seres humanos. Para ello comenzaré señalando, de manera muy breve, por qué es necesaria la ética en la investigación.

La ética es necesaria tanto en la investigación como en la práctica científicas, ya que nos permite abordar preguntas a las que nos enfrentan el desarrollo de la ciencia y la tecnología. Estas preguntas cubren un amplio rango que involucra interrogantes como, por ejemplo, si podemos experimentar con personas, sin recibir su consentimiento, para probar una nueva medicina u observar su comportamiento; si tenemos justificación de usar a los animales como meros instrumentos de experimentación; si debe permitirse la creación de organismos con DNA recombinante; o si es válido el uso de transgénicos.

En este sentido, la ética brinda un marco de referencia para estudiar la investigación y práctica científicas. Este marco de referencia es fruto no de un conjunto de prejuicios u opiniones acerca de un tema, sino de la reflexión racional y rigurosa sobre nuestras concepciones y valores éticos sustentados con argumentos sólidos. Mediante el análisis crítico, consistente e informado, se elaboran argumentos rigurosos y sistemáticos que sirven como guías para exponer ideas razonadas que aportan elementos importantes frente a las interrogantes éticas que surgen dentro de una investigación o práctica determinada. Esta reflexión ética está sujeta a la revisión temporal, debido a que está bajo el escrutinio y reinterpretación producto de los nuevos conocimientos.¹

¹ Cfr. Nussbaum, M., *Las Mujeres y el Desarrollo Humano*, Barcelona, Herder, 2002: 68-76.

Tomando en cuenta este marco de referencia, el científico puede analizar y reflexionar sobre el procedimiento que está llevando a cabo para así determinar qué es lo que se debe hacer y cuál es el mejor curso de acción. Junto con este análisis ético, el juicio y el pensamiento crítico del investigador constituyen factores esenciales para asegurar que la investigación sea éticamente aceptable.

Ahora bien, ¿cómo se traduce concretamente este interés en que la investigación sea ética?

No hay duda de los significativos avances en el conocimiento sobre la naturaleza y la vida en todas sus manifestaciones. Estos avances son sorprendentes tanto por las profundas explicaciones sobre los mecanismos que rigen el funcionamiento de los seres vivos, como también por las consecuencias que traen. Sin embargo, algunos de estos avances se han dado fruto de investigaciones realizadas en seres humanos sin protección alguna de su dignidad o de su salud.

El Código de Nuremberg y la Declaración de Helsinki, documentos que proponen normas a las cuales los médicos deben adherirse cuando llevan a cabo investigación con seres humanos, han sido la base para que poco a poco la sociedad comience a tomar conciencia de la necesidad de proteger a los sujetos que participan en investigaciones. Esta conciencia permite evitar que se cometan abusos y daños fruto de decisiones equivocadas o poco reflexionadas.

Para proteger a los sujetos que participan en investigaciones, podemos hablar de dos elementos íntimamente relacionados. El primero de ellos son los códigos y principios que promueven estándares éticos sobre los cuales existe un cierto consenso. El segundo son los organismos que implementan estas regulaciones o salvaguardas, conocidos como comités de ética en investigación. A continuación me referiré a los comités de ética en investigación con seres humanos.

Los comités de ética en investigación con seres humanos se crearon para garantizar la preservación de la autonomía, los derechos y la seguridad de los posibles sujetos de investigación. Estos comités buscan elevar la calidad de la atención médica y de la investigación para la salud

mediante la promoción del respeto a la autonomía y la dignidad de los pacientes.² Entendidos como organismos que implementan los principios éticos sobre los cuales existe un cierto consenso, los comités de ética en investigación regulan la investigación científica en humanos mediante tres principios:³

- **Respeto hacia las personas:** se reconoce la autonomía de las personas, por lo que se requiere que los investigadores obtengan el consentimiento informado de los pacientes o sujetos de investigación, que se proteja la voluntad de aquellas personas que no puedan tomar decisiones sobre su persona y que se mantenga la confidencialidad. Este principio implica la consideración de que las personas que participan en una investigación no son sujetos pasivos fuente de información, sino individuos cuyos derechos y bienestar deben ser respetados.
- **Beneficencia:** implica que la investigación o práctica que se desee llevar a cabo sea coherente y consistente, y que los riesgos de la investigación o práctica sean menores a los beneficios derivados de ella. El riesgo para los pacientes representa cualquier daño físico como psicológico.
- **Justicia:** implica que los beneficios y cargas de la investigación se distribuyan de manera equitativa. Debe guardarse especial consideración a los niños, prisioneros, mujeres embarazadas, fetos, embriones y personas con alguna dificultad en su capacidad para tomar decisiones. Este principio también implica el acceso equitativo y no discriminatorio a los beneficios de la investigación.

Estos tres principios se traducen en objetivos concretos que los códigos de ética en investigación promueven:

1. El respeto hacia todas las formas de vida, así como la dignidad y los derechos de los pacientes, en especial su autonomía.
2. Velar por la calidad de la investigación mediante una adecuada elaboración del protocolo en función de investigación previa en el laboratorio y en animales.
3. Analizar la congruencia entre la hipótesis planteada y los medios propuestos para comprobarla o refutarla.

² Cfr. Vargas-Parada, Laura, Ana Flisser y Simón Kawa, "Consentimiento Informado" en Pérez Tamayo, Ruy, Rubén Lisker y Ricardo Tapia (coords.), *La Construcción de la Bioética. Textos de Bioética. Volumen 1*, México, FCE, 2007: 126-127.

³ Cfr. Cabral, A. y Ruy Pérez Tamayo, "La Investigación Médica en Seres Humanos" en Pérez Tamayo, Ruy, Rubén Lisker y Ricardo Tapia (coords.), *La Construcción de la Bioética. Textos de Bioética. Volumen 1*, México, FCE, 2007: 143-144.

4. El estudio de la balanza entre riesgos previstos y beneficios esperados.
5. Velar por la protección de quienes participan en un ensayo clínico.
6. Vigilar que la información que se da al sujeto de investigación sobre el ensayo clínico sea adecuada y completa.
7. Que exista un documento para que el participante o su tutor firme de manera voluntaria su consentimiento.
8. Vigilar que los sujetos de investigación sepan que tienen la posibilidad de retirarse de la investigación en cualquier momento.
9. El asesoramiento al personal de salud al momento de tomar decisiones que impliquen conflictos de valor.⁴

Estos objetivos que persiguen los comités de ética en investigación con seres humanos reflejan el principio de respeto por las personas, el reconocimiento de sus capacidades de decisión y la garantía de no explotación en tanto siempre queda abierta la posibilidad de no participar en una investigación.⁵ La promoción de la seguridad, la dignidad y el bienestar de las personas que participan en proyectos de investigación o cuando existen conflictos de valor, es una actitud ética en sí misma.⁶

Este fundamento en el respeto a la autonomía de las personas y a la vida digna se traduce concretamente en la carta de consentimiento informado que los comités exigen en toda investigación con seres humanos. El consentimiento informado consiste en el consentimiento voluntario de una persona para aceptar su participación en un estudio, en el ejercicio de su libre poder de elección, sin coerción y con suficiente conocimiento y comprensión de los riesgos y

⁴ Cfr. Cabral, A. y Ruy Pérez Tamayo, "La Investigación Médica en Seres Humanos" en Pérez Tamayo, Ruy, Rubén Lisker y Ricardo Tapia (coords.), *La Construcción de la Bioética. Textos de Bioética. Volumen 1*, México, FCE, 2007: 144-145. También Luna, F., "Investigación en Seres Humanos y SIDA", en Vázquez, Rodolfo (comp.), *Bioética y Derecho. Fundamentos y Problemas Actuales*, México, ITAM/FCE, 2002: 93-94.

⁵ Cfr. Luna, F., "Investigación en Seres Humanos y SIDA", en Vázquez, Rodolfo (comp.), *Bioética y Derecho. Fundamentos y Problemas Actuales*, México, ITAM/FCE, 2002: 94.

⁶ Cfr. Cabral, A. y Ruy Pérez Tamayo, "La Investigación Médica en Seres Humanos" en Pérez Tamayo, Ruy, Rubén Lisker y Ricardo Tapia (coords.), *La Construcción de la Bioética. Textos de Bioética. Volumen 1*, México, FCE, 2007: 146.

beneficios que ello implica.⁷ Así, el consentimiento informado tiene como objetivo respetar y hacer manifiesta la autonomía de los pacientes o sujetos de investigación. El respeto a la autonomía es reconocer que las personas tienen derecho a opinar, a tomar decisiones y a actuar con base en sus valores y creencias personales.⁸

Ahora bien, podríamos preguntarnos por qué es tan importante respetar la autonomía de las personas y su capacidad de elegir. Una posible respuesta, aunque no la única, la podemos sustentar en el pensamiento de Aristóteles y de Martha Nussbaum.

Aristóteles daba enorme importancia al hecho de que las decisiones en materia ética estuvieran mediadas por el razonamiento y la elección personal. Si esto se da, las personas pueden desarrollar sus capacidades como seres humanos, fruto de la reflexión y el análisis racional, de otra manera, actúan sin conciencia y de manera automática. La ausencia de elección se da no sólo cuando existen prohibiciones claras para decidir, sino también cuando hay falta de educación, entendimiento o condiciones de vida que impiden que uno pueda informarse y reflexionar.⁹ En este sentido, para Aristóteles, cualquier decisión tomada sin elección atenta contra la dignidad del ser humano. Veamos esto con más detalle.

Nussbaum, apoyándose en la propuesta aristotélica, advierte que una vida digna¹⁰ es aquella en la que están presentes las oportunidades para el desarrollo y ejercicio de las mayores capacidades humanas, es decir, una vida que tiene un funcionamiento humano verdadero. Las capacidades dependen del mundo para poder desarrollarse completamente y para convertirse en funcionamiento, por lo que una vida digna implica crear las condiciones en que las capacidades se puedan desarrollar y desenvolver.

⁷ Cfr. Vargas-Parada, Laura, Ana Flisser y Simón Kawa, "Consentimiento Informado" en Pérez Tamayo, Ruy, Rubén Lisker y Ricardo Tapia (coords.), *La Construcción de la Bioética. Textos de Bioética. Volumen 1*, México, FCE, 2007: 120.

⁸ Cfr. Vargas-Parada, Laura, Ana Flisser y Simón Kawa, "Consentimiento Informado" en Pérez Tamayo, Ruy, Rubén Lisker y Ricardo Tapia (coords.), *La Construcción de la Bioética. Textos de Bioética. Volumen 1*, México, FCE, 2007: 129.

⁹ Cfr. Nussbaum, M., *Creating Capabilities. The Human Development Approach*, Cambridge, Belknap Press, 2011: 125-126.

¹⁰ En el pensamiento de Nussbaum es de central importancia la noción de vida digna. La noción de vida digna está presente en muchos de los escritos de Nussbaum, sin embargo considero que es en este artículo, "Human Dignity and Political Entitlements", donde recapitula de manera clara los elementos que para ella constituyen una vida digna.

De esta manera, la búsqueda de la actividad buena de un ser humano debe comenzar considerando las características propias del funcionamiento humano, es decir, las características que son definitivas o esenciales para un ser humano.¹¹ ¿Cuáles son éstas? Aristóteles sostiene que la actividad propia de los seres humanos es aquella que se da de acuerdo a la razón.¹²

Que la vida del ser humano se dé conforme a la razón quiere decir que está organizada en función de la racionalidad y, la racionalidad, es la característica distintiva que guía y moldea la vida humana como principio organizador. Es decir, es en función de la racionalidad que las actividades de la vida de un ser humano se estructuran, por lo que cualquier actividad se realiza y se hace conforme a la razón.

Más aún, el funcionamiento humano verdadero que se traduce en una vida digna, implica, no sólo la racionalidad, sino que la vida que vivamos sea una vida *para nosotros*.¹³ Que la vida que vivamos sea una vida *para nosotros* implica que, sólo la vida que nosotros consideramos como *nuestra*, es realmente una vida que pensamos es buena para vivir. Cuando, de una u otra manera, sentimos que la vida que vivimos no nos pertenece o nos es impuesta, entonces esa vida no la consideramos como nuestra, sino como algo ajeno a nosotros. En este sentido, un funcionamiento humano verdadero implicaría que la vida que vivimos es una vida significativa para nosotros en donde ningún elemento de ella nos es ajeno o impuesto y, por ello, estamos en control y responsabilidad de ella. Y si la vida que vivimos es una vida para nosotros, entonces en nuestras acciones, funciones y organización, está presente el ejercicio de nuestra racionalidad. Esto, dirían Aristóteles y Nussbaum, constituye una vida digna.

¹¹ Cfr. Nussbaum, M., "Aristotle on Human Nature and the Foundations of Ethics", en J. E. G. Altham y Ross Harrison (ed.), *World, Mind and Ethics: Essays on the Philosophy of Bernard Williams*, Cambridge, Cambridge University Press, 1995: 112.

¹² Cfr. Aristóteles, *Ética Nicomaquea*, 1097b33-1098a17; y también cfr. Aristóteles, *Acerca del Alma*, 414b18-21.

¹³ Cfr. Nussbaum, M., "Aristotle on Human Nature and the Foundations of Ethics", en J. E. G. Altham y Ross Harrison (ed.), *World, Mind and Ethics: Essays on the Philosophy of Bernard Williams*, Cambridge, Cambridge University Press, 1995: 116; y también cfr. Marx, *Manuscritos de Economía y Filosofía*, p. 150.

Si la actividad o función del ser humano es actuar conforme a la razón, entonces lo que en todo momento se buscará como el buen actuar del hombre, será el buen ejercicio de su razón, esto es, el ejercicio de la razón práctica.¹⁴

Una de las expresiones claras de la racionalidad humana es la capacidad de elección derivada de argumentos y consideraciones fruto de la reflexión sobre una situación particular. En este sentido, la carta de consentimiento informado representa un ejemplo del hacer valer nuestra racionalidad, pues se traduce en la capacidad de elegir participar o no en una investigación, se traduce también en conocer lo que se hará en mi persona producto de la investigación y, por lo tanto, en un profundo respeto a la dignidad de la persona. Los sujetos de investigación se respetan cuando se les reconoce como seres autónomos capaces de decidir sobre su persona y de asegurar su libertad de elección y participación en la investigación. Es decir, se reconoce y respeta su característica esencial de racionalidad y se promueve el ejercicio de ésta mediante la elección y el conocimiento.

De acuerdo con esto, ¿cuándo cometemos una infracción ética en la investigación? No sólo cuando realizamos acciones que dañan directamente a los pacientes, sino cuando faltamos en respetar su libertad de elección y en informarles de los procedimientos que van a realizarse en su persona. Esto es, hay fallas éticas claramente detectables y hay otras más sutiles que, sin embargo, lastiman la dignidad de las personas.

En mi experiencia como miembro de diferentes comités de ética en investigación he notado algunas faltas al respeto y dignidad de las personas en los protocolos que se nos entregan para revisión. Una de ellas es que las cartas de consentimiento informado se presentan incompletas, esto es, mencionan solamente el título del trabajo, enuncian que se les ha informado a los sujetos de investigación en qué consiste el protocolo y, al calce de la carta, aparece la firma del paciente. El problema en este caso radica en que no se sabe qué se le informa al sujeto de investigación y en que puede errarse al darle a la persona la información incompleta. Cuando no se da la información completa del proyecto de investigación sobre el objetivo, justificación, procedimiento, riesgos y

¹⁴ Cfr. Nussbaum, M., "Aristotle on Human Nature and the Foundations of Ethics", en J. E. G. Altham y Ross Harrison (ed.), *World, Mind and Ethics: Essays on the Philosophy of Bernard Williams*, Cambridge, Cambridge University Press, 1995: 115 y 119.

beneficios, voluntariedad en la participación, posibilidad de retirarse en cualquier momento, costo, y los datos del personal del comité de ética que sigue ese protocolo de investigación y que los pueden asistir en cualquier momento, entonces no se está respetando a las personas reconociéndolas como personas capaces de decidir por sí mismas en el ejercicio pleno de su racionalidad. Y, si no se da este respeto, entonces estamos fallando en el reconocimiento de la dignidad de la vida del otro.

Cuando la carta de consentimiento informado está parcialmente completa, en la mayoría de las ocasiones no se establece cómo se va a guardar la confidencialidad de los sujetos que participan en la investigación. Se menciona que se va a guardar la confidencialidad, pero no se dice cómo, es decir, no se dice si se identificará a los pacientes con un número, quién podrá tener acceso a la información recopilada, etc. Esto muestra que en el consentimiento no se plantea considerar que el sujeto de investigación podría no estar de acuerdo en que su información se sepa o en qué condiciones quiere que se sepa.

Otra falta que se comete es que la carta de consentimiento informado se somete a revisión una vez que el protocolo de investigación ha concluido. Esto muestra que el respeto hacia los sujetos de investigación no es un elemento importante dentro del protocolo que se lleva a cabo y que carece de todo valor. En estos casos pareciera que la carta de consentimiento informado se ve como un trámite más que, en muchas ocasiones, obstaculiza la investigación científica.

Un error común que también ocurre es que no se considera que las investigaciones que involucran un riesgo como un moretón, mareo o dolor de cabeza, merecen que el sujeto de investigación lo sepa. Esto representa una falta al no reconocer que las personas merecen saber lo que puede ocurrirles fruto de la investigación por mínimo que sea este efecto.

Finalmente, he encontrado que en muchas ocasiones la carta de consentimiento informado parece ser para los investigadores responsables un trámite sin relevancia y no fomentan en los estudiantes y jóvenes investigadores el espíritu de la investigación ética. Pareciera que la promoción de la investigación ética es solamente un capricho de los entusiastas de la ética, pero no se analizan las razones y los argumentos que sustentan la necesidad de estos principios rectores de la investigación en seres humanos.

¿Qué hacer para salvar estas faltas éticas? Una propuesta de solución es elaborar manuales que puedan entregarse a los investigadores que contengan una explicación con las razones éticas y jurídicas de la investigación en seres humanos, tanto nacionales como internacionales, así como los elementos detallados de la carta de consentimiento informado. Así mismo, se pueden llevar a cabo cursos y jornadas de concientización sobre la importancia de la carta de consentimiento informado en las universidades, escuelas de medicina, centros de salud y hospitales.

Conclusiones

La ética en la investigación científica es de capital importancia porque favorece que se respete la dignidad de las personas y se proteja su vida. Una vida digna es aquella en donde se da el ejercicio de las mayores capacidades humanas en función de una característica esencial en el hombre: la racionalidad. Una de las expresiones de esta racionalidad es el ejercicio de la capacidad de elección. La carta de consentimiento informado es un documento que reconoce esta capacidad de elección de las personas como seres autónomos con deseos e intereses propios. Por esta razón es que los comités de ética en investigación se valen de esta herramienta como una forma de proteger a los sujetos de investigación.

Los comités de ética son un reflejo de la conciencia creciente de que la actividad de los profesionales de la salud debe orientarse por valores reflexionados y examinados rigurosamente mediante argumentos sólidos que promuevan la dignidad y la vida de las personas. Así, los miembros de los comités de ética buscarán encontrar soluciones éticas adecuadas para la protección, seguridad y bienestar de los seres humanos.

Bibliografía

Aristóteles, *On The Soul, Parva Naturalia, On Breath*, traducido por W. S. Hett, Londres, W. Heinemann, 1964.

— *Acerca del Alma*, introducción, traducción y notas de Tomás Calvo Martínez, Madrid, Gredos, 1978.

— *Ética Nicomachea*, versión de Antonio Gómez Robledo, México, UNAM, 1983.

— *De Anima*, W. D. Ross (ed.), Oxford, Oxford University Press, 1990.

Cabral, Antonio y Ruy Pérez Tamayo, “La Investigación Médica en Seres Humanos” en Pérez Tamayo, Ruy, Rubén Lisker y Ricardo Tapia (coords.), *La Construcción de la Bioética. Textos de Bioética. Volumen 1*, México, FCE, 2007: 135-148.

Luna, Florencia, "Investigación en Seres Humanos y SIDA" en Vázquez, Rodolfo (comp.), *Bioética y Derecho. Fundamentos y Problemas Actuales*, México, ITAM/FCE, 2002: 92-113.

Nussbaum, Martha C., "Human Functioning and Social Justice: In Defense of Aristotelian Essentialism", en *Political Theory*, 1992, Vol. 20, (No. 2): 202-246.

— "Aristotle on Human Nature and the Foundations of Ethics", en J. E. G. Altham y Ross Harrison (ed.), *World, Mind and Ethics: Essays on the Philosophy of Bernard Williams*, Cambridge, Cambridge University Press, 1995: 86-131.

— *Las Mujeres y el Desarrollo Humano*, Barcelona, Herder, 2002.

— *Frontiers of Justice. Disability, Nationality, Species Membership*, Londres, Belknap Press, 2006.

— *Creating Capabilities. The Human Development Approach*, Cambridge, Belknap Press, 2011.

Vargas-Parada, Laura, Ana Flisser y Simón Kawa, "Consentimiento Informado" en Pérez Tamayo, Ruy, Rubén Lisker y Ricardo Tapia (coords.), *La Construcción de la Bioética. Textos de Bioética. Volumen 1*, México, FCE, 2007: 119-134.

Parte 3ª.- DECISIONES CON PERSONAS VULNERABLES Y MULTICULTURALIDAD

Deliberación en Bioderecho

Dora Nevares-Muñiz

Catedrática de Derecho, Universidad Interamericana de Puerto Rico

Contacto: dnevares@caribe.net

I. Introducción y consideraciones teóricas

A. Alcance y justificación

Este ensayo expone la relación entre la bioética y el derecho, en ánimo de elaborar una modelo de deliberación adjudicativa para atender asuntos relacionados con los avances de la ciencia y biotecnología para los cuales no hay legislación positiva o precedente judicial. En la primera parte se explican los términos bioética, bioderecho, biojurídica, y la relación entre ética, moral y derecho. Le siguen consideraciones teóricas sobre la deliberación bioética y la adjudicación en derecho. La última parte expone el modelo propuesto para adjudicación de asuntos en bioderecho.

Ante las nuevas realidades creadas por los avances científicos en la biología con respecto al inicio, transcurso y fin de la vida, tanto de los seres humanos como de los demás seres vivos y del planeta, el Derecho debe tomar posiciones. Legislar no es tarea fácil; tampoco resolver las controversias por la vía adjudicativa si se trata de que atender asuntos complejos en proceso de innovación científica y en plena expansión. Entre otros, asuntos sensibles que afectan los intereses de grupos con pluralidad de códigos morales tales como: la determinación del momento en que ocurre la muerte o del inicio de la vida, aborto, eutanasia, suicidio asistido, transexualidad, clonación, reproducción asistida, ingeniería genética, alimentos transgénicos, bioterrorismo, trasplantes de órganos, el proyecto genoma humano y uso de sujetos humanos en la investigación. Además, han surgido otros asuntos inexistentes en décadas anteriores como la determinación de la propiedad de datos genéticos, transformaciones en la prestación de los servicios de salud como resultado de los avances en la medicina, y la necesidad de la preservación de la biodiversidad ante la finitud de los recursos planetarios.

Se recurre al derecho para determinar lo que es tolerable desde la legalidad ante las distintas formas de intervenir con el fenómeno de la vida como resultado de los avances científicos; para que reglamente y provea sanciones a prácticas potencialmente lesivas para el ser humano y su entorno; para proteger derechos de las personas, evitar daños personales y al ambiente, y como mecanismo para resolver conflictos específicos relacionados con el impacto de los desarrollos científicos sobre la vida humana.

B. Definiciones: bioética, bioderecho, biojurídica

La **bioética** es el “estudio sistemático de la dimensión moral de las ciencias de la vida y de la salud, utilizando diversas metodologías éticas en un marco interdisciplinario.”¹ Para Santos Vargas, la “bioética es la disciplina que se ocupa del estudio y la reflexión en torno a la dimensión e implicaciones humanísticas y éticas de los avances de las ciencias, las profesiones de la salud y de la ecología. Es además, una metodología de solución racional de los problemas que surgen de las acciones y de la toma de decisiones que comportan problemas y dilemas éticos en los escenarios científicos y clínicos, tanto a nivel personal como colectivo.”²

Se trata de una disciplina en construcción ante los avances de la tecnología, los problemas macro globales y la perplejidad que nos causan; para la toma de decisiones en contextos de incertidumbre, de cara al presente y a las futuras generaciones, y en solidaridad con el hábitat.³ Se plantea que la bioética no debe limitarse considerar sólo las situaciones emergentes surgidas como consecuencia de los avances científicos y tecnológicos en la vida humana y del planeta, sino que debe incluir también la consideración de situaciones persistentes en la sociedad, tales como la discriminación de la mujer, la exclusión social, el racismo, inequidad en la distribución y acceso a los servicios de salud, maltrato a los vulnerables, violencia, aborto, contracepción, eutanasia, contaminación ambiental, entre otras.⁴

¹ *Encyclopedia of Bioethics*, W.T.Reich, ed. New York, Simon &Schuster, Macmillan, 1995, v.1, xxi.

² Santos y Vargas, L., *Bioética Crítica*. San Juan, Instituto Hostosiano de Bioética, UPR, 2006: p.6.

³ Cely Galindo, G., *Bioética Global*. Madrid, Siglo del hombre, 2009.

⁴ Garrafa, V., “Epistemología de la Bioética-enfoque latinoamericano.” *Revista Brasileira de Bioética*, 2007, vol. 3(núm. 3): pp.344-359.

El **bioderecho** es la respuesta del mundo del Derecho al surgimiento de la bioética. Es la rama del Derecho que tiene que ver con la aplicación de los avances científicos a los seres humanos.⁵ El derecho se presenta como un límite o sistema de gestión social ante el llamado “miedo bioético” ante los avances de la ciencia.⁶ Se recurre al Derecho para establecer los límites de riesgo permitido ante los asuntos que surgen en escenarios científicos y clínicos cuando se trata del fenómeno de la vida. El bioderecho atiende los asuntos bioéticos, o conflictos que surgen en el ámbito de las relaciones humanas como consecuencia de la incorporación de las nuevas tecnologías a las ciencias de la salud, al ambiente y a la ecología, desde la perspectiva del derecho.

En cambio, la **biojurídica** aborda el estudio de las cuestiones bioéticas desde la filosofía jurídica. Se interesa en justificar los principios jurídicos, en los que se apoyaría el bioderecho o la biolegislación. Está en manos de los filósofos del Derecho. Para Aparisi Millares, “a la biojurídica le corresponde--al igual que a la filosofía del derecho--reflexionar sobre las normas vigentes, a la luz del principio de la dignidad humana y de los derechos humanos. Otro reto de la biojurídica: incluir los derechos bioéticos en el contexto de los derechos humanos, garantizando al ser humano las condiciones para ejercer plenamente su identidad racional y la propia humanidad”.⁷

En países de la tradición jurídica civilista se habla de bioderecho, biojurídica, biojurisprudencia y biolegislación. En los Estados Unidos se utiliza *biolaw* o *bioethics law*. Refiriéndose a esa acepción general, un autor dice que *biolaw* es un neologismo que describe todas las ciencias del derecho relacionadas con las ciencias de la vida.⁸

El “puente” o la secante entre la bioética y el Derecho son los derechos humanos. La reflexión bioética aporta datos, reflexiones y metodologías útiles al bioderecho; mientras que, el derecho el respaldo que implica la coacción legal. Según Diego Gracia “el bioderecho sin la bioética es ciego, y la bioética sin el derecho resulta vacía.”⁹

⁵ Vila-Coro, M. *Introducción a la Biojurídica*. Madrid, Universidad Complutense, 1995.

⁶ D’Agostino, F., “Bioética y Derecho,” *Acta Bioethica*, año 8, núm. 2: pp.177-182

⁷ Aparisi Millares, A. Bioética Bioderecho y Biojurídica, 2008. En http://www2.uah.es/filder/bioetica_bioderecho_biojuridica.pdf (consultado 1/marzo/2013).

⁸ Chen, j., “Biolaw: Cracking the Code”, *Kansas Law Review*. 2008, vol. 56: p.1029.

⁹ Gracia, D., *Fundamentos de la Bioética*. Madrid, Triacastela, 2007: p. 576. Se refiere ese autor a que la bioética sin el concurso del derecho podría desarrollarse como una moral de máximos que pretenda imponer la moral personal a los

C. Adjudicación de controversias en Derecho

En los países de la tradición anglosajona en derecho se adjudican las controversias utilizando por lo general el modelo positivista. Aunque Puerto Rico es una jurisdicción mixta y el Art. 7 del Código Civil dispone para la aplicación de la equidad,¹⁰ el modelo positivista de adjudicación tiene gran arraigo. El mismo está basado en la norma escrita y el precedente judicial es el utilizado por excelencia en la adjudicación de controversias o casos jurídicos por los tribunales. Cuando surgen asuntos para los cuales no hay ley positiva, ni precedente, lo cual adquiere relevancia ante las controversias que se suscitan como resultado de los avances de la biotecnología, se hace necesario recurrir a un modelo de adjudicación basado en los principios, valores morales y los derechos humanos. A continuación se presentan varios modelos adjudicación jurídica y deliberación bioética, en ánimo de sugerir un modelo integrado para la deliberación adjudicativa de controversias en bioderecho.

II . Modelos de deliberación para la Adjudicación Jurídica

A. Ética, moral, derecho y adjudicación

La precisión de los términos ética, moral y su relación con el derecho, para fines de este escrito es pertinente. Ferrer define el término **ética** como “la disciplina que estudia la conducta humana desde el punto de vista de los valores y principios morales.”¹¹ Mientras que, **la moral** se refiere a “los códigos normativos—conjunto de principios y normas—que prescriben las conductas apropiadas en una cultura, pueblo, tradición religiosa o grupo profesional.”¹² En cambio, el **derecho** se ocupa de las conductas externas y alterativas que ponen al sujeto en relación con el otro, en el contexto del comportamiento de las personas en sociedad y como parte de un cuerpo político. El Derecho requiere de un Estado y de personas sujetos de derechos y deberes, y su fin último es la justicia.

demás. En cambio, el derecho sin el concurso de la bioética podría aceptar como legal conductas que atentan contra los principios fundamentales de cada sociedad.

¹⁰ “Cuando no haya ley aplicable al caso, el tribunal resolverá conforme a equidad, que quiere decir que se tendrá en cuenta la razón natural de acuerdo con los principios generales del derecho, y los usos y costumbres aceptados y establecidos.” 31 L.P.R.A. § 7.

¹¹ Ferrer, J.J., *Deber y Deliberación*. Mayaguez, UPR, CEPA, 2007: p.14

¹² *Ibidem*.

El ordenamiento jurídico está al menos en parte, al servicio del orden moral en cuanto codifica y protege los mínimos morales esenciales para la convivencia social, sin que ello signifique que el derecho quede reducido a dichos mínimos. Tampoco lo moral queda reducido a dichos mínimos.¹³ Esos valores mínimos son: dignidad, autonomía, respeto a la voluntad de conciencia, respeto a la igualdad fundamental de todos ante la ley. Las leyes positivas no deben transgredir las exigencias fundamentales de la moralidad.¹⁴ José Trías Monge explica que:

la moralidad es parte inextricable del derecho. Los juicios jurídicos entrañan necesariamente juicios éticos. Toda sentencia se basa en juicios valorativos. La contención de que el derecho se compone estrictamente de reglas y principios es insostenible. La construcción de una teoría pura del derecho en esta sociedad no parece prudente. Aun los nuevos positivistas analíticos como Hart reconocen el papel de los valores en la estructuración de las reglas y la formulación del derecho.¹⁵

Asímismo, Ronald Dworkin, postula que los derechos morales y naturales son previos al Estado. Los derechos humanos básicos no dependen de la cultura, sino que son verdades objetivas que emanan de la humanidad de cada ser humano. Por eso son consustanciales a la dignidad humana.¹⁶ Las constituciones nacionales justifican políticamente los derechos morales o humanos.

Dworkin rechaza la teoría positivista pura de interpretación jurídica, que establece una distinción rígida entre derecho y moral.¹⁷ Para los positivistas, entre ellos H.L. Hart¹⁸, la norma se aplica o no se aplica a la situación de hechos. El resultado cuando no aplica la norma, es recurrir a aplicar la discreción judicial. El modelo positivista utiliza la discreción judicial, para elegir entre diferentes cursos de acciones válidas cuando no exista respuesta jurídica precisa o donde existe más de una interpretación razonable. El juez en el modelo positivista no tiene otra salida que escoger prudentemente la opción que estime adecuada, entonces, en opinión de Dworkin, el juez crea una norma para el caso en concreto.

¹³ Véase, Ferrer, J.J., *Deber y Deliberación*, 2007: pp.27-28; Gracia, D., *Fundamentos de Bioética*, 2007: pp. 75-582.

¹⁴ Distíngase que la moralidad es universal en la especie humana. Así, una ley inmoral será aquella que atente contra los derechos fundamentales de las personas: dignidad, libertad, igualdad, justicia. Lo que son plurales son los códigos morales de las personas.

¹⁵ Trías Monge, J. *Teoría de la Adjudicación*, San Juan, Editorial UPR, 2000: 395-396.

¹⁶ Dworkin, R., *Justice for Hedgehogs*, Harvard U Press, 2011.

¹⁷ Dworkin, R., *Taking Rights Seriously*. Harvard U. Press, 1978, 5ta ed. 1987

¹⁸ Hart, H.L., *The Concept of Law*. Oxford U., 2nd ed, 1997.

Dworkin habla de un principio adjudicativo de integridad para la consideración de controversias jurídicas. Instruye a los jueces a que identifiquen derechos y deberes legales, hasta donde sea posible, sobre la suposición de que todos fueron creados por un mismo autor que expresa una correcta concepción de justicia y equidad. La integridad requiere que se interprete el orden jurídico vigente como expresión de un esquema coherente de principios de justicia, equidad y debido proceso en la relación adecuada. Los casos difíciles tienen una respuesta correcta. Que no haya normas específicas, no significa que no sean aplicables los principios de justicia y equidad¹⁹. El juez debe acoger la teoría que mejor justifique y explique el derecho histórico y el derecho vigente; aun en caso en que esté ausente la norma positiva.

Como para Dworkin es imposible separar el razonamiento jurídico del moral propone una teoría de adjudicación que da prioridad a los principios y directrices; mientras que la norma ocupa un lugar secundario. Las directrices (*policies*) se refieren a objetivos sociales a alcanzar y que se consideran beneficiosos socialmente. Los principios se refieren a la justicia como equidad.²⁰ Estos permiten al juez dar razones para decidir en un sentido determinado, e informan o sustentan las normas jurídicas, de manera que el juez puede desatender la literalidad de la norma cuando viola un principio específico que considera más importante. La relevancia de un principio sobre otro se establece en relación a la controversia o caso concreto objeto de la adjudicación. La teoría de adjudicación es la disciplina en que se observa más de cerca y en situaciones más concretas el choque entre los valores de distinto orden y se intenta su armonización.²¹

En bioderecho, es preciso adjudicar asuntos en que está en controversia el final o el inicio de la vida, o hasta donde se puede manipular la misma, lo que presenta dilemas morales en ocasiones insalvables. Ante la imposibilidad de encontrar consensos es preferible la vía judicial que la legislativa. Se trata de encontrar el curso legal y moralmente óptimo para resolver la controversia. Como dice Trías Monge, “no hay fórmulas simples y salvadoras, varitas mágicas para desvanecer o descifrar misterios y ofrecernos pródigamente en todo caso el significado de la ley.”²²

¹⁹ Dworkin, *Taking Rights Seriously*, 1978, 5ta ed.1987.

²⁰ Dworkin fue influenciado por los principios de liberalismo (libertad e igualdad) y por John Rawls en cuanto a la concepción de la justicia como equidad. Véase, Rawls, J., *A theory of Justice*, Harvard U. Press, 1971, rev. ed. 1999.

²¹ Trías Monge, J. *Teoría de la Adjudicación*, p. 11.

²² *Ibidem*, p. 4.

B. La aportación del modelo de ética médica

En la ética médica se ha desarrollado un paradigma, basado en el Informe Belmont, conocido como principialismo²³ para atender asuntos entre médico y paciente o sujeto de investigación. Se basa en cuatro principios o normas morales generales: respeto por la autonomía,²⁴ beneficencia,²⁵ no maleficencia y justicia.²⁶ Estos cuatro principios son normas morales generales de las que se derivan normas de conducta más específicas. Los principios se ponderan en función de las circunstancias concretas de cada caso para elegir el que emerja con mayor fuerza; pero esa ponderación no evita los conflictos entre los principios y normas concretas al aplicarlos a los casos particulares.

El principialismo jerarquizado, se refiere a que hay unos principios superiores: no maleficencia y justicia, en la medida en que obligan con independencia de opinión y voluntad de los implicados. Según Diego Gracia, la no maleficencia y la justicia se refieren a la ética del deber, a la ética de mínimos, de lo exigible a todos, son valores exigibles en la esfera pública, por lo que es lo que corresponde al derecho. Mientras que, los principios de autonomía y la beneficencia dependen del sistema de valores de la persona, de la ética de la felicidad, y son exigibles en la esfera privada.²⁷

Charles Foster²⁸ presenta un paradigma para atender situaciones en ética médica y bioética que postula que la dignidad humana es el único concepto útil, que sirve tanto para los casos difíciles como los fáciles; y cuando hay conflicto entre los principios y deberes. Entiende que hay situaciones en la ética médica en que las herramientas analíticas existentes como el principialismo

²³ Beauchamp y Childress, *Principles of Biomedical Ethics*. NY, Oxford U Press, 1978, 6ta ed. 2009.

²⁴ Se refiere a la capacidad de autodeterminación de la persona libre de influencias externas y de limitaciones que impidan una genuina decisión. En el caso de personas con autonomía disminuida (e.g., niños, incapacitados mentales) se justifica que otra persona decida.

²⁵ Se refiere a tomar la acción que represente el mejor interés de la persona. Los beneficios deben sobrepasar los riesgos o daños.

²⁶ Entendido como lo que es debido a las personas, lo que les pertenece o corresponde en la comunidad. Acciones que promuevan la distribución equitativa de bienes servicios y recursos.

²⁷ Gracia D. *Fundamentos de la Bioética*, 2007.

²⁸ Foster C. *Human Dignity in Bioethics and Law*. Oxford, Hart Pub., 2011.

no son suficientes. Propone darle a la dignidad un significado sustantivo y desarrolla un modelo que denomina “*transactional model of deployment*”, en el cual el asunto de análisis ético o legal no es el paciente, el médico, la comunidad, o cualquiera otro, sino una transacción que constituye un encuentro bioético, cuyo propósito es maximizar la dignidad de todos.²⁹ Este modelo basado en la dignidad, puede utilizarse tanto en los casos de bioética clínica como ante cualquier otro asunto bioético, no basado en la medicina, sino en la vida humana en general, la animal y ambiental.

C. El concepto de dignidad humana como base

La dignidad es un concepto abstracto, que hay que darle contenido. La Dignidad es la base de todos los derechos del ser humano en Declaraciones y Tratados Internacionales³⁰ y Constituciones.³¹ Entre las propiedades de la dignidad se reconocen las siguientes: consustancial a la naturaleza del género humano, intrínseca al ser humano, inviolabilidad, integridad física y moral, dignidad individual y de los demás, vida humanamente digna, autonomía, identidad personal, protección de datos personales, igualdad de los seres humanos ante la ley y ante los demás, y aplica después de la muerte.

Sulmasy identifica tres variantes en el uso de la palabra dignidad en el discurso moral; son ellas: valor intrínseco al ser humano, valor atribuido por otros y dignidad floreciente.³² La dignidad floreciente es un proceso que conlleva desarrollar la excelencia humana y que requiere el entendimiento previo de la condición de la dignidad intrínseca. El uso de la palabra dignidad como sinónimo de un valor que se le atribuye a una persona también presupone la cualidad intrínseca de la dignidad por el hecho de ser humano.

²⁹ *Ibidem*, p. 15.

³⁰ E.g. Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948 (preámbulo: dignidad e igualdad y derechos inalienables de la familia humana, Art. 1; 22, 23); Carta de Derechos fundamentales de la Unión Europea, 2000, Art. 1, y Tratado de Lisboa, Consejo de Europa, 2009; Convenio Europeo sobre Derechos Humanos y Biomedicina, 1997, Art. 1, Consejo de Europa (Oviedo) y protocolos adicionales; Organización de las Naciones Unidas, Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos, 2005, Preámbulo, Arts. 2(c), 2 (d), 3, 10, 11, 12; Naciones Unidas, Declaración Universal del Genoma, 1997, Arts. 1, 2, 10-12, 15, 21, 24.

³¹ E.g., Japón, 1946; Alemania 1949; Italia, 1948; Puerto Rico, 1952.

³² Sulmasy, D.P., “The varieties of human dignity: a logical and conceptual analysis”, *Med. Health Care and Philosophy*, DOI 10.1007/s11019-012-9400-1. publicado en línea 27 de marzo de 2012.

En el contexto bioético nos referimos a dignidad intrínseca cuando postulamos que el ser humano tiene la libertad de rechazar tratamiento médico e incluso escoger morir. En cambio, cuando un paciente está en su última etapa, atado a máquinas para extender su vida, decimos que eso “no es una muerte digna”. En esa acepción la usamos como sinónimo de valor atribuido por otros, ya que ver a una persona en ese estado no corresponde a la concepción del ser humano independiente y saludable. En cambio, hablamos de la dignidad floreciente cuando una persona en estado de muerte demuestra valor, coraje y permite que los familiares le den cierre a ese proceso, aun cuando está en dolor físico y sabe que la muerte es inevitable.

El concepto de dignidad ha sido parte del desarrollo del pensamiento de la humanidad. En el mundo antiguo, los estoicos postulaban que todos los hombres tenían dignidad por su racionalidad intrínseca.³³ En la tradición judeo- cristiana se entiende que el ser humano es hecho a la imagen de Dios, lo que le concede dignidad intrínseca. Pero no es hasta el renacimiento en que se le reconoce a la dignidad la propiedad de la autonomía, con Pico de la Mirandola, para quien “el hombre por ser humano se considera digno, su naturaleza es racional y el resultado es la autonomía para tomar decisiones.”³⁴

Para Kant, el ser humano es un fin en sí mismo. Su máxima “obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la de cualquier otro, siempre como un fin y nunca solo como un medio,”.³⁵ El ser humano, se considera como un fin en sí mismo y no tiene valor relativo como precio, sino un valor intrínseco, la dignidad. No está basado en el valor otorgado por otros, ni en la excelencia, sino en la humanidad en sí misma. Es el valor de las personas por el mero hecho de ser humanos, por su naturaleza. No es conferido o creado por decisiones humanas, sino que es primario y anterior a los atributos humanos.

Dworkin entiende que es la dignidad intrínseca del ser humano (*objective dignity*) lo que hace que los derechos humanos básicos sean universales.³⁶

³³ Abbagnano, N., *Diccionario de Filosofía*. Barcelona, Montaner y Simon, 1964: vol.1, pp.141-149

³⁴ On the Dignity of Man, 1486, citado en C. Foster, *Human Dignity in Bioethics and Law*, 2011: p.34.

³⁵ Kant, E., *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Barcelona, Editorial Ariel, 1996.

³⁶ Dworkin, R. *Justice for Hedgehogs*, 2011.

Foster, entiende que dignidad no es sólo una propiedad consustancial al ser humano, sino el proceso de florecer como ser humano (*objective human flourishing*).³⁷ Presenta un modelo práctico, o transaccional para la deliberación de casos en bioética y derecho. Propone que se busque en toda posible solución a un problema bioético, el curso de acción que optimice la dignidad en el mundo. Ello implica considerar al paciente, los familiares, el personal médico, la comunidad, y resolver el asunto teniendo como meta maximizar la dignidad, entendida como el más pleno desarrollo de lo humano en cada una de las personas involucradas. Respetar la dignidad del otro no es solo respetar su humanidad, sino también su propia dignidad y la de la especie.

D. La dignidad en Puerto Rico

En Puerto Rico, el reconocimiento a la dignidad del ser humano tiene prioridad en la Constitución,³⁸ y de la misma emanan otros derechos tales como la igualdad ante la ley, el derecho a la intimidad, la libertad de religión, el debido proceso.³⁹ De manera que, en un modelo adjudicativo de controversias en bioderecho, el principio fundamental para resolver los llamados casos difíciles es la dignidad. El concepto dignidad debe considerarse en toda la amplitud de sus propiedades y acepciones. Es éste el límite de riesgo entre lo que es permitido y lo que no es permitido. Si atenta contra la dignidad el ser humano no es permitido.

E. Un ejemplo de la aplicación del concepto de dignidad humana en la adjudicación

En *Lozada Tirado v. Tirado Flecha*, 177 DPR 893 (2010) se cuestiona la constitucionalidad de la Ley de Voluntades Anticipadas⁴⁰ por limitar su aplicabilidad a casos en que la persona posee una condición de salud terminal o estado vegetativo persistente. La controversia a dilucidar era si era válida una declaración previa de voluntad suscrita por una persona que, por sus creencias religiosas, decidió rechazar transfusiones de sangre en cualquier circunstancia y sin sujeción a

³⁷ Foster, op. cit.: 15.

³⁸ El texto constitucional lee: “La dignidad del ser humano es inviolable. Todos los hombres son iguales ante la ley. No podrá establecerse discrimen alguno por motivo de raza, color, sexo, nacimiento, origen o condición social, ni ideas políticas o religiosas. Tanto las leyes como el sistema de instrucción pública encarnarán estos principios de esencial igualdad humana.” Art. II, Sec. 1, Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

³⁹ “El propósito de esta sección es fijar claramente como base consustancial de todo lo que sigue el principio de dignidad del ser humano, y, como consecuencia de ésta, la igualdad esencial de todas las personas dentro de nuestro sistema constitucional.” *Diario de Sesiones de la Convención Constituyente de Puerto Rico*, San Juan Lexis-Nexis, edición conmemorativa, 2003: p. 256.

⁴⁰ Puerto Rico, Ley Núm. 160-2001.

condición de salud alguna aun cuando ello implicara peligro mortal para su vida. ¿Es ejecutable un documento de este tipo aun en circunstancias no contempladas específicamente por la ley? El Tribunal concluyó afirmativamente y declaró inconstitucional la disposición de ley que limitaba la declaración previa de voluntad a ciertas circunstancias.

El Tribunal Supremo reconoce el derecho del paciente adulto a rechazar tratamiento médico incluso necesario para salvar su vida, como parte de sus derechos: dignidad, intimidad, libertad de religión, e interés libertario del debido proceso de ley. Este derecho no está supeditado a las creencias morales o juicios subjetivos de otras personas sobre esa conducta⁴¹ o a prohibiciones impuestas por el Estado. Al referirse al derecho a la dignidad la opinión del Tribunal indica:

La Carta de Derechos de la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico consagra el principio cardinal de la inviolabilidad de la dignidad del ser humano. Art. II, Sec. 1, Const. E.L.A. A base de ello, reconoce como derechos fundamentales la intimidad y la protección contra ataques abusivos a la honra, la reputación y la vida privada o familiar. Art. II, Secs. 1 y 8, Const. E.L.A., Estos derechos tienen especial preeminencia en nuestro esquema constitucional. *Soc. de Gananciales v. Royal Bank de P.R.*, 145 D.P.R. 178, 201 (1998). A la luz de las referidas disposiciones constitucionales, hemos resuelto que el Estado tiene una función dual para proteger los derechos allí contenidos: abstenerse de actuar de manera tal que se viole el ámbito de autonomía e intimidad individual y actuar afirmativamente en beneficio del individuo. *Íd.*⁴²

La opinión de conformidad de la Juez Asociada Anabelle Rodríguez abunda en la dignidad de la persona.

[P]odemos aseverar que la dignidad humana tiene como fundamento la propia libertad y autonomía del individuo. Véase, G. Peces-Barba Martínez, *La Dignidad de la Persona desde la Filosofía del Derecho*, Dykinson, 2003, 2da ed., Madrid, págs. 68-69. Ésta “supone algo más que la mera garantía negativa de que la persona no va a ser objeto de ofensas o humillaciones, sino que supone también la afirmación del pleno desarrollo de la personalidad de cada individuo. El pleno desarrollo de la personalidad implica, a su vez, de un lado, el reconocimiento de la total *autodisponibilidad*, sin interferencias o impedimentos externos, de las posibilidades de actuación propias de cada hombre; de otro, la *autodeterminación* que surge de la libre proyección histórica de la razón humana,

⁴¹ “Es nuestro criterio que la evaluación del rechazo de un paciente a cierto tratamiento médico por razones religiosas o de conciencia, no debe basarse en un juicio subjetivo sobre dicha conducta, sino en el respeto a la dignidad humana y a la libertad individual y de culto de esa persona, la cual sólo podría verse limitada por un interés mayor del Estado.” *Lozada Tirado*, 177 DPR 893, a la p. 933. Esta cita es importante por cuanto especifica que la evaluación no puede estar supeditada a los juicios morales de otras personas o de grupos de interés que pretendan imponer sus creencias personales.

⁴² 177 DPR 893 (2012) a la p. 910.

antes que de una predeterminación dada por la naturaleza de una vez por todas.” (Bastardillas en original.) Galán Juárez, *Intimidación, Nuevas dimensiones de un viejo derecho*, Editorial universitaria Ramón Areces, Madrid, 2004, págs. 116-117. Es, a fin de cuentas, como nos recuerda el profesor Peces-Barba, “un proyecto que debe realizarse y conquistarse. Peces-Barba Martínez, *op. cit.*, pág. 68.

La dignidad humana es por lo tanto una empresa continua de autorrealización que se manifiesta en la autodeterminación consciente y responsable de la propia vida y que lleva consigo la pretensión al respeto por parte de los demás. En similar tenor se expresa el profesor Hiram Meléndez Juarbe al señalar:

[T]he most diverse authorities on the subject have recognized that human dignity is generally associated with the notion of *respect for the intrinsic worth of every person or, in a word, ‘personhood’*. Those who have tried to give precise content to this principle have identified, as an important corollary, the protection of *autonomous choice in the development of personal identity*. For one commentator human dignity entails that ‘a high priority should be accorded in political, social and legal arrangements to *individual choices* in such matters as belief, way of life, attitudes and the conduct of public affairs. (Bastardillas en original.) (Citas omitidas.) H. Meléndez Juarbe, *Privacy in Puerto Rico and the Madman’s Plight: Decisions*, 9 *Geo. J. Gender & L.* 1, 45 (2008).⁴³

F. Colón vda. Rivera vs. Romero Barceló: otro ejemplo

La dignidad del ser humano prevalece aun después de la muerte. En *Colón vda. Rivera vs. Romero Barceló*, 112 DPR 573 (1982), se presenta una acción en daños e *injunction*, para detener la publicación como parte de una campaña publicitaria de una fotografía del cadáver de un familiar asesinado durante un asalto. El Tribunal indicó que el uso de la foto en la campaña violó sus derechos constitucionales a la intimidad, personalidad, vida privada y familiar, y honor. En este caso el Tribunal Supremo de Puerto Rico no tenía un precedente para atender el asunto y en el caso anterior la ley estaba en conflicto con los derechos constitucionales.

III. Modelo Propuesto

Un modelo de adjudicación para atender asuntos en bioderecho que se enriquezca del modelo deliberación bioética⁴⁴ podría ser como sigue:

⁴³ Lozada Tirado vs Tirado Flecha, 177 DPR 893, 945-946.

- Precisar los hechos
- Identificar controversias jurídicas y fácticas
- Identificar las decisiones de los tribunales inferiores en el caso y fundamentos jurídicos de las mismas;
- Identificar los problemas éticos, valores, principios y noemas jurídicas en conflicto
- Consideración de cursos de acción extremos, intermedios; cuál es el valor principal amenazado?
- Selección del curso de acción óptimo y la justificación ética
- Identificar los principios constitucionales, disposiciones de ley y jurisprudencia que mejor aplique
- Decisión final y fundamentos legales

Procedo a explicar este modelo decisorio integrando aspectos propios de la deliberación en bioética que podrían ser útiles en el proceso decisorio en derecho cuando el juez se enfrente a decidir asuntos en bioderecho.

Hechos. La adjudicación de toda controversia en derecho requiere identificar los hechos pertinentes. ¿Qué, quién, cómo, dónde, con quién, cuándo, por qué? En asuntos de bioética médica el modelo de Jonsen, Siegler y Winsdale⁴⁵ aporta un esquema exhaustivo de investigación de los hechos. Este modelo podría ser útil en el análisis de los hechos que puedan ser pertinentes al proceso decisorio de un caso legal que presente asuntos de bioética clínica. El mismo organiza el análisis de los hechos según los aspectos médicos, las preferencias del paciente, la calidad de vida y los aspectos contextuales. Veamos los mismos.

Los aspectos médicos incluyen considerar el problema clínico, tipo de intervención, metas de tratamiento, evaluación de opciones, discusión ética de las mismas, beneficios y daños posibles.

⁴⁴ Este modelo de deliberación adjudicativa para casos en bioderecho, que se nutre de la deliberación bioética, lo he estado trabajando con la Dra. Marlén Oliver Vázquez, Directora Asociada del Instituto de Bioética y Catedrática de la Escuela de Salud Pública del Reciento de Ciencias Médicas. Versiones previas se presentaron en seminarios que hemos impartido conjuntamente en la Academia Judicial (2012) y la Facultad de Derecho, Universidad Interamericana, (curso de biojurídica, 2011; y seminarios en educación continuada, 2011 y 2012).

⁴⁵ Jonsen, A., Siegler M., y Winsdale, W., *Clinical Ethics*, McGraw-Hill, 5th ed. 2002.

En cuanto a las preferencias del paciente se analizan sus preferencias de tratamiento, sus valores e información con que cuenta para tomar una decisión, apreciación de riesgos y beneficios, y si prestó un consentimiento informado, o si hay directrices anticipadas, testamento vital o poder duradero.

El respeto por la autonomía de la persona es la base tanto en bioética como en derecho, cuando se trata de las preferencias del paciente. En derecho estos aspectos se examinan desde el interés libertario reconocido bajo la clausula del debido proceso a tomar decisiones informadas sobre el cuidado médico, incluyendo el rechazo a tratamiento, y el derecho a la intimidad en la toma de decisiones.

En el cuadrante de calidad de vida se analizan las características de vida de la persona antes y después del tratamiento médico pertinente. En esta parte, desde la óptica médica priman los principios de beneficiencia, no maleficiencia y autonomía. En derecho se considera el derecho a una vida y muerte digna, protegidos por los derechos constitucionales a la dignidad, intimidad, e interés libertario.

En cuanto al grupo de aspectos contextuales se consideran los asuntos familiares, religiosos, culturales, sociales e institucionales que pueden influir en la decisión; las implicaciones legales y financieras de determinado tratamiento o decisión; y posibilidades de éxito y restricciones del contexto. El principio de justicia distributiva (la salud entendida como un bien primario que debe distribuirse equitativamente, el acceso y distribución de los servicios de salud) es pertinente. La libertad religiosa se reconoce como un derecho fundamental desde la óptica del derecho.

Controversias. El segundo paso en el modelo es la identificación del asunto o controversias a resolver por el tribunal.

Decisión de tribunales inferiores. En casos a nivel apelativo el análisis de la decisión del tribunal inferior y su fundamentación jurídica es paso previo al proceso decisorio en el tribunal de apelación. Este debe formularse de forma precisa pues será objeto de análisis y deliberación en los pasos siguientes del modelo.

El proceso decisorio o la deliberación. Deliberar se define como “considerar atenta y detenidamente el pro y el contra de los motivos de una decisión, antes de adoptarla, y la razón o sinrazón de los votos antes de emitirlos.”⁴⁶ Diego Gracia indica que se delibera sobre lo que puede ser o hacerse de otra manera; no se busca consenso, sino enriquecer el análisis para tomar la decisión más prudente.⁴⁷ Trías Monge concluye su libro *Teoría de Adjudicación* indicando que “no habrá soluciones únicas y mágicas a los conflictos que el juez confronte; lo rondará siempre la intranquilidad sobre si lo que resuelva como juez es lo que mejor sirve a los valores de la vida buena y de una sociedad justa... pero esa intranquilidad de conciencia...es fuerza que lo obligará a la búsqueda incesante de una justicia objetiva hasta donde exista o esté a su alcance.”⁴⁸

La identificación de problemas éticos, valores, principios, normas jurídicas y derechos en conflicto debe ser paso previo a la deliberación sobre los cursos posibles de acción. La intención es armonizarlos dando prioridad al derecho más fundamental. La evaluación de asuntos éticos o de valores no puede estar supeditada a los juicios morales de otras personas o grupos de interés que pretendan imponer sus creencias personales, algunas de corte religioso. Véase a esos fines las expresiones del Tribunal en *Lozada Tirado vs. Tirado Flecha*, “es nuestro criterio que la evaluación del rechazo de un paciente a cierto tratamiento médico por razones religiosas o de conciencia, no debe basarse en un juicio subjetivo sobre dicha conducta, sino en el respeto a la dignidad humana y a la libertad individual y de culto de esa persona, la cual sólo podría verse limitada por un interés mayor del Estado.”⁴⁹

En el proceso decisorio es también necesario identificar y ponderar los posibles cursos de acción-- extremos, intermedios. En cada uno de los posibles cursos de acción determinar el valor principal amenazado; contrastar los principios y derechos involucrados, determinar si se infringe algún derecho; evaluar las consecuencias previsibles. Ese ejercicio de deliberación debe llevar a la selección del curso de acción óptimo, o el más prudente, dentro de la legalidad.

⁴⁶ Diccionario Real Academia, ed. 22.

⁴⁷ Gracia, D., *Fundamentos de la bioética*, 2007.

⁴⁸ Trías Monge, J., *Teoría de la Adjudicación*, 2001: p. 419.

⁴⁹ 177 DPR 893, 933.

Los principios constitucionales (teniendo presente que la dignidad es la base de los demás derechos constitucionales), las disposiciones de ley y jurisprudencia que mejor aplique a la decisión fundamentarán legalmente la decisión.

Conclusión

En asuntos de bioderecho, la vía judicial parece ser la más adecuada. Tratándose de asuntos muy personales para cada persona, en que no hay consenso social, la mejor forma de abordarlos es caso a caso. El modelo decisorio propuesto para casos en bioderecho reconoce como derecho más fundamental a la dignidad del ser humano. En términos de teoría de adjudicación han influido Dworkin, Foster y Trias Monge. En bioética, el principialismo jerarquizado es la mejor opción, pero hay casos en que se queda corto. Entre otros, cuando la persona no puede ejercer su autonomía, por limitaciones en su capacidad racional (e.g., niños, incapacitados mentales, desigualdad social) o situaciones que violan la dignidad de la persona después de su muerte. De ahí que el modelo de derecho basado en la dignidad floreciente sirve para esos casos. La bioética puede servirse de este modelo de argumentación jurídica cuando aborde conflicto entre los principios.

Bibliografía

- Abbagnano, N. (1964) *Diccionario de Filosofía*. Barcelona, Montaner y Simon, vol.1.
- Aparisi Millares, A. (2008) Bioética Bioderecho y Biojurídica, 2008. En http://www2.uah.es/filder/bioetica_bioderecho_biojuridica.pdf (consultado 1/03/2013).
- Beauchamp T. L. y Childress J. F. (1978, ed. 2009) *Principles of Biomedical Ethics*, New York, Oxford University Press.
- Cely Galindo, G., (2009) *Bioética Global*. Madrid, Siglo del hombre.
- D 'Agostino, F., "Bioética y Derecho," *Acta Bioethica*, año 8, núm. 2
- DPR. Decisiones del Tribunal Supremo de Puerto Rico.
- Dworkin, R., (2011). *Justice for Hedgehogs*, Harvard U Press.
- (1978, 5ta ed. 1987). *Taking Rights Seriously*. Harvard U. Press.
- Ferrer, J.J. (2007). *Deber y Deliberación*, Mayagüez. CEPA;
- Foster, C. (2011). *Human Dignity in Bioethics and Law*, Oxford, Hart Publishing.

Garrafa, Volnei (2007) *Revista Brasileira de Bioética* 3(3):344-359 *Epistemología de la Bioética- enfoque latinoamericano*.

Gracia, D. (2007) *Fundamentos de la bioética*, Madrid, Triacastela

Hart, H.L. (1997) *The Concept of Law*, Oxford University Press

Jonsen, A., Siegler M., y Winsdale, W., (5ta ed. 2002; rev 2010) *Clinical Ethics*, McGraw-Hill.

Kant E. (1996), *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Barcelona, Editorial Ariel

Sulmasy, D.P., "The varieties of human dignity: a logical and conceptual analysis", *Med. Health Care and Philosophy*, DOI 10.1007/s11019-012-9400-1. publicado en línea 27 de marzo de 2012.

Trías Monge, J. (200) *Teoría de la Adjudicación*, San Juan, Editorial UPR.

Vila-Coro, M. (1995). *Introducción a la Biojurídica*. Madrid, Universidad Complutense.

La bioética, la vulnerabilidad y la reforma al Código Civil Argentino

Miriam Magdalena Sanders Buletto

Abogado y Especialista en Elaboración de Normas Jurídicas. Directora por concurso de la Planta

Permanente de la Junta de Interpretación y Reglamento de la Legislatura,

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Profesora Titular de Filosofía del Derecho de la Universidad de Flores, Argentina

Correo electrónico: bruletto@hotmail.com

Introducción

En primer lugar hay que tener en cuenta que el respeto a los Derechos Humanos de las demás personas es un mandato constitucional y que quienes tienen mayor responsabilidad en este sentido son los servidores públicos gubernamentales encarnados en el juez y el legislador¹

En el tema que hemos escogido observamos “prima facie” que los principios y la letra de la ley presentan múltiples problemas al momento de fundamentar los **proyectos de ley que proponen reformar al CC Argentino**, en las argumentaciones jurídicas que intentan dar solución a los dilemas bioéticos. Ocasionando serios debates en derredor de la dignidad y los derechos humanos.

Así por ejemplo el de los embriones implicados frente a los respetables deseos de los futuros padres. Originando un enfrentamiento diario entre estos dos campos: el de la Bioética y el del Derecho. Cada uno en sí mismo muestra asuntos controvertidos. Pero a la vez también resultan complejas las cuestiones que se derivan de la intersección de ambas esferas.

Para analizar esta ardua y difícil situación realizaré una introducción a los **principios bioéticos**, tomando algunos institutos jurídicos clave a título ejemplificador, en donde, además de la libertad personal, los bienes jurídicos en juego adquieren una categoría de protegibles superior a ésta, para corroborar o no en los casos, si el respeto por las personas es superior a los bienes jurídicos con los que colisiona y las implicaciones bioéticas que suscitan. En términos bioéticos, se traduciría en la ecuación: **Respeto por las personas-dignidad vs. Autonomía.**

Teniendo presente en todo momento del análisis a la Vulnerabilidad, que defino como

la incapacidad de resistencia que se tiene cuando se presenta un fenómeno amenazante, y que es consecuencia de la fragilidad de todo ser humano, herido, enfermo, violado, asaltado, secuestrado, torturado, castigado, hostigado, maltratado, etc. y que paralelamente lo coloca ante la amenaza o posibilidad de sufrir daño físico, emocional o moral causado por una situación de maldad, injusticia, desprecio, discriminación o cualquier otra forma de daño

lo cual es “de especial interés hoy en día para la Bioética sobre todo cuando bajo la perspectiva antropológica y social se detecta como una agresión a la vida, a la salud, al valor y dignidad de la persona humana, centro y esencia de la misma”.¹ Ello no es ni más ni menos que la defensa de los Derechos Humanos, la Justicia Social y de los valores humanos fundamentales.

Desarrollo

a.-Generalidades

Nuestro derecho positivo, al ser elaborado por el legislador reconoce vertientes sociales que reclaman la ley y al mismo tiempo se compeadece con la participación de los principios bioéticos que asumen la modalidad especial de tópicos jurídicos, como señala Eduardo Luis Tinant, "a la hora en que se torna indispensable brindar tutela jurisdiccional oportuna y eficaz a determinadas situaciones humanas límites". Lo cual se verifica en nuestra jurisprudencia, donde se observa que tales tópicos distan de ser meros lugares retóricos destinados a generar la ilusión de una justificación racional de conductas.²

1 <http://hoy.uls.edu.mx/?p=28083> En Bioética de la vulnerabilidad “Aspectos Antropológicos y Sociales” por Manuel Alarcon Vazquez, director de la Academia Mexicana de Bioética. Ejemplos de todo tipo de Vulnerabilidad saltan a la vista de todos nosotros hoy en día con el peligro de hacernos insensibles, basta leer la prensa, ver la televisión, revistas y comentarios al respecto.

² Tinant, Eduardo Luis: Antología para una bioética jurídica, cap. II, Los principios bioéticos como tópicos jurídica, págs. 11 a 16, ed. La Ley, Buenos Aires, 2004. Como agrega el autor, ello guarda alguna analogía con la cuestión de los principios generales del derecho que, ya se los considere presupuestos lógicos de la norma legislativa o principios superiores de justicia radicados fuera del derecho positivo y a los cuales éste trata de darles encarnación en una circunstancia histórica concreta determinada, actuando como criterios valorativos fundantes devienen normas positivas, y no por eso pierden su carácter primigenio ni resulta posible en ciertas ocasiones la aplicación simultánea de los mismos. Sobre esto, ver también J.J.LLAMBIAS, "Código Civil anotado", art. 16, I-41, Abeledo-Perrot; María Teresa LOPEZ, "Los principios generales del Derecho", Rev. Notarial, nº 853, pp. 1901/1933, La Plata, 1980.

Por otro lado, desde “la bioética en el derecho como el discurso preparatorio de acciones que requieren la solución jurídica de problemas bioéticos, los principios bioéticos operan cual tópicos jurídicos, es decir como lugares que proveen argumentos para la discusión dialéctica en el ámbito forense”.³

Apareciendo la Bioética doctrinaria⁴ como un segmento salvador al no contar con normas apropiadas y con una sistematización de las mismas (véase que la reforma sólo introduce un capítulo de problemáticas bioéticas y remite a las legislaciones específicas).

Como señala Roberto Andorno,⁵ la internacionalización de los principios y las normas de la bioética se lleva a cabo por medio de acuerdos graduales sobre principios generales, evitando normas demasiado específicas que harían difícil el consenso. Por ejemplo: la actividad que desarrolla la UNESCO y que testimonian sus Declaraciones, Recomendaciones y Directivas internacionales, tendientes a proteger al ser humano “en su humanidad”, y en los que la idea de dignidad humana, es decir, del valor inherente de todo individuo y de la humanidad en su conjunto, comienza a revelarse como verdadero paradigma o noción-clave de tales acuerdos mínimos.^{6,7}

En el tema que hemos escogido, la bioética en la reforma al CC, realizaré un tratamiento desde esta humanidad, haciendo hincapié en la figura del embrión, por razones de espacio y porque desde allí se pueden deducir las interpretaciones para con los otros institutos bioéticos, teniendo

³ Tinant, Eduardo Luis en “Bioética jurídica, dignidad de la persona y derechos humanos”. Ed. Dunken, Bs As, 2ª. Ed., 2010

⁴ Expresa el intento de la bioética por organizarse sistemáticamente mediante una reflexión coherente y estructurada, con principios propios, y no como una simple casuística de problemas morales. De tal forma, con objetivo práctico y fundamento racional, la argumentación que nutre el discurso bioético (de la comunidad científica y bioética) se dirige a un auditorio general: la sociedad (vida social), y a un auditorio particular: los actores del derecho y la política (vida jurídico-política). Pero, también se dirige a la propia comunidad científica y bioética, sobre todo la que no participa del paradigma ético-tecnocientífico asumido o de la verdad defendida (vida académica). En cualquier caso, procura persuadir y convencer: con mayores chances, si la premisa planteada tiene mayor probabilidad de ser universalizada por el auditorio, tan vasto como heterogéneo; y de modo creciente, si responde al interés de los participantes en dicho discurso, y si las normas de acción propuestas son aceptables para todos los miembros del auditorio.

⁵ “Hacia un derecho internacional de la bioética”, 2001, www.reei.org

⁶ Tinant, op. Cit, con quien concuerdo. Ello evidencia que se avanza hacia un derecho internacional de la bioética, cuyas incipientes normas se ubican claramente dentro del marco de los derechos humanos, esto es, dentro de la idea de que todo ser humano posee derechos inalienables e imprescriptibles, que son independientes de sus características físicas, de su edad, sexo, raza, condición social o religiosa.

⁷ Citado por Tinant, Eduardo Luis en “Bioética jurídica, dignidad de la persona y derechos humanos”. Ed. Dunken, Bs As, 2ª. Ed., 2010.

en cuenta que “la Vulnerabilidad y Fragilidad, común a toda la humanidad nos obliga a hablar por quienes no pueden hablar y poner de nuestra parte todo lo que podamos hacer en favor del más débil y necesitado”.⁸

b.- Principio de autonomía y de beneficencia

En cuanto a los principios bioéticos, me limito a recordar que el enfoque principialista en bioética fue llevado a cabo por Beauchamp y Childress en 1979 y que se origina con el “Informe Belmont” (1978), elaborado por la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biological and Behavioral Research (EE.UU.).^{9,10}

En lo que respecta al principio de autonomía, Faden-Beauchamp sostienen que las acciones son autónomas cuando cumplen tres condiciones: intencionalidad, conocimiento y ausencia de control¹¹.

Además de estas condiciones, considero que autores, como Gerald **Dworkin**, tienen razón cuando afirman que las citadas exigencias son necesarias, pero no suficientes. Junto a ellas se precisa de una cuarta, “la **autenticidad**”. **Un acto es auténtico, cuando es coherente con el sistema de**

⁸ <http://hoy.uls.edu.mx/?p=28083> En Bioética de la vulnerabilidad “Aspectos Antropológicos y Sociales” por Manuel Alarcon Vazquez, director de la Academia Mexicana de Bioética

⁹ Organismo cuya creación respondió al debate suscitado por la experimentación biomédica en seres humanos, tema al cual atendió su despacho. Se establecieron allí los clásicos principios de “respeto por las personas”, de “beneficencia” y de “justicia

¹⁰ Debido a las características del presente solo abordaremos el principio de beneficencia y el de autonomía. Indicando aquí por única vez el contenido de los restantes. Principio de *No-maleficencia*: obliga a no dañar al paciente, respetando su integridad psicofísica. Beauchamp y Childress lo distinguieron del anterior, señalando que todos nos consideramos más obligados a no hacer el mal a otros que a hacerles el bien. Principio de *Justicia*: hace a la actuación de la justicia en materia de atención a la salud y, en particular, en las intervenciones biomédicas, primando la justicia *distributiva* en materia social, principalmente en cuanto a la asignación de recursos sanitarios (se habla aquí de “justicia sanitaria”) y a la competencia entre los distintos reclamos que es necesario atender, evitándose todo proceder discriminatorio

¹¹ «Para comprobar en qué pueden consistir estas acciones, es preciso que analicemos por separado las tres condiciones que han de cumplir:

La primera es la intencionalidad. Una acción puede afirmarse que goza de intencionalidad cuando es querida de acuerdo a un plan.

La segunda condición es el conocimiento. Si el agente no entiende la acción no puede ser autónoma.

La tercera condición es la ausencia de control externo»¹¹. Este control puede tener diferentes grados, los más importantes son “la coerción”, “la manipulación” y la “persuasión”.

valores y las actitudes generales ante la vida que una persona ha asumido reflexiva y conscientemente¹². Lo cual se traslada a los sistemas de valores de una sociedad sin gran esfuerzo.

En los dos términos de la relación jurídica solo una de las partes ha asumido una actitud reflexiva y consciente: los padres, la otra: el embrión, no.

Y he aquí uno de los principales ejes problemáticos del tema, ya que una de las personas no puede escucharse, ¿Porque se escucha la voz de unos y no la de otros? ¿Poseen diferente nivel de importancia y consideración como tales?

El principio de beneficencia, por su lado, es aquel que intenta hacer el bien o ayudar a los demás en sus necesidades, siempre que ellos voluntariamente lo pidan o lo acepten.

Por tanto, en las personas adultas y responsables este principio nunca permite hacer el bien o ayudar sin el “consentimiento informado” del paciente.^{13,14}

En este punto se reitera la dualidad de la relación: el consentimiento es de dos, pero en el caso que estamos viendo solo se atiende a uno de los términos. Es importante diferenciar claramente el principio de no maleficencia del principio de beneficencia. El primero nos obliga a todos de modo primario, y por tanto es anterior a cualquier tipo de información o consentimiento. “El principio de no maleficencia no tiene nada que ver con el consentimiento informado, en tanto que el de beneficencia sí. Nunca es lícito hacer el mal, pero a veces no es lícito hacer el bien. En cualquier caso, ambos principios pueden reunirse en uno sólo, que mande no hacer el mal a nadie y promover el bien¹⁵.

¹² DWORKIN, Gerald, *Autonomy and Behavior Control*, Hastings Center Report, 6, febrero 1976 citado por GRACIA, D.; *op. cit.*, p. 186.

¹³ GRACIA, D.; *op. cit.*, m, p. 99.

¹⁴ V. GALAN CORTES, Julio; *El consentimiento informado del usuario de servicios sanitarios*, Madrid, Colex, 1997, p. 162. Quien expresa El consentimiento informado ha sido caracterizado como «...un proceso gradual y verbal en el seno de la relación médico paciente, en virtud del cual el paciente acepta, o no, someterse a un procedimiento diagnóstico o terapéutico, después de que el médico le haya informado en calidad y en cantidad suficiente sobre la naturaleza, los riesgos y beneficios que el mismo conlleva, así como sus posibles alternativas...

¹⁵ GRACIA, D.; *op. cit.*, p. 187.

A quién se hace el bien y a quién el mal con las técnicas de reproducción asistida es la gran pregunta: *¿Qué sucede cuando tenemos una relación triangular: madre gestante-madre contratante-embrión?*

Los embriones que no se utilizarán, los que se descartarán, los malformados que también se descartarán y la relación con un vientre ajeno que también se romperá luego de anidar una vida. ¿Dónde se para la beneficencia y la no maleficencia? Es para reflexionar desde distintos ángulos en esta reforma que pretende aparecer en este campo como prometedora.¹⁶

En todo lo expresado hasta aquí es claro que en todo momento está presente la **dignidad** de la persona, que al decir de Beuchot, "da al ser humano el derecho fundamental de realizar su finalidad, su destino. Es el derecho de alcanzar su propia esencia".¹⁷

Pero en el campo de la fertilización asistida, el bien jurídico dignidad y su respeto entra en conflicto con los principios bioéticos y jurídicos, debatiéndose entre los campos de la bioética y el bioderecho. Así:

1.- A La dignidad, se hace referencia recurrente en los campos señalados por diversas normas. Ello se explica en primer lugar porque las actividades biomédicas están en relación directa con las

¹⁶ Los principios bioéticos resultan comunes -aunque con su impronta propia- al derecho argentino. En efecto, "el de beneficencia se relaciona, básicamente, con la promoción del "bienestar general" (Preámbulo de la Constitución Nacional) en materia de salud y con el derecho a la preservación de la salud -contemplado por diversas normas, de fuente originariamente nacional (v.gr., Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 12)-, así como también con la protección del usuario de los servicios de salud (art. 42, Constitución Nacional); el de autonomía, con la protección de la dignidad humana, el respeto a la libertad, a la intimidad y a la privacidad, y la salvaguarda de las conductas autorreferentes de disposición del propio cuerpo (exclusivas del sujeto que las adopta, libradas a su criterio y referidas sólo a él -por lo cual no vulneran al principio de no maleficencia, ya que no perjudican o **no debieran perjudicar** a terceros-, comprendidas en la cláusula del art. 19 de la Constitución Nacional), como el rechazo a un tratamiento médico",¹⁶ temperamento reiteradamente admitido por nuestra jurisprudencia (v.gr., ya a una amputación,¹⁶ ya a transfusiones de sangre);¹⁶ el de no-maleficencia, de una forma u otra, late en numerosas normas jurídicas (por ejemplo el artículo 1.109, párr. 1ro del Código. Civil, en cuanto programa el resarcimiento de cualquier daño causado), y el de justicia, sin entrar en detalles, es propiamente jurídico.

¹⁷ Alcanzar su propia esencia significa que el ser humano tiene derecho a perfeccionar su propio ser en los órdenes que lo constituyen: intelectual: estudiar, reflexionar, observar, analizar ... ; volitivo: elegir el bien que sea mejor para él; corporal: desarrollar habilidades manuales, etc El concepto de persona en la filosofía de Mauricio Beuchot, en Estudio de filosofía, historia y letras Author Aguayo; <http://es.scribd.com/doc/54966694>

prerrogativas fundamentales de la persona humana, tales como el derecho a la vida, a la salud y a la integridad física y psíquica. Es lógico, entonces, que “el principio de dignidad humana, que es la fuente de la que emergen todos los derechos, se invoque como una justificación última de toda regulación normativa”¹⁸ en la materia. Y al constituir el hombre el epicentro normativo, sucede lo mismo en el bioderecho.

2.- No obstante, la noción de dignidad referida se altera **frente a determinados** desarrollos biotecnológicos, tales como la clonación reproductiva o el alquiler de vientres, entre otros. Ahora bien: Quien no existe, quien ni siquiera ha sido concebido, no tiene, por definición, ningún derecho. Por ello muchos dicen que “las técnicas mencionadas amenazan con afectar, no a individuos, sino a **la identidad e integridad de la especie humana como tal, incluyendo a las generaciones futuras y que hay que prevenir del abuso de los poderes biotecnológicos**”¹⁹ Como puede advertirse, “la noción de dignidad humana admite dos acepciones: una, referida al valor intrínseco de cada individuo (dignidad en sentido estricto), y otra, que se aplica al valor de la humanidad como tal (dignidad en sentido amplio) (Birnbacher, pp. 114-115).”²⁰ Esta segunda noción de dignidad, que es una versión derivada de la primera, se apoya en la idea de que, si cada ser humano posee un valor intrínseco, es razonable sostener que el género al cual todos pertenecen (la humanidad) también posee un valor inherente y en consecuencia merece ser protegida.²¹ ¿Las técnicas amenazan al embrión?

¹⁸ Andorno, Roberto “El principio de dignidad humana en el bioderecho internacional”, en: <http://enciclopediadebioetica.com/index.php/todas-las-voces/184-el-principio-de-dignidad-humana-en-el-bioderecho-internacional>

¹⁹Andorno, Roberto, op. cit. Por este motivo, los instrumentos internacionales de bioética acuden a la noción de dignidad humana con la esperanza de que ésta pueda proveer un último argumento para prevenir un abuso de los poderes biotecnológicos desmesurados que el ser humano está adquiriendo sobre la propia especie.

²⁰ BIRNBACHER, Dieter, “Ambiguities in the concept of Menschenwürde”, en: BAYERTZ, Kurt (coord.), *Sanctity of Life and Human Dignity*, Dordrecht, Kluwer, 1996, pp. 107-121.

²¹ Op. Cit. Esta suerte de dignidad colectiva exige, por un lado, la preservación de un medio ambiente sostenible para quienes nos sucedan (tarea que incumbe a la ética y al derecho del medio ambiente) y, por otro lado, la protección de la integridad e identidad del género humano (tarea de la bioética y del bioderecho). En este sentido, es interesante recordar que las dos únicas normas de la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos de 1997 que califican prácticas concretas como “contrarias a la dignidad humana” emplean la noción de dignidad humana en este sentido amplio. Se trata de los artículos 11 y 24, que condenan, respectivamente, la clonación de seres humanos con fines de reproducción, y las intervenciones en la línea germinal humana.

La **doctrina** es ambivalente al considerar el tema de la RHA. Algunos sostienen que la vida es inviolable, sagrada y que todo procedimiento antinatural de procreación debe evitarse, los más extremistas van más allá condenándolo por su ilicitud

Otro sector, sostiene que las técnicas, como “la transferencia intratubárica de gametos y la de ovocitos a la trompa de Falopio, en donde sólo se ayuda al espermatozoide a llegar hasta al óvulo”²², no involucran cuestiones éticas.

En definitiva, el núcleo del debate ético está dado por el **estatuto del embrión**, es decir, si es o no humano, a partir de qué momento se es persona. Para algunos desde el momento de la fecundación con su potencialidad de ser hombre. Por tanto, recibe la dignidad humana y es persona. Para otros no. El código civil argentino reconoce a la vida humana desde el momento de la concepción, sin distinciones.

El debate sigue aún en pie. Al cual se suman otras temáticas como la maternidad por sustitución, la fecundación e implantación post mortem. Con todas las implicancias de estos procedimientos

Al tratar de definir la licitud o ilicitud de los medios de reproducción asistida algunos califican de moralmente lícita la inseminación artificial homóloga. El fundamento del que se parte es el siguiente: se entiende el acto conyugal en una doble vertiente, como acto de la persona y como acto de la naturaleza.²³

Para ir culminando este acápite creo con Francisco León Correas que “La base principal es una ética dialógica en la que todos somos "interlocutores válidos", que permite asentar las reglas éticas de los debates valóricos en nuestra sociedad democrática. No queremos seguir con un modelo paternalista de atención de salud, y debemos profundizar desde el diálogo y también desde las aportaciones del comunitarismo y el personalismo en los aspectos sociales que fundamentan la ética pública. Pensamos que no basta con algunas propuestas superficiales de teorías de liberación o de intervención, que abandonan el ámbito académico para entrar en el político.

²² Marsich, Humberto Mauro: Curso de Bioética impartido en el IMDOSOC, en el varano del 2003.

²³ Marsich, op. cit. “Si el acto conyugal, sostiene el Dr. Marsich, es un verdadero acto de la persona, pero hay una falla en la naturaleza que impide que todo se desarrolle como debe ser, ¿por qué no ayudar a la naturaleza a funcionar perfectamente ? “

La fundamentación de una ética neokantiana, deontológica, centrada en los deberes, es la base apropiada para los principios de no maleficencia y de justicia. El principio de autonomía puede sustentarse en dos visiones complementarias, la aportada por la ética dialógica y la aportada por el comunitarismo: somos "interlocutores válidos" de los demás, de todos los demás hombres racionales, pero insertos en una comunidad social y cultural, con valores propios. En cuanto a la beneficencia y solidaridad, la fundamentación más completa puede venir desde el personalismo, y de su primer principio de la "afirmación de la persona por sí misma".²⁴

Cultivando una conciencia social que despierte en nosotros la obligación moral de oponernos a todo aquello que está en contra de la dignidad, la autonomía, la integridad moral y física de las personas, de su vida y de su salud. Para dar justa protección a todo tipo de vulnerabilidad, desde los notables de la Reforma, hasta los peligros de insensibilidad con que nos enfrenta a diario nuestra sociedad a través de la prensa, la TV y las revistas, entre otros.

c.- Qué sucede con la Reforma del C.C.

Del anteproyecto del Código Civil y Comercial²⁵ en Argentina, se pueden extraer las siguientes consideraciones:

1.- Al tratar sobre la **Técnica a utilizarse en los tratamientos de reproducción humana asistida**, omite la información y se delega en el criterio médico "en cada caso particular" la cantidad de ovocitos a inseminar y de embriones a transferir.

- a. Algunos proyectos establecen un plazo máximo de 10 años para la conservación de embriones y gametos, otros estipulan la obligación de "descartarlos" luego de 10 años si no han sido reclamados.
- b. Se admite la "donación" de gametos y embriones por la decisión de las personas destinatarias de las técnicas (Storani, Majdalani e Ibarra) y ello se instrumenta mediante la suscripción de un contrato con el centro médico asistencial dedicado a la Técnica de Reproducción Humana Asistida. Se estipula la revocación de ella, a solo requerimiento del donante, siempre que la muestra de gametos y embriones congelados esté disponible. Hay aspectos que quedan al margen de la regulación, y que dejan al embrión en una

²⁴ http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872008000800018&script=sci_arttext Francisco León Correas "De los principios de la bioética clínica a una bioética social para Chile" en Revista Médica de Chile, Scielo.

²⁵ Se analiza todo el paquete de proyectos, entre ellos el Expte. 6054-D-2011), el Expte. 31-D-2012), el Expte. 904-D-2012) y el Expte. 1383-D-2012. Tomando sólo algunos temas en razón de la extensión.

situación de vulnerabilidad. En el caso de la donación, por ejemplo: ¿qué procedimiento debería seguirse si no existiese unanimidad en la decisión de donar embriones? O ¿y si no hay acuerdo en la voluntad de revocar la misma?

- c. Relativo a los actos de “donación y transferencia” de embriones y gametos, se dispone la aplicación de un protocolo específico que prevea procedimientos seguros para la recolección y manipulación. Asimismo, frente al incumplimiento de las obligaciones que los proyectos establecen, sólo se advierten sanciones administrativas. **Estimo que la regulación resulta insuficiente ya que, tratándose de vida humana, su protección (integridad y vida), debería darse también en el ámbito del derecho penal.**
- d. Coincidentemente con Milagros Berti García, Bernardita Berti García y Fernando Nasazi estimo que "La falta de reconocimiento de la personalidad de los embriones tiene graves consecuencias. Así, entre la ya mencionada vulnerabilidad a la vida e integridad, podemos agregar su cosificación. Precisamente en los proyectos, se atribuyen sobre los embriones criopreservados derechos que parecerían ser “de propiedad” y que son transmisibles - recordando la donación a las personas destinatarias de las técnicas"²⁶.
- e. **Los embriones sobrantes.** Uno de los graves problemas de ésta técnica es la acumulación de miles de embriones sobrantes y su destino, que generalmente son: la crioconservación (para ser utilizados posteriormente en los mismos padres, o ser donados, en ocasiones sin el conocimiento de los padres donantes ni de los receptores o simplemente ser destruidos)²⁷, la destrucción o la investigación genética (abasteciendo de este modo material biológico a los laboratorios) La crioconservación no respeta la dignidad y trata a las personas como elementos de laboratorio poniendo el acento en la utilidad para

²⁶ Milagros Berti García, Bernardita Berti García y Fernando Nasazi en Centro de Bioética: “Embriones no implantados: Proyecto de CC y Proyectos de Fecundación Artificial” En: <http://centrodebioetica.org/2012/05/embriones-no-implantados-proyecto-de-codigo-civil-y-proyectos-de-fecundacion-artificial/>

²⁷ Fernandez Guajardo, Jose Luis: La reproducción asistida: Valoración tecnocientífica y consideraciones éticas. Seminario de Monterrey. Instituto de Filosofía. En: <http://monografias.com/trabajos23/reproduccionasistida/html> Las legislaciones de algunos países, como las de Inglaterra y España, sólo permiten la crioconservación de embriones hasta por cinco años. Muchos de ellos ya han pasado este tiempo y esto plantea la situación de un alargamiento del periodo permitido. Evidentemente esa no es la solución En España, por ejemplo, los embriones que pasen más de dos años crioconservados, pasan a ser propiedad del laboratorio.

proceder a su descongelación o no. En ese proceso se dañan y tienen que ser desechados o mueren.

Algunos países obligan al médico a implantar todos los embriones obtenidos en el útero de la madre. Lo cual es reprochable también porque pone en riesgo la salud de la madre y a los embriones en un probable embarazo múltiple.

Con respecto a la **fecundación post mortem**, en primer lugar debe diferenciarse el momento de la extracción del semen, prohibiendo que pueda realizarse con semen previamente congelado, o con semen extraído post-mortem. Distinto es el caso de la implantación post mortem, donde ya tenemos un embrión, que se concibió en vida de ambos progenitores. Debido a la extensión del trabajo e importancia del tema para ser tratado en exclusividad no me detengo aquí, dejando sentado que ocasiona conflictos hereditarios, entre otros.

En el caso del **alquiler de vientres**, aparece como aminoradora de efectos la terminología de “gestación por sustitución” en el artículo 562 del Proyecto de Reforma.

Algunas de las críticas que merece son:

Con referencia a la entrega inmediata del niño, si comparamos al proyecto con las normas de adopción de un bebé recién nacido, en este caso hay que esperar un plazo mínimo de 45 días desde el nacimiento (art. 607). Lo cual es un trato discriminatorio para dos seres iguales y que por lo tanto merecen un igual trato desde la ley, conforme a nuestros principios constitucionales, base de nuestro ordenamiento jurídico.

En cuanto, a la representación del niño por nacer durante el tiempo del embarazo (art. 101 inciso a) no está contemplada a cuál de las dos madres le corresponde.

No contempla que sucede si fallecen los padres que encargaron al niño, si se divorcian o si el parto es múltiple, ya que el contrato de sustitución habla sólo de condiciones de salud del hijo. En la rama del derecho laboral quien goza de la licencia por maternidad y otras cuestiones como la indemnización por despido de la mujer embarazada, tampoco lo regula.

En ningún momento se prohíbe que el “centro de salud” cobre. Al mismo tiempo, en los fundamentos se habla de compensación y no de retribución económica respecto de la gestante. En definitiva hay un pago, no prohibiéndose que la compensación se reciba luego de la homologación del acuerdo judicial²⁸ Y “si la gestante no cobrara, se consumiría una nueva forma de explotación de su cuerpo, en este caso apropiándose los profesionales de manera inescrupulosa de su vientre”²⁹. No obstante, algunos de los proyectos presentados admiten incentivos económicos por las “molestias físicas y gastos que puedan derivar de la donación. En este último caso, la donación de embriones y gametos aparece como una actividad lucrativa, alejada de “la originalidad y el respeto debido a la transmisión de la vida humana”³⁰.

Continuando con la donación, se omite regular sobre los “donatarios” de los gametos y embriones no implantados. Para Fernando Nasazi, Milagros y Bernardita Berti Garcia “Ello permitiría que la misma tuviera diversos fines: entre ellos de ser el Centro Médico el destinatario podría utilizarlos para investigación, o donación- en la que se vería económicamente beneficiado, pues se constituiría en un banco de embriones y gametos-, o tráfico exterior”³¹.

En síntesis: La mujer gestante es un simple envase que debe limitarse a dar un niño, que es tratado como una cosa que se compra y vende.

²⁸ .En medios periodísticos nacionales, se había informado un precio en el exterior que oscilaba entre u\$s 90.000 en Miami y u\$s 130.000 en California (La Nación , “Crece el interés por el alquiler de vientre”, 20 de agosto de 2011).

²⁹ “Gestación por sustitución, alquiler de vientres o explotación del cuerpo femenino” en Centro de Bioética. <http://centrodebioetica.org/2012.04/gestación-por-sustitucion-alquiler-de-vientres-o-explotacion>

³⁰ Aciprensa /Instrucción sobre el respeto de la vida naciente y la dignidad de la procreación en: <http://www.aciprensa.com/vida/fecundacion/naciente.htm>

³¹ Centro de Bioética. Embriones no implantados... op cit En: <http://centrodebioetica.org/2012/05/embriones-no-implantados-proyecto-de-codigo-civil-y-proyectos-de-fecundacion-artificial/>

La Dignidad humana se altera con la figura del alquiler de vientre al considerar al ser humano como si fuera una cosa comercializable. Independientemente de su cobro o no por la gestante, ya que la clínica percibe altas sumas por este contrato que se extiende durante al menos 10 meses

El Derecho a la identidad se perturba al quedar el niño privado de uno de los vínculos fundamentales de su identidad, la madre que lo gestó y dio a luz.³² **Violentándose el derecho a conocer a sus padres. Es la negación al niño de conocer su propia historia, de hacerse acreedor de la misma. En concordancia con normas constitucionales nacionales e internacionales.**³³

Por otro lado, en Argentina tenemos una larga trayectoria sobre supresión de identidad lo cual motivó que tanto desde el estado nacional como desde el ámbito internacional se dictaran normas

³² "Los sujetos obligados a respetar este derecho personalísimo de todo ser humano a conocer su identidad de origen (su verdad biológica) es la comunidad en su conjunto, que debe velar por su efectiva vigencia y el Estado, cuyos funcionarios deben tener al respecto conductas positivas. La madre, al ser la representante necesaria del menor incapaz, está emplazada de modo tal que su conducta es decisiva para que el niño no reconocido por su padre pueda ejercer su derecho a conocer su verdadera historia, como hemos sostenido en otras ocasiones (20). En consecuencia, existe obligación legal de la madre del hijo no reconocido de informar el nombre del padre e impulsar su reconocimiento forzoso. A los efectos de conciliar el derecho de la madre a no afrontar situaciones quizás dolorosas para ella, cuando existan razones justificadas como podrían ser una violación, o circunstancias similares, podría legitimarse procesalmente al niño a requerir un tutor especial ad-litem, sin perjuicio de la intervención del Ministerio Pupilar."

³³ En la Constitución de la Provincia de Buenos Aires (art.11), consagra el derecho de *todas las personas en la Provincia, a conocer la identidad de origen*. También la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires (Art.12) garantiza *el derecho a la identidad de las personas; asegura su identificación en forma inmediata a su nacimiento, con los métodos científicos y administrativos más eficientes y seguros*, aclarando que *en ningún caso la indocumentación de la madre es obstáculo para que se identifique al recién nacido*. Y especialmente dispone que *debe facilitarse la búsqueda e identificación de aquellos a quienes les hubiera sido suprimida o alterada la identidad*. A tal fin, *asegura el funcionamiento de organismos estatales que realicen pruebas inmunogenéticas para determinar la filiación y de los encargados de resguardar dicha información*. En consonancia con estas garantías, se establece que *la Ciudad facilita la búsqueda de información sobre personas desaparecidas antes del 10 de diciembre de 1983 y de las que se presumieren nacidas durante el cautiverio materno (10)*. La Ley 114 (Estatuto de protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes) de la Ciudad de Buenos Aires, ha reglamentado recientemente estas garantías.

protegiendo el derecho a la identidad, subrayándose que desde el momento en el que nacen, los niños y las niñas necesitan forjarse una identidad.³⁴

Parfraseando a Molina Quiroga, Eduardo y Viggiola, Lidia, concuerdo en sostener que "Desde el derecho de familia, dado el emplazamiento de la madre, como representante legal y necesaria de su hijo, y el requisito de su consentimiento expreso para que el Ministerio Público reclame la filiación de los menores inscriptos como de padre desconocido (art.255 del Cód.Civil), es necesario que también pese sobre la madre el deber de permitir a su hijo o hija conocer su verdadera identidad. El respeto al derecho de todo ser humano a conocer su origen, implica que la madre sea colaboradora activa y oportuna. No puede diferirse a la época en que el hijo pueda accionar por filiación por sí mismo. El cercenamiento de parte de su identidad, por noble que pueda parecer la actitud de la mujer que resuelve ser madre a pesar de la censurable conducta de su co-engendrante, causará un daño irreversible en una persona que crezca sin poder ejercer todos los derechos y atributos derivados de su estado de familia (34 bis) . En el difícil conflicto entre dos derechos personalísimos de elevada jerarquía como son el derecho a la intimidad de la madre, y el derecho a la identidad del menor, deben conciliarse ambos aspectos teniendo en cuenta el interés superior del niño".³⁵

³⁴ De vital importancia es la reglamentación de la Ley de Protección Integral a los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes que reconoció la obligatoriedad y gratuidad del primer documento nacional de identidad para todos los niños, niñas y adolescentes.

³⁵ Molina Quiroga, Eduardo y Viggiola, Lidia: "Protección constitucional al derecho a la identidad del hijo extramatrimonial. Congreso Internacional de Derechos y Garantías en el siglo XXI, Comisión 7, tema 7, abril 1999 en <http://www.aaba.org.ar/bil50701.htm>

34 bis.- C1a.CC San Nicolás, 22/12/94 (La Ley 1992-D-382); CN Civ., Sala L, 23/12/94 (La Ley 1995-E-10) y 1 9.- C 1ª CC San Nicolás, 31/3/92 (La Ley 1992-D-382) CN Civ, Sala A, 28/2/94 (La Ley 1995-A-378): CN Civ, Sala I, 14/5/96 (La Ley supl.nov.1996), etc.

No podemos restringir el objetivo de la bioética a la resolución de conflictos y dilemas en el enfrentamiento excepcional entre alguno o algunos de los cuatro principios. Es un papel importante, como vemos en la actuación de los Comités de Ética Asistencial, pero no es el único. En lo cotidiano, debemos aspirar a maximizarlos todos de modo armónico, en lo que se ha llamado el "principio de convergencia". Y este principio, exige tener en cuenta los aspectos institucionales y sociales de la ética.³⁶

Por último, aunque existen otras cuestiones, tampoco expresa la Reforma, si la mujer gestante necesita autorización de su cónyuge para someterse a los procedimientos.

Las leyes internacionales se vulneran, por ejemplo la Convención sobre los Derechos del Niño en sus artículos 7 y 8 y cc.³⁷

Por otro lado, hay que subrayar que el instituto ha recibido el reproche mayoritario en la doctrina argentina, siendo muy pocos países en el mundo los que lo han aceptado.³⁸

Por último, hay que decir que la redacción del proyecto no contempla un sin número de variables de éstas técnicas que fácilmente pueden ocurrir, como por ejemplo que pasa si la madre se niega a dar al niño, entre otras.

Además, las situaciones de vulnerabilidad, teniendo presente que todos somos vulnerables en determinadas circunstancias, no existiendo en términos generales, una vulnerabilidad de la pobreza y otra de la riqueza. Aunque es cierto que por ejemplo, en temas de investigación las poblaciones más pobres y menos informadas resultan ser las más vulnerables; no se resguardan en el anteproyecto.

³⁶ http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872008000800018&script=sci_arttext Francisco León Correas "De los principios de la bioética clínica a una bioética social para Chile" en Revista médica de Chile, Scielo.

³⁷ Reza la Convención: Artículo 7: 1. El niño será inscrito inmediatamente después de su nacimiento y tendrá derecho desde que nace a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos. Artículo 8: 1. Los Estados Partes se comprometen a respetar el derecho del niño a preservar su identidad, incluidos la nacionalidad, el nombre y las relaciones familiares de conformidad con la ley sin injerencias ilícitas. 2. Cuando un niño sea privado ilegalmente de algunos de los elementos de su identidad o de todos ellos, los Estados Partes deberán prestar la asistencia y protección apropiadas con miras a restablecer rápidamente su identidad".

³⁸ En el ámbito internacional, India es el mayor destino de alquileres de vientre del mundo con casi 25.000 niños nacidos por esta técnica, se ha verificado que son las mujeres más pobres y vulnerables las que son sometidas a ella, incluso obligadas por sus maridos. Experiencia que se reitera en África. También hay que decir que si existen malformaciones son obligadas a abortar y que no pueden arrepentirse en ningún momento de los términos del contrato.

Conclusión

El proyecto de Código Civil realiza un tratamiento discriminatorio en cuanto al derecho a la identidad de los niños concebidos a través de las técnicas de procreación artificial, violando el mismo, en especial si se los compara con el tratamiento de los derechos reconocidos a los niños adoptados. Va de suyo que también quebranta el derecho a la igualdad de nuestra Carta Magna e instrumentos internacionales.

Sin tener en cuenta que “el derecho a vivir con la familia biológica es parte del derecho a la identidad”.³⁹ En el caso de la fecundación e implantación post mortem también diferencia a los distintos tipos de hijos en materia hereditaria.

Con referencia a los embriones humanos concebidos extracorpóreamente no serían personas y no regula sobre la protección de los embriones no implantados. Al congelar embriones humanos se llega a admitir su destrucción y/o utilización con fines comerciales y experimentales. Remite a una futura ley especial de protección.

La maternidad y la paternidad se tergiversan con la "voluntad procreacional". Se legitima la promoción del "alquiler de vientres" y se cosifica a la mujer y al niño.

Dónde quedan los derechos personalísimos, la dignidad de las personas y los principios ante conductas semejantes es la cuestión.

En todo ello, es obligación primigenia de los Poderes del Estado legislar y aplicar la ley de manera tal que aporten bienestar al individuo dentro de una escala de valores y principios que respeten la naturaleza del hombre.

³⁹ Corte Interamericana de Derechos Humanos a pie Caso Gelman vs Uruguay; sentencia del 24/2/11; número 122.

[...] Es necesario que reconozcamos y demos protección jurídica a toda vida humana desde la concepción, y que recordemos que no todo lo científicamente posible es éticamente aceptable.⁴⁰

Como también que la vulnerabilidad que todos poseemos como seres humanos nos debe ligar al resto de las personas, en una ética de solidaridad, haciéndonos **corresponsables unos de otros** de cuidar la autonomía, intimidad, integridad y dignidad. Ante esta realidad las formulaciones del imperativo categórico kantiano:

1. «Obra sólo de forma que puedas desear que la máxima de tu acción se convierta en una ley universal».
2. «Obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la de cualquier otro, siempre como un fin, y nunca sólo como un medio».
3. «Obra como si, por medio de tus máximas, fueras siempre un miembro legislador en un reino universal de los fines».

Como deberes éticos constituyen el punto de apoyo de toda buena legislación e interpretación de orden bioético.

En suma, del análisis de la naturaleza humana se deducen criterios morales que deben inspirar la conducta del elaborador de normas y definir los dilemas bioéticos en un marco de interdisciplinariedad científico

Parfraseando al Santo Padre “El acostumbramiento nos dice seductoramente que no tiene sentido tratar de cambiar algo, que no podemos hacer nada frente a esta situación, que siempre ha sido así y que sin embargo sobrevivimos. Por el acostumbramiento, dejamos de resistirnos permitiendo que las cosas ‘sean lo que son’, o lo que algunos han decidido que sean”.⁴¹

Como creo que se puede cambiar con una aguda razón espiritual, al mismo tiempo que incluir las formas de vulnerabilidad y las poblaciones que gozan de tal carácter para que la letra de la ley proteja a todos los argentinos por igual, escribo estas humildes reflexiones.

⁴⁰ <http://centrodebioetica.org/2012/09/el-desigual-tratamiento-del-derecho-a-la-identidad-en-el-proyecto-de-codigo-civil/> Centro de Bioética, 30 de octubre 2012.

⁴¹ <http://www.palpitalavida.com/archives/833>

La inconstitucionalidad del Artículo 143 del Código Civil para el Estado de Oaxaca: un análisis de la resolución de la Suprema Corte de Justicia de la Nación

M. en D. Miguel Angel León Ortiz

Profesor-investigador, adscrito a la Licenciatura en Derecho
de la Universidad del Istmo, Campus Ixtepec

Contacto: maloaaa@yahoo.com.mx

Resumen

La reforma a la Constitución federal publicada en junio de 2011, significó un cambio sustancial al sistema de procuración e impartición de justicia en nuestro país. Con dicha medida, el Estado mexicano impuso a los Jueces y demás autoridades el deber de velar por el cumplimiento de los derechos humanos y las garantías individuales previstas por nuestro ordenamiento normativo fundamental, y por los documentos internacionales firmados y ratificados por el gobierno mexicano.

El derecho a formar una familia, es uno de los más importantes de cualquier sociedad contemporánea, su significado implica la libertad de cualquier sujeto –incluyendo las personas del mismo sexo– para establecer lazos de convivencia permanente, confianza y solidaridad mutua entre sus miembros. En este trabajo, se exponen algunas consideraciones formuladas por los Ministros de la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación al momento de resolver tres asuntos promovidos por parejas pertenecientes al mismo sexo en el Estado de Oaxaca, al resultar vulnerados sus derechos fundamentales a la igualdad, a fundar una familia, a la no discriminación por razones de índole sexual y al libre desarrollo de la personalidad, debido a la negativa manifestada por tres titulares de las oficialías del Registro civil de los municipios de Villa de Etla, Oaxaca de Juárez y Ocotlán de Morelos para contraer matrimonio civil en la entidad; declarando la inconstitucionalidad del primer párrafo del artículo 143 del código civil del Estado de Oaxaca.

I. Introducción

El año pasado tuvieron lugar tres hechos de notoria trascendencia para la población del Estado de Oaxaca. Primero, con la solicitud de matrimonio civil presentada por una pareja de personas pertenecientes al sexo masculino ante un Oficial del Registro Civil del municipio de Villa de Etla. Luego, con la aparición de dos situaciones similares. Una de ellas, en la capital del Estado, y otra más en el municipio de Ocotlán de Morelos. Esta vez, presentadas por dos parejas pertenecientes al sexo femenino; agudizando el debate sobre la permisón o prohibición de los matrimonios por personas del mismo sexo en el orden jurídico interno.

En los tres asuntos descritos, los titulares de cada una de las oficialías del Registro Civil de los municipios precisados en las líneas anteriores, todos con atribuciones para dar fe de los actos del estado civil de las personas, negaron cada uno por su parte, dar entrada a la solicitud de matrimonio respectiva, con fundamento en lo dispuesto por el primer párrafo del artículo 143 del código civil vigente en el Estado de Oaxaca, según el cual el matrimonio es un contrato civil que sólo puede celebrarse entre un solo hombre y una sola mujer.

Ante la negativa para dar trámite a cada una de dichas solicitudes, cada pareja decidió interponer por su parte, juicio de amparo indirecto en contra del acto de autoridad pronunciado por los titulares de la Oficialía del Registro Civil de los municipios de Villa de Etla, de Oaxaca de Juárez y de Ocotlán de Morelos, respectivamente.

En el primer caso, la resolución pronunciada por un Juez de Distrito con sede en el Estado de Oaxaca, negó el amparo de la justicia federal a la solicitud de los quejosos, siendo luego recurrido a través del amparo en revisión. Por el contrario, en el segundo de dichos casos, un Juez de Distrito de la entidad, concedió el amparo indirecto a las quejosas, dejándolas en aptitud para celebrar matrimonio civil al considerar vulnerados los derechos fundamentales a la igualdad y no discriminación que se desprende de la negativa pronunciada por el Oficial del Registro Civil de la capital de Oaxaca. Más tarde, sujeta a recurso de revisión, mediante promoción presentada por quienes fueron señaladas autoridades responsables en el juicio de garantías; y finalmente, con la interposición de amparo en revisión por una pareja del sexo femenino perteneciente al municipio de Ocotlán de Morelos por la misma razón, el haberles sido negado el amparo de la justicia federal un Juez de Distrito en la entidad.

Todos los asuntos, fueron luego atraídos de forma diferida por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación de conformidad con lo que establecen los artículos 103 y 107 de la Constitución de la República, los días 6 de junio, 15 y 22 de agosto de 2012, respectivamente.

El 5 de diciembre de 2012, la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, por unanimidad decidió otorgar el amparo de la justicia federal a las tres parejas del mismo sexo, abriendo la posibilidad para que otras parejas de cualquier entidad de la federación pueda casarse.¹

La trascendencia de esta resolución, significó el reconocimiento y protección de los derechos fundamentales que les asisten a las personas del mismo sexo en nuestro país. Con ello, el sistema jurídico mexicano dio apertura al proceso de democratización de las instituciones del derecho de familia en el país, cimentado a partir de la reforma constitucional de junio de 2011;² la cual colige la obligación para que todos los órganos de impartición de justicia en el país velen por el cumplimiento de los derechos humanos reconocidos por la Constitución federal y los tratados internacionales firmados y ratificados por el gobierno mexicano, aplicables a la resolución de los asuntos planteados por los litigantes.

Por ello, el objetivo primordial de este trabajo consiste en determinar el contenido y alcance del derecho a fundar una familia consagrado por el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, a fin de postular la validez de los matrimonios entre personas del mismo sexo en nuestro país.

Para lograr este cometido, serán empleados los métodos sistemático y sociológico aplicables al derecho, por cuanto el orden jurídico mexicano debe interpretarse como un conjunto de normas estructuradas u ordenadas, que atienden las necesidades sociales de todos sus miembros, al momento de que los Jueces pronuncian sentencia o resolución que pone fin a un juicio. Ello impone una obligación para que los Jueces, Magistrados y Ministros atiendan las exigencias de la sociedad civil, expresadas por el movimiento en pro de los derechos de la comunidad LGBTT,

¹ ARANDA, J., "La primera sala de la SCJN abre la puerta para que parejas gays puedan casarse", *La Jornada*, 2012, (número 10178), p. 41.

² Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 10 de junio de 2011.

integrada por personas lesbianas, personas homosexuales, personas bisexuales, personas travestís, personas transexuales y personas transgénero, como grupo minoritario, merecedor de un trato digno y respetuoso de sus derechos fundamentales.

II. La comunidad de personas LGBTT y la no-discriminación por orientación sexual

La homosexualidad implica un estado de agrado erótico y afectivo por personas del mismo sexo, aplicable tanto a las relaciones sostenidas entre personas pertenecientes al sexo femenino, como al masculino.³ Para un alto contingente de personas, este tipo de relaciones despierta rechazo, al asociar el concepto tradicional de familia con el matrimonio biparental, conformado por una mujer, un hombre y los hijos habidos dentro de éste.

El 17 de mayo de 1990 la Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), consideró necesario eliminar el concepto “homosexualidad” de la lista de enfermedades mentales consideradas patológicas; inaugurándose un importante episodio en la lucha por obtener el reconocimiento y protección de los derechos del grupo de personas pertenecientes a la comunidad LGBTT, a partir de la conformación de sociedades y asociaciones civiles durante la década de los ochenta.

De esta forma, se perpetró el origen del proceso de democratización de los órganos e instituciones jurídicas del país, sobre la base de un trato respetuoso de la dignidad humana de cualquier persona, tal como ha quedado manifiesto en el artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el preámbulo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948,⁴ y otros importantes documentos internacionales en materia de derechos humanos.

El 11 de junio de 2003 fue publicada en el Diario Oficial de la Federación, la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. Su contenido es reglamentario del artículo 1º constitucional el cual asegura el derecho de cualquier persona a la igualdad y la no discriminación fundada en argumentos de índole sexual en ninguna situación jurídica. Esta ley, aseguro la protección del

³ Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la violencia contra las Mujeres, *Glosario de términos sobre violencia contra la mujer*, México, Pax, 2010, p. 68.

⁴ Proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948.

derecho de las personas pertenecientes a la comunidad LGBTT, para no ser objeto de discriminación por su orientación o preferencia sexual, salvaguardando la primacía de su dignidad personal.

El artículo 4º⁵ de esta ley, reconoce el derecho de este grupo de personas para no ser excluidas o restringidas en el ejercicio pleno de sus derechos fundamentales por razones de índole sexual. Y esto es así, porque un estado de derecho como el nuestro, reclama que a ningún sujeto le sea negada su condición de persona jurídica en aptitud de contraer los derechos y obligaciones previstos por el orden jurídico nacional.⁶

La base constitucional que le da vida al estado de derecho, no debe entenderse como la suma de intereses compartidos a partir de un pacto de unión (la constitución), sino como un pacto de solidaridad y no agresión de una sociedad heterogénea con intereses –muchas veces– contrapuestos en un plano de diversidad entre sus integrantes,⁷ tal como ocurre en México.

En este apartado, es importante comentar si resultó conveniente emplear el término “preferencia sexual”, en vez de acudir al de “orientación sexual” en la reforma del artículo 1º constitucional, ya que mientras este último término refiere la capacidad de amarse a sí mismo, como requisito indispensable para que se produzca el deseo sexual hacia personas del mismo sexo, el cual se manifiesta a partir de ciertas conductas, formas de pensar y fantasear desde el plano erótico, liberando al sujeto del encasillamiento tradicional de los dos sexos y géneros; el primero de dichos términos, supone por el contrario una mayor carga de elección para el individuo,⁸ extensiva para un pedófilo o zoofílico.⁹

⁵ Artículo 4º. Para los efectos de esta Ley se entenderá por discriminación toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, *preferencias sexuales*, estado civil o cualquier otra, (sic) tenga por objeto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas. ... (las *cursivas* son nuestras).

⁶ Esta misma disposición, sería elevada a rango constitucional ocho años más tarde.

⁷ Cfr. FERRAJOLI, L., *Garantismo. Una discusión sobre derecho y democracia*, s.l.i., Trotta, 2009, pp. 109-110.

⁸ Cfr. FLORES DÁVILA, J. I., *Estudio sobre la diversidad sexual y los retos de la igualdad y la inclusión*, México, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, 2006, pp. 16-17.

⁹ Pudiendo desatar otro tipo de conductas como: la pedofilia, la zoofilia o la necrofilia.

No obstante lo anterior, la reforma al artículo 1º constitucional ha sido catalogado de enorme valía por las personas LGBTT, ya que simbolizó el comienzo de un régimen de apertura e inclusión social, dónde la cultura por el respeto de la diferencia y la pluralidad entretejen el camino de un verdadero estado de Derecho.

III. El derecho a fundar una familia ¿Es exclusivo de las personas heterosexuales?

A pesar del carácter equívoco de la palabra familia, bien podríamos definirla como el componente “natural y fundamental de la sociedad”,¹⁰ pues es en ella donde el individuo obtiene un primer sustrato de valores, creencias, hábitos y lazos de unión con su parentela consanguínea, que posibilitan la interrelación de las personas en la esfera social.

Para el Estado, la familia en tanto grupo primario de cualquier sociedad, debe ser preservada a partir de un conjunto de normas jurídicas de orden público e interés social que protegen las formas de su constitución, su organización, sus fines y el desarrollo integral de sus miembros a través de las instituciones y organismos que salvaguardan los deberes, derechos y obligaciones que se producen en el seno familiar.

En la actualidad, el concepto de la palabra “familia” ya no es posible describir a partir de la asunción de una postura tradicionalista, entendida a partir del vínculo matrimonial entre un varón y una mujer para hacer una comunidad de vida, brindarse apoyo mutuo y buscar perpetuar la especie, ya que las condiciones prevaletentes en la sociedad abarcan otras formas distintas de fundar una familia. De esta forma, aparecen las familias reconstituidas, extensivas, monoparentales, por unión de hecho (concubinato), por simple filiación, y hasta homoparentales, propias de un régimen jurídico democrático.

El primer párrafo del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos protege el derecho de todo individuo para fundar una familia. Del tal suerte que, ninguna persona está impedida de formar una familia, incluidas las personas del mismo sexo.

¹⁰ Cfr. PÉREZ CONTRERAS, M. de M., *Derecho de familia y sucesiones*, México, NOSTRA-UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2010, p. 22.

Por esta razón, los diputados de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal decidieron aprobar la Ley de Sociedad de Convivencia el 9 de noviembre de 2006,¹¹ y más tarde, el matrimonio por parejas del mismo sexo, con la publicación del decreto de reformas a diversas disposiciones del código civil y código de procedimientos civiles para el Distrito Federal.¹²

La resolución de la Corte para determinar la constitucionalidad o no del decreto de reforma antes referido, no sólo avaló su contenido, ya que también enfatizó la importancia de analizar su incorporación paulatina al régimen jurídico de las otras entidades federativas, en atención al sentido de la reforma constitucional de 2011, de la cual se desprende la obligación para que las autoridades y demás órganos de procuración e impartición de justicia en el país, cumplan con el mandato de velar por la protección de los derechos humanos reconocidos por la Constitución federal y los tratados internacionales firmados y ratificados por el gobierno mexicano.

El derecho a fundar una familia en México, no es una facultad exclusiva de la persona heterosexual, sino incluyente de la persona homosexual.¹³ La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos e importantes documentos internacionales y regionales firmados y ratificados por el gobierno mexicano en materia de protección de derechos humanos así lo expresan.¹⁴

Por tal motivo, la posibilidad para que parejas del mismo sexo puedan celebrar matrimonio civil en cualquier parte del territorio nacional, ha sido una solución congruente con el régimen laico y democrático provisto por el constituyente, donde la pluralidad y la tolerancia, entretejen un

¹¹ Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 16 de noviembre de 2006.

¹² Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 29 de diciembre de 2009.

¹³ Este derecho también abarca a la persona transexual y transgénero, según lo dispuesto por el artículo 98, fracción VII del código civil para el Distrito Federal, el cual señala lo siguiente:

Artículo 98. Al escrito al que se refiere el artículo anterior (para contraer matrimonio), se acompañará:

... VII. La manifestación, por escrito y bajo protesta de decir verdad, en el caso de que alguno de los contrayentes haya concluido el proceso para la concordancia sexo-genérica, establecido en el Capítulo IV Bis del Título Séptimo del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal, misma que tendrá el carácter de reservada. ...

¹⁴ En este sentido, aparecen: La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 (artículo 14); el Pacto de Derechos Civiles y Políticos de 1966 (artículo 23); la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989; la Declaración americana de los Derechos y Deberes del Hombre de 1948 (artículo VI), y la Convención Americana sobre Derechos Humanos de 1978 (artículo 17).

sistema de impartición de justicia portavoz del respeto por la dignidad humana, sin que por tal razón quede exenta de algunas objeciones éticas.

IV. La validación de los matrimonio por personas del mismo sexo en México. La postura de la Corte

El párrafo décimo del artículo 12 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Oaxaca expresa que “el matrimonio y la familia constituyen la base fundamental de su comunidad”. Esta disposición es luego refrendada por la ley reglamentaria en materia familiar de la entidad, el código civil para el Estado de Oaxaca. Al establecer en su artículo 143 que “el Estado procurará por todos los medios que estén a su alcance, que las personas que vivan en concubinato contraigan matrimonio”, a través de “campañas periódicas de convencimiento”.

La naturaleza jurídica de la institución del matrimonio civil en Oaxaca, recoge el sentido original del reformado artículo 130 de la Constitución federal de 1917,¹⁵ según el cual este acto jurídico solemne, reviste la forma de un contrato civil entre un solo hombre y una sola mujer, celebrado ante un Oficial del Registro civil investido de la fe pública estatal, en dónde el fin más importante es la perpetuación de la especie.

El matrimonio es la forma por excelencia de fundar una familia en el Estado de Oaxaca. Es por esta causa que el tercer párrafo del artículo 143 del código civil de la entidad impone un deber para que el gobierno de Oaxaca, organice campañas periódicas de convencimiento para que parejas unidas en concubinato celebren matrimonio civil, sin que por tal motivo, existan algunas disposiciones que protegen los derechos de los niños y las mujeres que nacen a partir de esta forma de constituir una familia.¹⁶

¹⁵ El tercer párrafo del artículo 130 expresaba lo siguiente: “el matrimonio es un *contrato civil*.” ... (las *cursivas* son nuestras).

¹⁶ El artículo 176 Bis del mismo ordenamiento establece que, el concubinato se produce cuando un sólo hombre y una sola mujer “vivan en unión estable, libres de vínculo matrimonial y sin impedimento para contraerlo, en los términos y condiciones a que se refiere el artículo 1502 Bis”.

Por su parte, el artículo 1502 Bis señala que la sucesión entre concubinos sólo tendrá efecto cuando se reúnan las siguientes condiciones:

“I. Que el tiempo de vida en común que procedió inmediatamente a la muerte del autor de la herencia haya durado cinco años o más si el supérstite no tuvo hijos con el autor de la sucesión, y

II. Que el supérstite haya tenido uno o más hijos del autor de la herencia, cualquiera que haya sido la duración de la vida en común inmediatamente anterior a la muerte de éste”.

La legislación civil de la entidad sólo permite la celebración de matrimonio civil entre personas de distinto sexo, es decir, entre parejas conformadas por un hombre y una mujer. El artículo 143 no permite la posibilidad para que personas del mismo sexo puedan contraer matrimonio, situación que vulnera importantes derechos fundamentales de este grupo de personas.

La aplicación del artículo 143 del código civil de la entidad, llevo a la presentación de una demanda de amparo indirecto¹⁷ contra de la negativa de un Oficial del Registro Civil del municipio de Villa de Etla para casar a una pareja de personas pertenecientes al sexo masculino; luego desestimada por un Juez de Distrito al considerar que el Poder Judicial no puede ordenar a los Estados la modificación de las normas de derecho de familia, a fin de permitir los enlaces matrimoniales entre personas del mismo sexo.

Ante ello, la pareja decidió promover amparo en revisión contra la sentencia dictada por el Juez de Distrito competente en la entidad;¹⁸ más tarde atraído por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación con fundamento en el artículo 107, fracción VIII, inciso b), segundo párrafo de la Constitución federal.¹⁹

Unos meses después, se registraron dos asuntos similares en la entidad, pero esta vez en los municipios de Oaxaca de Juárez y Ocotlán de Morelos. En el primero, una pareja de personas de sexo femenino obtuvo el amparo de la justicia federal concedido por un Juez de Distrito en la entidad, más tarde ocurrida por el Ejecutivo y el Congreso de la entidad, mediante la promoción de recurso de revisión, al considerar infundada la resolución emitida; mientras en el segundo caso, una pareja también de sexo femenino decidió interponer juicio de garantías contra la negativa pronunciada por un Oficial del Registro Civil del municipio de Ocotlán de Morelos, al considerar vulnerados sus derechos fundamentales a la no discriminación e igualdad previstos por el artículo 1º de la Constitución federal, que al final no prosperaría, también objeto de amparo en revisión.

¹⁷ La fracción VII del artículo 107 establece la procedencia del juicio de amparo indirecto contra normas generales o contra actos u omisiones de autoridad administrativa ante Juez de Distrito.

¹⁸ La demanda de amparo indirecto fue presentada el 30 de agosto de 2011 en la oficina de Correspondencia Común de los Juzgados de Distrito del Décimo Tercer Circuito con residencia en Oaxaca, Oaxaca, luego turnada al Juzgado Cuarto de Distrito en el Estado de Oaxaca.

¹⁹ Atraído por la Corte el 6 de junio de 2012.

Estos asuntos fueron también atraídos por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación los días 15 y 22 de agosto de 2012, respectivamente.

El artículo 103, fracción I de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece la facultad para que los tribunales de la federación conozcan de las controversias que se suscitan contra normas generales o actos u omisiones de la autoridad que violen los derechos humanos y las garantías reconocidas para su protección por la constitución federal y los tratados internacionales de los que el Estado mexicano sea parte. El código civil de la entidad es una norma de aplicación general, que viola los derechos humanos reconocidos por los artículos 1º y 4º de la Constitución federal y los tratados internacionales firmados y ratificados por el gobierno mexicano en la materia, de aplicación obligatoria en todo el territorio nacional, resultando vulnerados los derechos a la igualdad, no discriminación, libre desarrollo de la personalidad, respeto por la preferencia sexual y a fundar una familia de los quejosos en el juicio de garantías.

El artículo 1º constitucional señala, que en México todas las personas gozarán de los derechos humanos y demás garantías establecidas en su texto normativo, las cuales no podrán suspenderse, ni restringirse sino en los casos previstos por la misma. Así mismo, dispone que nadie podrá ser objeto de discriminación con motivo de su preferencia sexual.

Ninguna autoridad o individuo tiene facultad o potestad para negar el derecho a formar una familia a ninguna persona, fundándose en ideas o creencias de tinte homofóbico ya que su obligatoriedad resulta de la aplicación del principio de supremacía constitucional previsto por los artículos 1º y 133 de nuestra Carta fundamental, de donde se desprende que la ley suprema de la unión está formada por los derechos humanos y las garantías previstas por la Constitución, recogidos por los tratados internacionales firmados y ratificados por el gobierno mexicano, entre ellos al derecho a la igualdad, no discriminación, libre desarrollo de la personalidad y el derecho a fundar una familia, auspiciados por el principio de la dignidad humana.

Así mismo, el artículo 4º del propio texto constitucional consagra el derecho fundamental de cualquier sujeto para fundar una familia, ya se trate de individuos solteros o casados, del mismo o distinto sexo. Con ello, el sistema jurídico mexicano asegura la protección de la célula primigenia de cualquier sociedad contemporánea, “la familia”, en sus múltiples variantes. Este criterio, ha sido pronunciado recientemente por la Corte, de la forma que sigue:

MATRIMONIO. LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS NO ALUDE A DICHA INSTITUCIÓN CIVIL NI REFIERE UN TIPO ESPECÍFICO DE FAMILIA, CON BASE EN EL CUAL PUEDA AFIRMARSE QUE ÉSTA SE CONSTITUYE EXCLUSIVAMENTE POR EL MATRIMONIO ENTRE UN HOMBRE Y UNA MUJER.

El artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos contiene diversos aspectos, entre los que se encuentran la igualdad ante la ley del hombre y la mujer; la protección a la familia, correspondiendo a la ley establecer los relativo a su organización y desarrollo; y el derecho de las personas a decidir el número y espaciamento de sus hijos, en forma libre, responsable e informada; sin que tal protección constitucional aluda ni defina a la institución civil del matrimonio, por lo que deja esa atribución normativa al legislador ordinario. Esto es, la Constitución Federal no se refiere o limita a un tipo específico de familia como podría ser la nuclear –conformada por padre, madre e hijos– con base en la cual pudiera afirmar que ésta se constituye exclusivamente por el matrimonio entre un hombre y una mujer y, mucho menos, que sólo se proteja a la familia que surge de dicha institución, toda vez que en un Estado democrático de derecho, en el que el respeto a la pluralidad es parte de su esencia, debe entenderse protegida constitucionalmente la familia como realidad social, a efecto de cubrir todas sus formas y manifestaciones en cuanto realidad existente, alcanzando a dar cobertura a aquellas familias que se constituyan con el matrimonio; con uniones de hecho; con un padre o una madre e hijos; o bien, por cualquier otra forma que denote un vínculo similar.²⁰

Anteponer la dignidad humana como referente obligado en la resolución de las controversias por los Jueces, ha sido uno de los grandes aciertos de todo régimen democrático y constitucional. El valor de cada persona por sí misma, es el sustrato indispensable para el aseguramiento de los demás derechos fundamentales de cualquier individuo.

La Corte mexicana ha subrayado la validez de los matrimonios por personas del mismo sexo, bajo el amparo de sus derechos fundamentales a un trato digno y no discriminante, en un plano donde predomina la igualdad de toda persona, como ente titular de los mismos derechos y obligaciones preservados por la norma de derecho, asegurando el respeto por el libre desarrollo de la

²⁰ P.XXI/2011, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XXXIV, Agosto de 2011, p. 878.

personalidad de las personas LGBTT para decidir y planificar su vida. Entre ellas, la posibilidad de celebrar matrimonio civil, como una de tantas formas de ejercer el derecho a fundar una familia.²¹

V. Comentarios finales

El proceso de diseminación de una cultura jurídica plural y respetuosa de los derechos humanos del grupo de personas LGBTT, exige un compromiso responsable de los organismos e instituciones públicas y privadas del país. Sin embargo, en este escenario la sociedad civil también ocupa un lugar primordial.

La homofobia²² consiste en la ejecución de conductas intolerantes, fundada en ideas radicales o fundamentalistas no incluyentes por el reconocimiento de la diferencia humana. Esta penosa situación, describe el hastío originado por la historia de una sociedad irradiada de conocimiento teórico de la sexualidad, pero, al mismo tiempo, desconocedora del deseo, erotismo y satisfacción personal.²³

El conjunto de ideas fomentadas por la cultura de la diversidad, obliga a cada sujeto a repensar el papel, la participación y el compromiso social que deberá asumir en este proceso de tendencia plural y tolerante, a fin de estatuir una sociedad democrática que privilegia la razón por encima de la sin-razón y la discriminación.

²¹ Véase, SILVA MEZA, J. N., y Valls Hernández, S. A., *Transexualidad y matrimonio y adopción por parejas del mismo sexo*, México, Porrúa, 2011, pp. 186-192.

²² En la última década, México fue el segundo país de Latinoamérica con el mayor número de homicidios cometidos hacia personas del mismo sexo después de Brasil, según algunos estudios publicados por la Comisión de Derechos Humanos para el Distrito Federal. Del mismo modo, el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), destacó que entre 1995 y 2009 se presentaron 640 homicidios cometidos contra personas homosexuales, lesbianas o transexuales en todo el país. El Colegio de México, por su parte, indicó que las cifras oficiales, no correspondían con el número de homicidios reales perpetrados contra este grupo de personas, ya que según datos reunidos de una muestra de 11 Estados del país, el número de homicidios registrados sumaba un total de 1,656, siendo los Estados de Oaxaca, Michoacán y Guerrero, los más peligrosos para estas personas.

²³ Cfr. FOUCAULT, M., *Sexualidad y poder (y otros textos)*, España, Folio, 2007, p. 11.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos alberga un capítulo de derechos humanos y garantías individuales, entre los cuales destaca el derecho a fundar una familia. El artículo 4o constitucional expresa en su primer párrafo la obligación estatal de “proteger la organización y desarrollo de la familia”. En atención a ello, su contenido es de orden público e interés social.

En los últimos años, se ha vuelto frecuente cuestionar si el contenido y alcance de este derecho postula una obligación e interés particular del Estado por privilegiar al matrimonio o relación biparental tradicional por encima de otras formas de constituirla, tal como sucede con el concubinato; e incluso si ese derecho sólo es dable para personas de distinto sexo (heterosexuales), o si por el contrario, puede y debe ser extendido a personas del mismo sexo.

El código civil para el Estado de Oaxaca, privilegia las relaciones matrimoniales entre un solo hombre y una sola mujer, donde la procreación ocupa el primero de sus fines. El día de hoy se discute la posibilidad de modificar el texto legal, a partir de la resolución pronunciada por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación en torno a las demandas interpuestas por tres parejas del mismo sexo, arguyendo un trato desigual y discriminante por razones de índole sexual. Este silencio jurídico contraviene el mandato constitucional de velar por el respeto de los derechos humanos y las garantías individuales de las personas del mismo sexo en la entidad, vulnerando sus derechos fundamentales.

VI. Bibliografía

ARANDA, J., “La primera sala de la SCJN abre la puerta para que parejas gays puedan casarse”, *La Jornada*, 2012, (núm 10178), p. 41.

ADAME GODDARD, J., *El matrimonio civil en México (1859-2000)*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2004.

CRUZ, W. C., *Oaxaca recóndita. Razas, idiomas, costumbres, leyendas y tradiciones del Estado de Oaxaca*, Oaxaca, Instituto Estatal de Educación Pública de Oaxaca, 2002, 326p.

FERRAJOLI, L., *Garantismo. Una discusión sobre derecho y democracia*, s.l.i., Trotta, 2009, p. 132.

FLORES DÁVILA, J. I., *Estudio sobre la diversidad sexual y los retos de la igualdad y la inclusión*, México, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, 2006, 165p.

FOUCAULT, M., *Sexualidad y poder (y otros textos)*, (Trad.) Ángel Gabilondo, España, Folio, 2007.

PÉREZ CONTRERAS, M. de M., *Derecho de familia y sucesiones*, México, Nostra-UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2010.

_____, *Derechos de los homosexuales*, México, Cámara de Diputados LVIII Legislatura-UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2001.

PÉREZ DUARTE, A., *Derecho de familia*, México, Fondo de cultura económica, 2007.

SILVA MEZA, J. N. y Valls Hernández, S. A., *Transexualidad y matrimonio y adopción por parejas del mismo sexo*, México, Porrúa, 2011.

CONCEPCIONES ALTERNATIVAS EN BIOÉTICA Y BIOJURÍDICA EN UNA MUESTRA DE DOCENTES BOGOTANOS¹.

Genny Paola Sáenz Aldana²
Luisa Fernanda Salinas Farfán³
Jairo Ricardo Pinilla González⁴

Resumen

En este trabajo, se presentan los resultados obtenidos al término de un proyecto de investigación que tuvo como propósito central identificar las concepciones alternativas en bioética y biojurídica, que poseen una muestra de treinta y siete (37) profesores voluntarios, que desarrollan actividades docentes e investigativas en diferentes niveles educativos (educación preescolar, básica, media y superior), tanto en el sector privado como en el público, en la ciudad de Bogotá-Colombia. Vale la pena resaltar que todos los docentes acreditan formación postgradual en diferentes áreas del conocimiento.

¹Comunicación elaborada para ser presentada en el IX CONGRESO LATINOAMERICANO Y DEL CARIBE DE BIOÉTICA. “Bioética para la toma de decisiones” Guanajuato-México 2013. Grupo de investigación “ethos et paideia” Universidad Distrital Francisco José de Caldas.

²Lic. en Educación Preescolar, Egresada Proyecto Curricular de Esp. en Gerencia de Proyectos Educativos Institucionales, Miembro activo Grupo de investigación “ethos et paideia” Facultad de Ciencias y Educación, Universidad Distrital Francisco José de Caldas.

³ Licenciada en Psicología y Pedagogía, Egresada Proyecto Curricular de Esp. en Gerencia de Proyectos Educativos Institucionales, Miembro activo Grupo de investigación “ethos et paideia” Facultad de Ciencias y Educación, Universidad Distrital Francisco José de Caldas.

⁴ Director grupo de investigación “*ethos et paideia*”, Línea de investigación: Formación docente en Bioética, Biojurídica y Bipolítica. Universidad Distrital Francisco José de Caldas. Doctorante en Bioética y Biojurídica, Cátedra UNESCO-Universidad Rey Juan Carlos. Diploma de Estudios Avanzados “DEA”. Cátedra UNESCO - Universidad Rey Juan Carlos. Magister en Biología, Pontificia Universidad Javeriana, Magister en Docencia, Universidad de la Salle. Especialista en Informática para la Gestión Educativa. Bogotá-Colombia. jricardopinillag@gmail.com, jrpiniilla@udistrital.edu.co

La investigación fue de corte cualitativa-descriptiva y se centró en la identificación y comprensión de las concepciones y creencias que están detrás de las acciones de los docentes, privilegiando para tal efecto, las técnicas de recolección y generación de la información que favorecen la relación intersubjetiva entre los actores del proceso docente educativo. Se aplicaron seis instrumentos en total, los cuales han sido previamente piloteados y validados por el grupo de investigación “*ethos et paideia*”.

Con base en el análisis objetivo de los resultados obtenidos, podemos afirmar que existen serios problemas formativos en los campos de la bioética y la biojurídica en la gran mayoría de los docentes que formaron parte de la muestra objeto de análisis. Problemas reflejados en la debilidad conceptual y procedimental propias de estas disciplinas. Igualmente, se pudo establecer, el desconocimiento total y absoluto acerca de la didáctica de estas disciplinas y del valor pedagógico de las mismas en la formación de los ciudadanos del presente, situación grave y preocupante, no sólo por los compromisos adquiridos por el país con los estados miembros de la “UNESCO”, sino sobre todo, por las falencias que nuestros estudiantes llevarán en su formación.

Introducción

Algunos países han venido asumiendo, de manera lenta pero segura, el reto de promover la enseñanza de la bioética en las instituciones educativas, desde el nivel inicial hasta la educación superior, tanto del sector privado como público, esto con el objetivo primordial de posibilitar un cambio en la forma de pensar y actuar de una sociedad, que cada día es más proclive a la liviandad y al consumo desmedido y, a la vez, responder de manera real y efectiva a las recomendaciones planteadas por la “UNESCO”, tanto en la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos⁵, como en la Declaración Universal de Bioética y los Derechos Humanos de la “UNESCO”⁶.

⁵ “Los estados tomarán las medidas adecuadas para fomentar los principios establecidos en la presente Declaración, a través de la educación y otros medios pertinentes y, en particular, entre otras cosas, la investigación y formación en campos interdisciplinarios y el fomento de la educación en materia de Bioética, en todos los niveles, particularmente para

El fin de promover los principios enunciados en la “DUBDH” y comprender mejor los problemas planteados en el plano de la ética debidos, entre otros, a los adelantos de la ciencia y la tecnología, cuando sus conocimientos son aplicados a la vida en general y a la vida y salud humana en particular, se constituye hoy en un imperativo en países que como el nuestro aspira a reducir la brecha con los países desarrollados. Para ello, se hace necesario generar un ambiente de reflexión permanente en todos y cada uno de los estamentos de la sociedad, lo cual exige, como condición necesaria, aunque no suficiente, en primer lugar, garantizar que toda información que circula sea precisa y veraz y, en segundo lugar, ofrecer una sólida formación humana a toda la población, pues lo que está en juego no es nada menos que el presente y futuro de la especie humana y del planeta que habitamos⁷.

En consecuencia, a todo país miembro de la “UNESCO”, como lo es Colombia, le corresponde generar las condiciones necesarias y suficientes que permitan, en un tiempo prudencial, formar talento humano verdaderamente preparado para poder responder a las demandas sociales en materia de conocimiento bioético, en especial formar a los docentes de todo el sistema educativo, de manera que puedan contar con los conocimientos conceptuales, procedimentales y actitudinales suficientes para formar a otros y, a la vez, para contribuir a dar respuestas razonables y prudentes en lo referente al tipo de problemáticas que abordan problemas tan complejos como los relacionados con la bioética y la biojurídica⁸.

los responsables de políticas científicas”. UNESCO. Declaración Universal sobre Genoma Humano y los Derechos Humanos, 1997.

⁶“Para promover los principios enunciados en la presente Declaración y entender mejor los problemas planteados en el plano de la ética por los adelantos de la ciencia y la tecnología, en particular para los jóvenes, los Estados deberían esforzarse no sólo de fomentar la educación y formación relativas a la bioética en todos los planos, sino también por estimular los programas de información y difusión de conocimientos sobre bioética”. UNESCO. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. 2005. p639

⁷Pinilla, J. 2011, p.85.

⁸ Ibíd.

Es en este escenario, que surge nuestro interés por realizar la presente investigación, cuyo propósito central, desde un comienzo, fue contribuir a impulsar y consolidar la línea de formación de profesores en bioética y biojurídica que adelanta el grupo de investigación “ethos et paideia” de la universidad distrital, desde hace ya casi cuatro años.

El análisis de los resultados obtenidos, mediante la aplicación de instrumentos y protocolos validados por la línea de investigación en formación de docentes en Bioética, Biojurídica y Biopolítica adscrita al grupo de investigación “*ethos et paideia*”, nos permitió reconocer: a) la debilidad conceptual de la población objeto de estudio en los campos de la bioética b) el nulo conocimiento acerca de la biojurídica c) el desconocimiento total acerca de las didácticas de estas disciplinas y, d) el escaso reconocimiento del valor pedagógico de estas áreas en la formación de ciudadanos del presente milenio.

Situación problemática

La educación debe estar encaminada a formar al ser humano para que aprenda a convivir en comunidad, como ciudadanos corresponsables, como “coeditores y cogestores” del tipo de sociedad que se quiere construir, en donde el respeto al otro, que tiene derecho a ser otro y, debe ser otro, se constituya en el hilo conductor de su accionar, lo cual exige, entre otros, promover una sólida formación en valores, centrada en el diálogo y la deliberación como estrategias eficaces en el marco de una nación plural y diversa, como Colombia, que optó por un modelo político fundamentado en un estado social de derecho.

Sin embargo, para nadie es un secreto, que la educación en nuestro país está todavía muy lejos de alcanzar dichas cotas de excelencia, por el contrario, las rutinas académicas y administrativas, desprovistas de toda reflexión seria y sistemática, acerca de los grandes temas contemporáneos parecen ser el común denominador, en especial, se puede observar en el ambiente, la poca y casi nula formación de la ciudadanía en temas complejos como son los bioéticos, problema acrecentado si observamos la manipulación, de todo orden, que se realiza a través de diferentes medios de comunicación.

Conscientes de esta problemática y con el firme propósito de contribuir de manera real a formar el talento humano, que un país como el nuestro necesita, se realizó el presente trabajo, el cual estuvo encaminado a identificar las concepciones acerca de la bioética y la biojurídica que poseen una muestra de docentes adscritos a diferentes instituciones, tanto del sector oficial como privado. En tal sentido, el problema central del trabajo fue formulado de la siguiente manera:

¿Cuáles son las concepciones sobre bioética y biojurídica que poseen una muestra de docentes adscritos a la educación preescolar, básica, media y superior de instituciones educativas de Bogotá?

Con el propósito de resolver el interrogante central se planteó el siguiente objetivo general:

Objetivo general

Identificar las concepciones sobre bioética y biojurídica que poseen una muestra de directivos y profesores voluntarios que desarrollan actividades docentes e investigativas en diferentes niveles educativos, tanto del sector público como privado, en la ciudad de Bogotá-Colombia.

Aspectos Metodológicos de la investigación.

La investigación fue de corte cualitativa-descriptiva y se centró en la identificación y comprensión de las concepciones y creencias que están detrás de las acciones de los docentes, privilegiando para tal efecto, las técnicas de recolección y generación de la información que favorecen la relación intersubjetiva entre los actores del proceso docente educativo. Se aplicaron seis instrumentos en total, cuatro de los cuales han sido desarrollados, piloteados y validados por el grupo de investigación “*ethos et paideia*”. Estos fueron:

- MPD (Modelos Pedagógicos Didácticos)⁹.
- NOS (The Nature Of Science)¹⁰.
- Test ideas previas 1: Identificación de concepciones en Bioética.
- Test de ideas previas 2: Conocimiento didáctico de la bioética.
- Test de ideas previas 3: Identificación de concepciones en Biojurídica.
- Estudio de Casos paradigmáticos en bioética

Población, fuentes de información

En el desarrollo de esta investigación participaron 37 docentes voluntarios, adscritos a diferentes niveles del sistema educativo, esto es: educación preescolar, básica, media y superior, pertenecientes a instituciones educativas del sector privado y público de Bogotá D.C.

De los 37 profesores participantes, hubo predominio de mujeres, con un total de 28 (75.6%) profesoras y 9 (24.4%) profesores, con edades superiores a los 26 años en un 83.7%. En cuanto al tipo y nivel de formación, como se puede observar en la tabla No. 1. La gran mayoría de los docentes (89.2%) son egresados de programas académicos que forman docentes, y tan sólo el 10,8% restante, ostenta título en profesiones diferentes, tales como ingenieros. Vale la pena resaltar que el 100% de la población tienen formación postgradual.

Tabla No. 1: Formación de docentes participantes

Formación	No. profesores	Postgrado
Licenciatura en Lenguas Modernas	1	✓
Ingeniería de Sistemas	1	✓
Licenciatura en Psicología y Pedagogía	2	✓

⁹ Este instrumento fue desarrollado por el grupo de investigación “DIDAQUIM” del proyecto curricular de Licenciatura en Química de la Universidad Distrital F.J.C

¹⁰ Adúriz-Bravo, A. 2001, P. 597-607.

Licenciatura en Educación Preescolar	9	✓
Licenciatura en Educación Básica	6	✓
Licenciatura en Química	4	✓
Licenciatura en Artes Plásticas	1	✓
Ingeniera Electricista	1	✓
Ingeniería Catastral y Geodesta	1	✓
Licenciatura en Educación Especial	1	✓
Licenciatura en Matemáticas	2	✓
Licenciatura en Lengua Castellana	3	✓
Licenciatura Ciencias Sociales	3	✓
Licenciada en Biología	1	✓
Administración de Empresa	1	✓

Resultados

Consideramos pertinente presentar en este apartado los resultados generales obtenidos, sin tener en cuenta el análisis que se realizó por: género, edad, nivel de desempeño, tipo de institución, naturaleza, etc., los cuales están a disposición de los interesados en los archivos del grupo de investigación “ethos et paideia” y más específicamente en la línea de investigación *“Formación Docente en Bioética y Biojurídica”*, que adelanta dicho grupo.

Modelo Pedagógico Didáctico. “MPD”

El objetivo del instrumento “MPD” es identificar las ideas o concepciones que tiene el docente sobre el proceso enseñanza-aprendizaje, lo cual abarca, todas las variables del proceso docente-educativo. Estas son: objetivos, contenidos, metodología en el aula, evaluación, el papel del profesor etc., es decir, el objetivo central de este instrumento es

poder identificar cual es el “modelo pedagógico” que orienta la labor docente de los profesores participantes.

Tabla No. 2: Análisis de Resultados “MPD”

Modelo Pedagógico Didáctico			
Instrumento Modelo-Pedagógico			
Categoría	Modelo tradicional	Modelo activista	Modelo Alternativo
Objetivos	18	10	9
Planeación	7	17	13
Metodología	22	9	6
Contenido	21	10	6
P. Prof.	20	9	8
Evaluación	19	9	9

Como se observa en la tabla 2., a pesar de que el mayor número de respuestas quedaron ubicadas en un modelo tradicional, se observa una gran dispersión de los resultados con respecto a las variables genéricas que forman parte de un modelo pedagógico, lo cual nos permite afirmar que los profesores no soportan sus prácticas en un modelo pedagógico claramente definido, por el contrario, esta dispersión es evidencia directa de la escasa fundamentación pedagógica de los “proyectos de aula”. Comentados estos resultados con algunos de los docentes participantes, manifestaron que la explicación, para ellos correcta, era que su modelo es lo que podría llamarse “modelo pedagógico integrado”, el cual resulta de tomar de cada modelo, aquello que se considera importante para desarrollar las propuestas de aula.

The Nature Of Science. “NOS”

El objetivo del instrumento “NOS”, es identificar las concepciones de los docentes con respecto a la Naturaleza de la Ciencia, es decir, las ideas con relación a tres aspectos relacionados con la ciencia, a saber: a) La relación entre teorías y hechos b) La naturaleza del conocimiento científico y, c). El desarrollo del conocimiento científico.

Tabla No. 3: Análisis de Resultados “NOS”

ANÁLISIS DE RESULTADOS Naturaleza de la Ciencia		
The Nature Of Science		
Categoría	VISION TRADICIONAL	VISION AVANZADA
Relación Teoría-Hechos	28	9
Naturaleza del Conocimiento Científico	21	16
Desarrollo del Conocimiento Científico	27	10

Al igual que los resultados presentados en la tabla 1, existe un gran dispersión, sin embargo, para este caso, se puede deducir que los docentes están cercanos a una concepción tradicional de la ciencia, la cual está caracterizada por visiones ingenuas y dogmáticas, marcadas por corrientes de claro perfil positivista. Es claro entonces, la gran distancia que existe entre las concepciones de los docentes participantes y los desarrollos contemporáneos de la ciencia, la filosofía de la ciencia y desde luego de la didáctica de las ciencias.

Test ideas previas 1: Identificación de concepciones en Bioética.

El objetivo de este instrumento, es identificar las concepciones que poseen los docentes en relacionados con algunos conceptos básicos y temas centrales que se trabajan

en bioética y biojurídica. Para el análisis de los resultados obtenidos se utilizaron grillas de calificación de preguntas abiertas, diseñadas por grupo “ethos et paideia”.

Tabla No. 4: Resultados test de Ideas previas 1

ANÁLISIS DE RESULTADOS -TEST DE IDEAS PREVIAS-				
Identificación de concepciones en Bioética				
Nivel	Niveles explicativos			
	Novato	Aprendiz	Proficiente	Distinguido
Conceptos				
Moral	37	0	0	0
Ética	37	0	0	0
Virtud	37	0	0	0
Valores	37	0	0	0
Persona	37	0	0	0
Dignidad	37	0	0	0
Conciencia y conciencia moral	37	0	0	0
Bioética	37	0	0	0
Ley	37	0	0	0
Norma	37	0	0	0
Biojurídica	37	0	0	0
Bioderecho	37	0	0	0
¿Qué quieres?	37	0	0	0
¿Qué eres?	37	0	0	0
¿Quién eres?	37	0	0	0
¿Cuáles son los valores que orientan sus acciones?	36	1	0	0

La investigación permitió establecer que existe una falencia grande y grave, en la población de docentes que participó en este trabajo, con respecto a la precisión conceptual sobre bioética y biojurídica. No hubo diferencia significativa en los resultados obtenidos entre los docentes adscritos a la educación preescolar, básica, media y educación superior de las instituciones educativas de Bogotá, esto se hizo evidente en los resultados obtenidos, con todos y cada uno de los instrumentos aplicados para la recolección de información, en donde aproximadamente el 99 % de la población se ubicó en nivel “novato”. Esto

significa que se debe iniciar un proceso rápido y urgente de preparación de docentes en estos campos del saber, antes de delegar en ellos la tarea de preparar a otros en estos campos del saber, que exigen las más altas calidades académicas y profesionales.

Tabla No. 5: Test de Ideas Previas 2.

ANALISIS DE RESULTADOS -TEST DE IDEAS PREVIAS 2-				
Identificación de concepciones en Biojurídica				
	Niveles explicativos			
	Novato	Aprendiz	Proficiente	Distinguido
¿Cuándo comienza la vida humana?	37	0	0	0
¿El concebido no nacido (Nasciturus) es persona?	37	0	0	0
¿El aborto es legal en Colombia? Es legítimo?	36	1	0	0

Test de ideas previas 3: Conocimiento didáctico de la bioética

La finalidad de este instrumento, fue indagar por los fundamentos pedagógicos y didácticos que orientan los procesos de enseñanza y aprendizaje de la bioética y la biojurídica.

Tabla No. 6: Test De Ideas Previas 3

ANALISIS DE RESULTADOS -TEST DE IDEAS PREVIAS 3-				
Conocimiento didáctico de la bioética				
	Niveles explicativos			
	Novato	Aprendiz	Proficiente	Distinguido
¿Qué enseño en bioética?	37	0	0	0
¿Por qué enseño bioética?	37	0	0	0
¿Para qué enseña bioética?	37	0	0	0
¿Cómo enseño bioética?	37	0	0	0
¿Cómo evalúo lo que enseño de bioética?	37	0	0	0
Construya un mapa conceptual a partir del syllabus.	37	0	0	0

La gran mayoría de profesores participantes manifestaron no tener conocimientos, ni siquiera a nivel básico, acerca de la enseñanza de la bioética ni mucho menos de la biojurídica. Incluso, en este punto la respuesta más común fue *“la palabra biojurídica es un término que escucho por primera vez”*, por lo tanto, se abstuvieron de contestar este instrumento. Razón por la cual fueron clasificados como novatos.

Estudio de Casos.

Los casos tuvieron como fin identificar los conocimientos procedimentales y actitudinales de los profesores participantes para resolver problemas de interés en bioética. De los resultados obtenidos se deduce que los profesores, no cuentan con el conocimiento apropiado para el abordaje adecuado de este tipo de problemas. El tratamiento dado y la metodología seguida por los profesores a los problemas presentados responden al sentido común y a la forma como habitualmente trabajan los docentes en su práctica diaria para resolver cualquier problema cotidiano.

Conclusión

En consecuencia, podemos afirmar que se requiere, con urgencia, incluir la enseñanza de la bioética y la biojurídica en todas las facultades de educación, pues iniciar por formar a los presionales de la educación, es un requisito no negociable en el momento actual, pues es claro, que son los maestros los responsables directos de formar a las nuevas generaciones en estos campos del saber, de no hacerlo, el grave daño a corto y mediano plazo es irreparable.

En síntesis, podemos afirmar, con base en los resultados obtenidos, que existe una profunda debilidad conceptual en los docentes que formaron parte de la población objeto de estudio acerca de la bioética y un nulo conocimiento acerca de la biojurídica y, por lo tanto, un desconocimiento total y absoluto acerca de la didáctica de estas disciplinas y del valor

pedagógico de estas áreas en la formación de ciudadanos del presente milenio, situación grave y preocupante, no sólo por los compromisos adquiridos por el país, sino sobre todo, por las graves falencias que nuestros estudiantes llevarán en su formación.

Bibliografía

Adúriz-Bravo, A. *Integración de la epistemología en la formación del profesorado de Ciencias*. Tesis doctoral. Bellaterra-España, 2001, PP: 597-607.

UNESCO. Declaración Universal sobre Genoma Humano y los Derechos Humanos, 1997.

UNESCO. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. 2005. p639

Pinilla, J. Formación de profesores de ciencias en bioética, biojurídica y biopolítica para la educación básica y media. En: F. León, *Docencia de la Bioética en Latinoamérica. Experiencias y valores compartidos*. Fundación Interamericana Ciencia y Vida. FELAIBE. Santiago de Chile, 2011, PP. 85-92.

Una aproximación multipaís de la utilidad de los Códigos de Ética de Farmacia en la toma de decisiones éticas

Sandra M. Fábregas, Regina Wikinski, Comisión de Ética y Farmacia de la Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética (FELAIBE)

Magaly Pedrique, Facultad de Farmacia, Universidad Central de Venezuela

Raquel Rodríguez, College of Pharmacy, University of Minnesota

Antecedentes

La autorregulación y la autodisciplina son generalmente considerados por la sociedad como requisitos para una profesión, en particular las profesiones que están asociadas con el mantenimiento y regeneración de la salud y el bienestar de los individuos dentro de la sociedad. La preocupación común para la autodisciplina colectiva abarca la esencia misma de una ética profesional y es uno de varios criterios generalmente aceptados que sirven para distinguir una profesión de otras ocupaciones. Esta ética es generalmente promulgada por las asociaciones profesionales en la forma de un Código de Ética, que es un conjunto detallado, explícito, de las normas operativas de conducta profesional, una lectura pública de acciones deseables y no deseables que tiene un impacto en el carácter de una profesión y su fiabilidad funcional.¹

Si bien los códigos de ética pueden tener muchos elementos, la función principal de cualquier código sería promover un comportamiento ético y servir como elemento de disuasión a la conducta no ética. No hay duda de que esta utilidad práctica es la razón fundamental para la propagación de todos los códigos.

Sin embargo, algunos autores² comentan que los códigos de ética profesional también tienden a ser vagos y difíciles de aplicar a situaciones prácticas. Las afirmaciones escritas podrían ser

¹ Haddad, A., Buerki, R. Ethical Dimensions of Pharmaceutical Care. New York, The Haworth Press, 1997, p. 51.

² Buerki, R., Vottero, L. Ethical Responsibility in Pharmacy Practice. , Wisconsin, American Institute of the History of Pharmacy. 1994, p.41

percibidas como de poco valor práctico para los profesionales que buscan orientación en la resolución de algunos problemas éticos en su ejercicio profesional.

No obstante, es importante señalar, que a pesar de las deficiencias demostrables de los códigos de ética profesional, es evidente que muchos de ellos han sido escritos con la noble intención única de orientar éticamente la práctica profesional.³ Estos tienden a reflejar un amplio conjunto de valores morales que se han expresado a través de un proceso de amplia consulta, debates refinados, evaluación y revisión por los profesionales durante un período de tiempo y por lo tanto están bien situadas para funcionar como guías de acción significativas.⁴

Los Códigos de Ética profesional han resistido la prueba del tiempo y en general no sólo ejercieron una fuerza positiva y coherente en los miembros individuales de una profesión, sino que también sirvieron como punto de referencia públicamente proclamados por una norma de conducta profesional por encima y más allá de las expectativas mínimas legales y sociales.⁵

Por la misma naturaleza, la mayoría de los códigos profesionales tienen un alcance autolimitado y restringido. Breves códigos de ética son demasiado abstractos o idealizados para ser útiles y pueden evitar el trato con áreas sensibles. Estos códigos están diseñados principalmente por su valor de relaciones públicas y se describen generalmente como *aptos para enmarcar y mostrar en su lugar de ejercicio profesional*. El código ideal por lo general es conciso y generalizado y se complementa por un manual de interpretaciones o historias de casos.⁶

Tres tipos de códigos profesionales se pueden identificar en la literatura: aspiracional, educativo y reglamentario. Los códigos de ética que están enfocados principalmente en aspiraciones, se centran en los ideales de práctica en los cuales los profesionales miembros deben emplear sus esfuerzos. Un código educativo, estará lleno de declaraciones de principios, tal vez con el comentario o interpretación que son útiles en el tratamiento de los problemas encontrados en la

³ Johnstone, MJ. *Bioethics-A Nursing Perspective*. 5th Ed. Australia, ELSEVIER. 2010.p.21.

⁴ *Ibidem*.

⁵ Buerki, R., Vottero, L. *Ethical Responsibility in Pharmacy Practice*. 2nd Ed. , Wisconsin, American Institute of the History of Pharmacy. 2002. p.40.

⁶ *Ibidem*. pp 40-41.

práctica profesional. Estos códigos también pueden ser útiles para los miembros más jóvenes que están entrando a la profesión como una introducción a las normas profesionales. Un código de tipo reglamentario se enmarca en los conjuntos de normas detalladas destinadas a regular la conducta profesional, y sirve de base para la solución de quejas. En realidad, cualquier código de ética profesional puede combinar estos tres tipos.⁷

Introducción

Los códigos de ética tienen el potencial para articular las características y los ideales de una profesión y para facilitar el conocimiento y el discurso sobre las cuestiones éticas. Por lo tanto, a través del proceso de deliberación moral que los engendró, pueden funcionar como catalizadores para la conducta ética, tanto para aumentar la conciencia de las prioridades éticas para proporcionar una orientación proveniente de profesionales experimentados, para la resolución de dilemas éticos a nivel práctico por los profesionales en ejercicio.⁸

Mediante la expresión de un determinado conjunto de valores éticos, un código de ética hace posible la discusión y el debate de las cuestiones éticas dentro de un determinado grupo profesional, proporciona un lenguaje moral, que puede ser utilizado de manera significativa por los suscriptores a un código determinado, para identificar y discutir asuntos de importancia moral y para avanzar en su medio en la promoción de la ética profesional general.⁹

A. Códigos de Ética de Farmacia

La Deontología es la Ciencia que se ocupa de los deberes y por tanto es parte de la Ética. Dicho esto, es preciso indicar que el tratado más antiguo de Deontología Médico-Farmacéutica es el Juramento de Hipócrates, pero será la Carta Magna de la Farmacia, dictada por Federico II en 1241 quien dispuso la separación oficial entre Medicina y Farmacia, y la cual contendría las primeras

⁷ Haddad, A.y cols., 1999,p. 156.

⁸ Johnstone,MJ. A Nursing Perspective,5th Ed. Australia, ELSEVIER. 2010, p..20

⁹ Ibid..p.21

normas deontológicas para el profesional farmacéutico.¹⁰ Será el farmacéutico el que preparará los medicamentos que prescriba y ordene el médico. El boticario juraba *preparar fiel y lealmente los medicamentos, No entregar venenos, no estar en convivencia con el médico, y guardar el secreto médico.*¹¹ Esta gestión se produjo por motivos éticos, y en beneficio de los pacientes para evitar que pudiera prevalecer el interés económico del médico respecto a los intereses de los pacientes.

Así las cosas, los Códigos de Ética de Farmacia han servido tradicionalmente a varios propósitos, entre los cuales los de mayor importancia son: 1) Explicarle al público sobre la educación, deberes y responsabilidades del farmacéutico, 2) Proveer una guía al profesional farmacéutico en cuanto a dilemas éticos.¹² 3) Utilizar los Códigos de Ética como bibliografía para educar a los profesionales y a los estudiantes de grado y posgrado para que conozcan durante sus estudios las bases de la Ética Profesional y de la Investigación científica, tanto experimental como clínica y 4) Preparar a los farmacéuticos para que formen parte de los Comités de Ética gubernamentales y privados en sus distintos niveles, nacionales, estatales, de ciudades, hospitales, clínicas y en la farmacia comunitaria¹³

B. El papel de los Códigos de Ética de Farmacia en la toma de decisiones éticas

Para efectos de este trabajo, nos enfocaremos en el propósito de los Códigos de Ética como guía profesional para atender dilemas éticos y ayudar en la toma de decisiones.

Por lo general, el proceso de toma de decisiones éticas es asistido por: (a) teorías y principios éticos, (b) el carácter y la virtud, (c) derechos y deberes y (d) los códigos profesionales. Así también, un entendimiento de un “modelo” que ayude a alcanzar estas decisiones.

¹⁰ Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. www.sefh.es/pdfs/CodigoEticaFarmaceutica.pdf. accesado el 1 de febrero de 2013.

¹¹ Galan A. Rev. Latinoam. de Derecho Médico y Medicina Legal Vol 8 (2), Dic. 2003- 9(1-2), Jun.-Dic. 2004: 55-63.

¹² Fink, Joseph. Developing Ethical Standards: The Role of People, the Role of Codes. Accesed. Jan. 01, 2013. <http://www4.samford.edu/schools/pharmacy/ijpe/011/heal2010.pdf>

¹³ Programa de Estudios de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad de Buenos Aires, 2008.

De otra parte, de la misma manera que la práctica de farmacia se da en el contexto de un mundo real, así también, la toma de decisiones éticas se ve afectada por influencias externas como: (1) autoridad profesional, (2) competencia técnica, (3) reglas, (4) valores profesionales y (5) fuerzas económicas.

Los Códigos de Ética en Farmacia son considerados una autoridad externa y los farmacéuticos lo invocan para ayudarles a resolver dilemas éticos.¹⁴

Un Código de Ética en una especialidad de un profesional de la salud, por ejemplo, ha hecho público como parte de la presentación del mismo que éste *provee el marco para analizar y resolver dilemas éticos cuando surgen conflictos ya sea de la práctica o la empresa de proveer cuidado profesional. Además, que asiste a los manejadores de cuidado a examinar los asuntos éticos presentes en todos los aspectos de su trabajo mediante la identificación de los principios que necesitan ser considerado y establecer prioridad cuando es necesario hacer una selección.*¹⁵

La literatura es escasa en el tema del uso práctico de los mencionados Códigos, especialmente en el proceso de toma de decisiones ante el surgimiento de dilemas éticos. En el ánimo de solidarizarnos con el tema principal del IX Congreso FELAIBE-Bioética para la toma de decisiones, gestamos ésta investigación a base de experiencias previas con el uso de los Códigos de Ética Profesionales en la Práctica de Farmacia. Al presente no nos consta que haya investigaciones previas en el tema de toma de decisiones éticas en la práctica de farmacia en Latinoamérica y el papel que los Códigos de Ética pudieran ejercer en éstas.

Como antes se ha dicho, en el análisis literario encontramos que en general, los aportes al tema de los Códigos de Ética son un tanto aislados o limitados o tal vez no muy conocidos. Por ejemplo, en el 2001, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España redactó por primera vez el Código de Ética y Deontología de la Profesión Farmacéutica. Este consiste en una recopilación de principios y reglas éticas cuyo objetivo es inspirar y guiar la conducta profesional del farmacéutico. Consta de *Introducción, Definición y ámbito de aplicación, Principios generales,*

¹⁴ Buerki, R., 2002. p.57

¹⁵ Code of Ethics. National Association of Professional Geriatric Care Managers, <http://www.caremanager.org/about/code-of-ethics/> accesado el 1 de marzo de 2013.

Relaciones con el paciente, Relaciones entre los farmacéuticos y con otros profesionales sanitarios, Relaciones con la Sociedad, Relaciones con la corporación farmacéutica, Relaciones con las instituciones e Investigación, Docencia y Publicidad. Uno de los autores de dicho Código entiende que *hacía falta dotar a la profesión y a la organización colegial de un código deontológico que derivase de los principios éticos que lo orientan y le dan sentido*. Con su aprobación, la Profesión Farmacéutica dotó al colectivo farmacéutico español, por vez primera en su historia, de una norma vinculante en el ámbito de la ética profesional.¹⁶ El doctor Esteva Sagrera, quien es un reconocido historiador de la farmacia y estudioso de la deontología farmacéutica y bioética,¹⁷ abunda en que sólo hubo un tema conflictivo. Este fue el tema de la objeción de conciencia. Finalmente se aprobó el artículo # 28 que se lee: *El farmacéutico está facultado para la objeción de conciencia, pero han de respetarse tres cosas: la libertad del paciente, su derecho a la salud y el derecho a la vida.*

El doctor Esteva Sagrera postula que el mencionado Código es útil porque delimita el terreno, indica las reglas de juego, precisa lo que es ético y lo que no, en un ámbito que es siempre resbaladizo y opinable. Además, *la ausencia de Código dejaba a los colegios profesionales indefensos y las comisiones de deontología no podían funcionar sin un código.*

En una larga entrevista en el 2001 el doctor Esteva Sagrera¹⁸ concluye que: Los códigos deontológicos pertenecen al ayer y están pasados de moda. Hoy se estilan los códigos de ética y sus implicaciones deontológicas. Primero es la ética, luego la deontología.¹⁹

En Latinoamérica, otro Código de Ética redactado en el periodo de 2000-2001, es el Código de Ética y Deontología del Colegio de Farmacéuticos de Perú. El mismo, según la Dra. Esther Romero de Cipriani, Decana Nacional, *establece principios, valores, normas, que deben observar los*

¹⁶ Fernández, F. Quién es Quién. OFFARM Marzo 2001. p.48

¹⁷ Universitat de Barcelona. Joan Esteva de Sagrera: "Today's pharmacies bear no resemblance to those of the 20th century". Nov. 10, 2010. Accesado el 1 de marzo de 2013. www.ub.edu

¹⁸ El doctor Sagrera participó activamente en la redacción del Código de Ética Farmacéutica y Deontología de la Progresión de Farmacéutica, como miembro del Código Deontológico del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacia, F. Fernández. Quien es Quien, OFFARM Marzo 2001, p.46

¹⁹ Fernández, F. ,2001, p 49.

profesionales Químico Farmacéuticos, y que le servirá de guía en el ejercicio profesional conduciéndolos a la búsqueda de la calidad que redundará en beneficio de la salud del pueblo peruano y engrandecimiento moral del Químico Farmacéutico.²⁰

A diferencia de otros Códigos de Ética Profesionales, en este Código se le dedica un apartado completo a la práctica indirecta de la profesión como sería la docencia. En el título X del mencionado Código lee:

Art. 55. El Químico Farmacéutico en la docencia formará a sus discípulos en la búsqueda de la verdad científica y filosófica, en la creación de conocimiento y conservación del saber, integrado investigación, docencia y proyección social en una unidad al servicio de la comunidad.

Art. 56 El Químico Farmacéutico Docente cultivará, promoverá y afirmará los valores ético-culturales, la práctica de la libertad de pensamiento, la crítica y la expresión en todo acto académico con sus discípulos, demostrando calidad moral y elevada competencia profesional.

Art. 57 Cuando el Químico Farmacéutico ejerza docencia en niveles no universitarios de farmacia, debe velar porque los contenidos educativos correspondan a dicho nivel.

De igual manera, no tenemos evidencia, en manos de quién o quiénes está el manejo de esta guía profesional. Con estas interrogantes y con gran interés diseñamos el estudio que presentamos a continuación.

Metodología

La sistemática indagación de la literatura de la ética farmacéutica y bioética en el tema de los Códigos de Ética sirve de marco de referencia para este estudio. A esta indagación se le añade la experiencia de los autores con el uso y manejo de los Códigos de Ética Profesional dentro de un foro de deliberación ética en el gremio profesional.

²⁰ Código de Ética y Deontología 2000-2001. Colegio de Químico Farmacéutico del Perú. Accesado 15 de marzo de 2013. www.cqfaqp.org

La tarea de examinar el nivel de uso y utilidad de los Códigos de Ética Profesional es un proceso continuo. Con el compromiso de la Comisión de Ética y Farmacia de FELAIBE y el decidido apoyo y compromiso de cada uno de sus miembros continuamos esta labor, la que da paso a la iniciativa de nuestro estudio por invitación del Dr. Francisco J. León, Presidente de FELAIBE 2011-2013.

B. Instrumento

El instrumento utilizado para la obtención de la data a discutirse fue el desarrollo de un cuestionario que consistió en 10 preguntas abiertas. Los parámetros utilizados en la selección de ésta estrategia fueron: localización, distribución y acceso a los participantes. El diseño de las preguntas formuladas se basó en la revisión de literatura y en la experiencia de los miembros y colaboradores de la Comisión de Ética y Farmacia de FELAIBE. Estas se enviaron a través de correo electrónico con una invitación a participar a los Presidentes de los Colegios o Federaciones Profesionales, en donde se tenían contactos establecidos como resultado del Estudio multipaís de la enseñanza y práctica de la ética farmacéutica en Latinoamérica, presentado y publicado por FELAIBE en el 2011. Los países contactos fueron: Argentina, Brasil, Chile, El Salvador, España, México, Nicaragua, Puerto Rico, República Dominicana y Venezuela. El cuestionario fue enviado el 20 de febrero de 2013. Se aprovechó la oportunidad para solicitarle a los Presidentes de Colegios de Farmacéuticos los Códigos de Ética Profesional actualmente vigentes en su gremio.

El objetivo del estudio fue delineado como de carácter exploratorio. Este es el conocer un poco más sobre la utilidad de los Códigos de Ética como herramienta en la toma de decisiones cuando emergen conflictos en la práctica de farmacia. Las áreas de enfoque fueron: a) vigencia y actualidad, b) valor y uso, c) contexto y protocolo vinculado al Código. Al ser todas las preguntas de formato abierto, esto dió paso a que los participantes expusieran sus situaciones pertinentes y abundaran sobre el asunto según fuera el caso, enriqueciendo los datos a analizar.

Esta investigación quiso abarcar tendencias en los Códigos de Ética de los países identificados en términos de los temas a nivel de la profesión, de los pacientes, los colegas farmacéuticos y otros profesionales de la salud, y la comunidad. Así pues, la herramienta de análisis será el análisis de contenido.

IV Resultados

A. El panorama ibero latinoamericano en los temas y estructura en los Códigos de Ética

El Código de Ética Español, se tomó como base para identificar las tendencias de los Códigos recibidos desde los Colegios Profesionales de Farmacéuticos de: Argentina, Brasil, México, Puerto Rico y Venezuela, en cuanto a los temas tratados en sus artículos o capítulos así también como en su estructura. Se utilizó como base porque es el más que conocemos.

En el Código de Ética Español se distinguen los siguientes capítulos y temas.

(Tabla I)

Capítulos	Contenidos
I	Coincide con el Definición: Ambito de aplicación. Principios Generales. Contiene 11 artículos que resumen los principios, deberes y temas de interés en el ejercicio profesional. Todos estos artículos están desarrollados en los capítulos subsiguientes.
II	Relaciones con el paciente
III	Relaciones entre los farmacéuticos y con otros profesionales sanitarios
IV	Relaciones con la Sociedad
V	Relaciones con la Corporación Farmacéutica
VI	Relaciones con las Instituciones
VII	Publicidad
VIII	Investigación y Docencia

A continuación se presentan un análisis comparativo de los Códigos de cinco colegios profesionales de Farmacéuticos.

(Tabla II)

Colegio o Gremio Profesional	Estructura y Contenido General
Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires, Argentina	Contiene 9 capítulos con 9 temas. Coincide con el Código Español en el Cap.1, II, III,IV,VI y VIII. Como temas nuevos tiene en su Cap.V-De los Farmacéuticos en la elaboración, comercialización, dispensación y demás procesos del medicamento, Cap.VII-Presencia Profesional-Turnos, Cap.VIII-De la Dicotomía y Cap.IX-De las relaciones con la organización farmacéutica..

<i>Conselho Federal de Farmacia.</i>	Contienen 9 capítulos con sus respectivos títulos. Coincide en el Código Español en el Cap.I, II, III y VI. Como temas nuevos tiene en su Cap. IV-Prohibiciones, Cap.V-Derechos, Cap.VIII-Infracciones y sanciones disciplinarias y Cap.IX-Disposiciones Generales.
Consejo Nacional de Químicos, Farmacéuticos y Biólogos de México.	No sigue el modelo español en términos de estructura. Tiene tres secciones bajo los títulos de: 1) Introducción, 2) Compromiso y 3) Principios. La sección más amplia es la de principios que consta de 12 afirmaciones relacionadas a valores profesionales como: respeto a la autonomía del individuo y la sociedad, honestidad e integridad en las relaciones profesionales, competencia profesional, entre otros.
Colegio de Farmacéuticos de Puerto Rico	Contiene 6 Capítulos y 6 títulos. Coincide con el Código d Etica Español en los Caps.I, II,III,IV y V. Como tema nuevo tiene en su Cap.VI-Derecho a objetar por conciencia.
Colegio de Farmacéuticos de Venezuela (ratificado en marzo de 1981)	Contiene 7 Capítulos y 7 títulos. Coincide con el Código d Etica Español en los Caps.I,II,III,VI y VII. Como temas nuevos tiene en su Cap III-Incompatibilidades con el ejercicio de la Medicina, Veterinaria y Enfermería y en su Cap.VII. Sanciones disciplinarias.

El análisis de los textos completos de los Códigos, algunos de los cuales ya han sido dados a publicidad por las redes electrónicas, permite señalar en primera instancia, que el ámbito de aplicación y las normas de ejercicio profesional guardan clara similitud entre los diferentes Códigos y con el Código Español que se usó como guía.

Se destaca la aplicación de criterios éticos en el ejercicio profesional y en la relación con los demás profesionales en el ámbito de salud, la prestación de servicios sin distinción de sexo, raza, religión y cultura, la honestidad en el manejo del medicamento, la guarda de confidencialidad y el respeto a la objeción por conciencia. Se debe asegurar y controlar la negación del Farmacéutico a la participación en publicidad engañosa y la oferta de resultados farmacológicos seguros, aún cuando estén aprobados por la comunidad científica y las instituciones Gubernamentales de Regulación, ello debido a las diferencias interpersonales de los pacientes que surgen de los estudios en Farmacogenética.

En cuanto a los deberes y derechos de los farmacéuticos en relación con sus colegas, y las instituciones científicas y gremiales, no gubernamentales, que los representan a nivel nacional o

regional, los códigos analizados son similares en sus principios éticos, pero difieren en el detalle de las normas de cada nación con respecto al ejercicio profesional y la especificación de las sanciones que puede ocasionar el incumplimiento. Entre los casos analizados se puede destacar que los Códigos de Ética en sus aspectos deontológicos cumplen con las normas legislativas, dadas a conocer por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

De los Códigos de Ética analizados, el del *Conselho Federal de Farmacia* de Brasil, es el de más reciente revisión y como temas distintos al Código Español están las: a) Prohibiciones, b) Derechos, c) Infracciones y sanciones disciplinarias. Sería interesante indagar más en estos temas.

A. Algunas voces de Argentina, Brasil y España en relación a la utilidad y aplicación de los Códigos

Las encuestas que se recibieron procedieron de los presidentes de los gremios profesionales de los siguientes países. Argentina (Buenos Aires), Brasil y España (Sevilla). Para la obtención de las mismas, se requirió de varios seguimientos via *internet* para lograr el número de respuestas que se presentarán para discusión.

Aunque se obtuvo apenas una tercera parte de las respuestas esperadas en las encuestas, las que se recibieron sirvieron eventualmente como un buen marco de referencia para la información que se presenta a continuación.

En el tema de las bases bibliográficas que estos países utilizan para la redacción de sus códigos, encontramos por ejemplo que en el Colegio de Farmacéuticos de Sevilla, España, se genera su contenido de las Publicaciones O.S.M., del Ministro de Sanidad y Servicios Sociales y Consejo General de Colegios Farmacéuticos. En el caso del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires, se utiliza la Declaración de la Federación Internacional de Farmacia (FIP) sobre normas profesionales Vancouver, 1997; Códigos de Éticas de los Farmacéuticos de otros Países como el de Brasil y Madrid. En el caso de Brasil se indica que se usa como base el código estadounidense y los códigos de otros profesionales de la salud de su propio país. Tomando este dato en consideración se podría esperar una similitud en sus contenidos.

Los valores profesionales que estos códigos fueron resumidos en las siguientes aseveraciones: Formación continuada, responsabilidad, lealtad, disciplina profesional. Se destacan: la promoción

del uso racional del Medicamento, la objeción por conciencia, la integración de los principios y normas como un conjunto coherente y solidario y mas relaciones entre farmacéuticos sustentadas en el respeto mutuo. Más aú, la protección y promoción de la salud pública.

El Colegio Oficial de Farmacéuticos de Sevilla de España, indicó que su Código de Ética está vigente desde Diciembre del 2005 y que no hay plazo para su revisión. Es la Junta General Extraordinaria a quien le correspondería pautar una próxima revisión. El Colegio de Farmacéuticos de Buenos Aires, en Argentina, indicó que su Código de Ética fue aprobado en Asamblea Extraordinaria en Julio de 2012 y que el anterior data de 1986. Al igual que el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Sevilla, no hay estipulado un lapso de tiempo particular para llevar a cabo una revisión la cual debe ser realizada por el Tribunal de Disciplina y aprobado por la asamblea de Colegiados. En el caso de *Conselho Federal de Farmacia* de Brasil, su primer Código de Ética empezó a estar vigente el 5 de junio de 1962. Su revisión está a cargo de la Comisión de Legislación y Reglamento del Consejo General de Farmacia, tras consulta pública y aprobación por el Plenario del Colegiado. La revisión más reciente del Código es del 2008. Eso se hace cada vez que el avance de temas profesionales requiere una actualización.

En cuanto a los propósitos que sirven los Códigos en los Colegios consultados, se evidencia que en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Sevilla, se pretende: *Proveer a sus miembros de instrumentos válidos para el ejercicio profesional más allá del cumplimiento de normas legales, inspirados en valores humanos.* En el Colegio de Farmacéuticos de Buenos Aires, de Argentina, el propósito de su Código es servir de *guía de conducta ajustada a la normal moral.* Para ello, se incorporan unos principios fundamentales, de carácter universal de la profesión. El *Conselho Federal de Farmacia* de Brasil, expone que su Código se utiliza para *guiar al farmacéutico en relación con los dilemas profesionales que se encuentran en su actividad cotidiana además de proporcionar parámetros para el juicio y sanción a los transgresores de las normas.*

Ante la pregunta de si los escrutinios de las situaciones éticas se llevan a cabo basado solamente el Código de Ética se evidencia que en el caso del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Sevilla el escrutinio es a través de la Comisión Deontológica la cual vigila el ejercicio de oficio a través de denuncias de usuarios y consumidores. En el caso del Colegio de Farmacéuticos de Buenos Aires, tampoco se depende el escrutinio depende solamente de su Código de Ética. El escrutinio se hace conforme a su sistema legal y el Honorable Tribunal de Disciplina. *Solo puede resolver y*

consecuentemente vetar, en situaciones éticas tipificadas en el Código de Ética. El Conselho Federal de Farmacia de Brasil, sus escrutinios están basados solamente en su Código de Ética.

El uso reciente del Código de Ética en los respectivos Colegios que participaron, tuvo como punto de partida la frecuencia de uso en los últimos 12 meses. Las respuestas fueron cuantificadas de distinta manera por cada uno de ellos. Por ejemplo, el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Sevilla, indica que: *al menos una o dos veces al mes, en expedientes informativos y/o sancionadores.* En el caso del Colegio de Farmacéuticos de Buenos Aires, éste tiene *atribuido el gobierno de la matrícula y el ejercicio del poder disciplinario respecto al farmacéutico y solo sobre estos aspectos puede intervenir, actuando exclusivamente en relación a la conducta de sus matriculados. Las reuniones del Tribunal son frecuentes y en las mismas se lleva a cabo el tratamiento de las causas disciplinarias para su resolución.* El Conselho Federal de Farmacia de Brasil indicó que el 2012 entre todos los Consejos Regionales de Farmacia (total 27) uno por estado y el distrito federal, *se transmitieron 729 procesos éticos de los cuales 606 por ausencia de farmacéutico en su posición de trabajo.*

Los foros o personas designadas para la toma de decisiones éticas fue otra pieza de información incorporada al estudio. Con esto en consideración se preguntó cómo se seleccionan las personas, por cuánto tiempo y si todos son farmacéuticos. En el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Sevilla, el foro es la Comisión Deontológica. El plazo máximo para los miembros de ésta es de 4 años y la componen de 3 a 5 farmacéuticos. En el Colegio de Farmacéuticos de Buenos Aires se cuenta con el tribunal de Disciplina que se compone de 5 miembros titulares e igual número de suplentes electos por voto directo de los colegiados y se proclaman en la Asamblea. Su función es por cuatro años y pueden ser reelectos. El Conselho Federal de Farmacia de Brasil, como antes mencionado, tiene como foro los Consejos Regionales de Farmacia y los miembros de los Comités de Ética son nombrados por la Junta Directiva y aprobados por el Plenario de cada Consejo y certificados tras publicado en el Diario Oficial. Los miembros están en dichos puestos por dos años y todos son farmacéuticos.

Ante la de si pregunta que pretendía conocer la existencia de un procedimiento o protocolo para llevar una situación ética al foro se evidencia que, por ejemplo, en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Sevilla, la queja debe hacerse por escrito, a través de los Registros de las Administraciones Públicas, Ayuntamientos, Delegaciones o el propio Colegio. Colegio de

Farmacéuticos de Buenos Aires, éste cuenta con *un cuerpo de inspectores y de las actas de los mismos surge la aplicación del Código en el caso de constatarse desvíos a las pautas éticas. Más aun la instancia disciplinaria puede ser iniciada por denuncia de autoridades administrativas, judiciales, sanitarias y/o Obras Social. De igual manera pueden ser iniciadas por el propio consejo directivo o por denuncias de terceras personas o instituciones.* De su parte, El Conselho Federal de Farmacia de Brasil, inicia el procedimiento mediante la denuncia formal de cualquier ciudadano o constatación de la supervisión de los Consejos Regionales de Farmacia. .

V. Discusión

A base de los Códigos de Ética examinados y las encuestas respondidas se evidencia un interés en guiar de manera definitiva la práctica contemporánea de farmacia en su compromiso con la profesión, los pacientes, sus colegas y otros profesionales de la salud y la sociedad.

Se entiende que las diferencias entre los códigos examinados corresponden a la realidad del país en términos de su estructura o jerarquía comunitaria, social o gubernamental. A base del 60% de los Códigos de Ética obtenidos para análisis, se observa que algunos se distinguen por ser más inspiradores, otros más educativos y otros más reglamentarios. Independientemente de cómo sean estos clasificados, todos llevan el mensaje de estructura solidaridad, y se observan similitudes que sostienen la universalidad de los valores éticos que son pilares en la redacción de los códigos.

De igual manera se observa el uso frecuente de estos Códigos Profesionales que reflejan la continua relevancia de los mismos. Estos, se constituyen en la piedra angular para guiar según sea el caso, el proceso deliberativo en asuntos éticos. Sin lugar a dudas la necesidad de continuar trabajando en su redacción y actualización es una labor de compromiso, y lealtad hacia la profesión que son testimonios de los mismos valores que se fomentan en dichos escritos. Se llegará a lograr un Código Global? Esta pregunta de reflexión da paso a futuros estudios y debates que son retos para aquellos que entienden que la ética no tiene fronteras.

VI. Conclusión

Los Códigos de Ética de Farmacia, que a veces aparentan estar perdidos en la historia, siguen cobrando una vigencia en una profesión que se re inventa cada día a la luz de los avances

tecnológicos, cambios en la economía y cambios demográficos en general. Estos documentos, baluarte de nuestra cultura como farmacéuticos están más “vivos” que nunca y se evidencia una tendencia en los gremios profesionales de hacerlos más prácticos y actuales. Aunque podría imperar la idea de que las Comisiones de Ética en los Colegios de Profesionales solo están para llenar un requisito más de orden reglamentario, lo cierto es que mantienen una actividad de gran significado para la salud de la práctica contemporánea de la profesión de farmacia para esta y futuras generaciones.

Bibliografía

Buerki,R., Vottero, L. Ethical Responsibility in Pharmacy Practice, Wisconsin, Madison. American Institute of the History of Pharmacy. (1994)

Buerki,R., Vottero, L. Ethical Responsibility in Pharmacy Practice, Wisconsin, Madison. American Institute of the History of Pharmacy. 2nd Ed.(2002)

Code of Ethics. National Association of Professional Geriatric Care Managers, <http://www.caremanager.org/about/code-of-ethics/> accesado el 1 de marzo de 2013

Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos Biólogos México,A.C., <http://www.colegioqfb.org.mx>. Accesado el 1 de marzo de 2013.

Colegio Químico Farmacéutico del Perú. Código de Ética y Deontología Farmacéutica 2000-2001 En: http://www.cqfaqp.org/descargas/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf accesado el 25 de abril de 2011.

Colegio de Farmacéuticos de Puerto Rico. En: <http://www.colegiodefarmaceuticospr.org/> accesado el 25 de abril de 2011.

Deontología Farmacéutica, disponible en: Ramos Carrillo, Antonio; Moreno Toral, Esteban; Martínez García, Consolación y González Lara, Francisco: Plan de Renovación de las Metodologías Docentes. Asignaturas en la Red 2009-2010. I Plan Propio de Docencia, Edición de CD con los Contenidos de la Asignatura Legislación y Deontología Farmacéutica. Sevilla. Universidad de Sevilla. 2010.

Directorio de Colegios de Farmacéuticos de Latinoamérica <http://practicafarmaceuticas.wordpress.com/anmat/colegios-de-farmaceuticos-de-latinoamerica/>Directorio accesado el 15 de febrero de 2013.

Esteva Sagrera.,J Historia de la Farmacia. Los Medicamentos, La Riqueza y el Bienestar. Massons SA.España Barcelona,2005

Fábregas S. Vélez A. “La Ética de una Profesión Sanitaria en transformación: La Farmacia,” *Cuadernos del Programa Regional de Bioética*, OPS, No.5, 1997

Fernández,F Quien es Quien. OFFARM Marzo 2001

Fink, Joseph. Developing Ethical Standards: The Role of People, the Role of Codes. Accesed. Jan. 01, 2013. <http://www4.samford.edu/schools/pharmacy/ijpe/011/heal2010.pdf>

Garbi M. Lolás F. Quezada A. "Ética y Farmacia. Una perspectiva latinoamericana". *Acta Bioethica*. Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética. Universidad de Chile. Programa de Bioética OMS/OPS. 2009.

Haddad, A. Buerki, R. *Ethical Dimensions of Pharmaceutical Care*, Pharmaceutical Products Press, N.Y. 1997.

Montagne M. R., "Ethics and Professionalism". En: Lippincott W. and Wilkins *Remington: The Science and Practice of Pharmacy*, 21th Ed. Philadelphia, Gennaro, AR (editor), 2006: 31

Veatch R. Haddad A. "Case Studies in Pharmacy Ethics" New York: Oxford University Press, 1999.

APÉNDICE I

Agradecemos nuevamente su deseo de participar en este estudio.

A continuación encontrará una serie de preguntas relacionadas a los Códigos de Ética Profesionales

1-¿Desde cuándo cuenta su organización con su Código de Ética Profesional? ¿Cuándo fue desarrollado?
¿Cada cuánto tiempo se evalúa?

2- ¿Cuáles son las bases bibliográficas del Código de Ética de su organización?

3- ¿A qué propósitos sirve el Código de Ética Profesional en su organización? ¿Juega algún papel en la toma de decisiones de asuntos relacionados a la práctica profesional de farmacia?

4- ¿Se hacen los escrutinios de las situaciones éticas basados solamente en el Código de Ética?
(EXPLIQUE) _____

5-¿Que valores profesionales entiende usted que claramente refleja el Código de Ética de su organización?

6- En los últimos 12 meses, cuántas veces se ha utilizado el Código de Ética de su Colegio y/o Asociación Profesional? (INDIQUE POR LO MENOS UNA SITUACIÓN EN QUE TUVO QUE HACER USO DEL MISMO Y PARA QUÉ SIRVIÓ)

7-¿Existe un foro o persona designada en su Colegio, Federación o Asociación para la toma de decisiones en situaciones con alguna dimensión ética? (SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ESPECIFIQUE Y CONTINÚE RESPONDIENDO LAS

RESTANTES) _____

8- Indique nombre del Foro y cómo se seleccionan las personas que lo componen. ¿Son farmacéuticos todos los miembros del foro? EXPLIQUE _____

9- ¿Cuál es el procedimiento o protocolo para hacer llegar una queja o situación al mencionado FORO?

10- Tiene usted alguna pregunta que pudiera ser explorada en futuros proyectos de investigación? _____

LE HAREMOS LLEGAR LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO TAN PRONTO ESTE SE PRESENTE EN LA MESA DE ÉTICA Y FARMACIA EN EL IX CONGRESO DE FELAIBE EN ABRIL 2013.

La información sobre el origen biológico como Derecho Fundamental de la persona¹

Ronald Cárdenas Krenz

Profesor Principal y Decano de la Facultad de Derecho

Universidad Femenina del Sagrado Corazón

Miembro del Comité de Bioética de la Facultad de Biología de la Universidad Nacional Mayor de

San Marcos

Contacto: ronald@unife.edu.pe

A manera de introducción

Millones de personas han nacido en el mundo en las últimas décadas, producto de la fecundación asistida y existen numerosas empresas que se dedican a ello. Podemos estar o no de acuerdo con dicha práctica, pero lo cierto es que existe y es legal en varios países.

Estos procesos de fecundación in vitro (FIV) se han venido haciendo, por lo general, teniendo como principio fundamental el del anonimato de los “donantes”, salvo naturalmente los casos en los que la propia pareja es la que “consigue” un dador o donante, para suplir la incapacidad física de uno de ellos (o de ambos) para poder engendrar un hijo.

Así entonces, cuando la pareja que se encuentra en esa situación, acude a un banco de espermios, óvulos o embriones, termina recibiendo el material genético que necesita sin conocer su origen biológico, exponiéndose por tanto a una serie de riesgos, el cual se agrava si tenemos en cuenta que en muchos países no existe un control del Estado respecto a este tipo de actividades.

Ahora bien, para justificar dicho anonimato, se invoca el derecho a la intimidad de los padres, entre otras consideraciones, que muchas veces lo que buscan en el fondo es disimular más bien algún interés comercial por parte de las empresas que se dedican a este tipo de actividades.

Así, la persona nacida mediante una FIV desconoce su origen genético y, más todavía, suele desconocer el propio hecho de haber nacido mediante un procedimiento de este tipo.

¹ La presente ponencia es un avance preliminar de una investigación sobre la materia que viene realizando el autor.

Dado que el primer bebé probeta, Louise Brown, nació en Inglaterra en 1978, hace unos 35 años, la gran mayoría de los nacidos producto de una FIV son todavía gente muy joven para sospechar sobre sus orígenes y reclamar se les informe, mas podemos avizorar que, en un tiempo no muy lejano, estas personas, en la medida que vayan teniendo más edad, se preocuparán por saber sus orígenes, como ya han venido apareciendo algunos casos en Australia y Estados Unidos, por ejemplo.

¿Puede decirse que existe un derecho, que tenemos todos, a conocer nuestro origen biológico? Creemos que sí, tal como pretenderemos sustentar en las siguientes líneas; empero, ello no es fácil, pues deben superarse algunas trabas legales y sociales, amén de los intereses económicos que subyacen a la materia.²

Adicionalmente, coincidiendo con Aída Kemelmajer³, estimamos que el análisis del tema exige un debate interdisciplinario, ya que compromete aspectos éticos, jurídicos, psicológicos, médicos, filosóficos y sociológicos. En tal virtud, consideramos que el escenario más propicio para ello, teniendo en cuenta la complejidad de la materia y la naturaleza de la disciplina, es el que puede ofrecernos la perspectiva bioética.

Invocabilidad del derecho a la intimidad para ocultar a una persona su origen biológico en el caso de aplicación de técnicas de reproducción asistida

Es cierto que existen varios detalles vinculados con la concepción que son de estricto interés solo de los padres, mas ¿puede hacerse extensivo ello al conocimiento del hijo acerca de quiénes son sus padres? Consideramos que no, por cuanto una cosa es la información sobre cuestiones estrictamente personales y otra cosa cuando dicha información implica sustancialmente a terceros, más todavía en este caso que atañe a su vida misma, a su salud, a su biografía, a su existencia.

² Por ejemplo, como dice Olgún, A. ("Los derechos de filiación en las técnicas de fecundación artificial". En: *La Familia: Naturaleza y Régimen Jurídico en el Siglo XX*, .2007: pp. 14), existe un conflicto "entre el instituto de la filiación tal y como se encuentra regulado y muchísimos supuestos provocados por el uso de estas técnicas".

³ Kemelmajer, Aída. *El nuevo Derecho de Familia*, 2010, pp. 86.

Ello puede advertirse mejor si tenemos en cuenta los motivos que pueden estar detrás de la búsqueda que hace una persona de sus orígenes, que pueden ser su interés en conocer su mayor predisposición a ciertas enfermedades, saber de determinados riesgos hereditarios de los que puede ser importante estar advertidos, evitar relaciones incestuosas y otras cuestiones esenciales que justifican el querer acceder a nuestro verdadero origen, que incluyen, junto con motivos de salud, razones emocionales, sociales, afectivas y psicológicas.

Algunas consideraciones legales sobre el tema

La mayoría de legislaciones, al establecer el principio del anonimato, niega la posibilidad de que una persona nacida mediante una FIV pueda conocer quién es su padre biológico, no solo para proteger algo que sus padres quieren mantener en secreto, sino también para proteger al dador y evitarle problemas futuros de reclamos de paternidad que en absoluto le interesan asumir.

No obstante, es interesante mencionar que la Convención sobre los Derechos del Niño establece en su artículo 3 que en todas las medidas concernientes a los niños debe darse una consideración primordial al interés superior del niño, agregando luego, en el primer párrafo de su artículo 7 que: “1. El niño será inscrito inmediatamente después de su nacimiento y tendrá derecho desde que nace a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos”.

Asimismo, el primer párrafo del artículo 8 dispone que “1. Los Estados Partes se comprometen a respetar el derecho del niño a preservar su identidad, incluidos la nacionalidad, el nombre y las relaciones familiares de conformidad con la ley sin injerencias ilícitas”,

Queda claro entonces el reconocimiento que hace la Convención a que el niño tiene derecho a conocer sus orígenes; aunque no puede dejarse de mencionar que la frase “en la medida de lo posible”, despierta diferencias en cuanto a sus alcances e interpretación.⁴

Asimismo, tenemos el artículo 8 de la Convención Europea de Derechos del Hombre, que reconoce el derecho de toda persona a su vida privada y a la información que le es relativa. Otro texto de interés es la Recomendación No. 1443/2000 del Consejo de Europa que se refiere a que se debe “asegurar el derecho de los niños adoptados a conocer sus propios orígenes, a más tardar, al llegar a la mayoría de edad y a eliminar de la legislación nacional toda cláusula contraria”.

⁴ Para algunos, por ejemplo, se refiere a condiciones materiales, mientras para otros se refiere también a limitaciones legales, con lo que se termina mediatizando este derecho, al dejarlo al libre albedrío de lo que cada Estado determine.

Por otro lado, algunos Estados en EE.UU., cuentan con legislaciones que permiten a los hijos adoptados el pleno acceso a los datos identificativos de los padres biológicos, siendo la excepción la confidencialidad.⁵ También en dicho país, recientemente se conoció el caso de una persona a quien no solo se le reconoció el derecho a conocer su origen biológico, sino también a recibir alimentos por parte de su padre biológico. Sin embargo, en este caso, el sustento más que en el derecho a conocer el origen en sí, se puso en que la donación se hizo en forma privada y no a través de un banco de esperma oficialmente establecido.

En cambio, en Francia, como se sabe, se admite la figura del “parto anónimo”, que mantiene en secreto el nacimiento en favor de la madre que por razones personales no desea criar al niño y que nadie pueda conocer de ella.

En Suecia, en 1985, se aprobó una ley a efectos que los hijos procedentes de una FIV heteróloga, tengan derecho, al llegar a los 18 años, a conocer el nombre del padre o la dadora de gametos, para disminuir así los problemas psicológicos que pueden producirse y lograr una adecuada integración de la personalidad del niño.⁶ En Holanda, existe una ley aprobada en el mismo sentido, explicando el ministro holandés de entonces la necesidad del nacido mediante una inseminación artificial de que conozca su identidad y no sólo las características generales de sus padres, al amparo de las consecuencias negativas que sufren los niños por desconocer su origen.⁷

Es interesante señalar que, hace poco, a principios del 2013, en Alemania, país en donde existen unas 100.000 personas concebidas mediante la donación de esperma, un tribunal ha fallado, en el caso de Sarah P., estableciendo que no se puede garantizar el anonimato de los donantes (padres biológicos) ignorando el derecho a la identidad.⁸

⁵ García, L. y L..De la Fuente. “El derecho del adoptado a conocer sus orígenes en España y en el Derecho Comparado”, pp. 29-30.

⁶ Marcó, B. y M. Tarasco. “Fecundación in vitro y manipulación de embriones”, 2009, pp. 252.

⁷ Vila-Coro, M.D. Huérfanos biológicos. El hombre y la mujer ante la reproducción artificial, 1997: pp. 84.

⁸ La mujer, de 22 años, había tenido una sentencia desfavorable en primera instancia ante la Audiencia Provincial de Essen (oeste de Alemania) en su reclamo de su derecho a ser informada sobre la identidad de su padre biológico. Con lo resuelto el 06.02.2013, el Tribunal Superior de Hamm, en el estado de Renania del Norte-Westfalia, sentó un precedente, al reconocerle el derecho de ser informada sobre la identidad de su padre por una clínica de la ciudad de

De esta manera, la justicia alemana ha reconocido el derecho a la identidad como un derecho humano, por encima de cualquier derecho al anonimato o intimidad que pueda pretender invocarse. Es de hacer notar que el Tribunal Constitucional ya había confirmado en un caso anterior la obligación por principio de informar sobre los datos de donantes anónimos.⁹

En Dinamarca, por su parte, los donantes tienen la posibilidad de mantener el anonimato, al igual que en los Países Bajos y España. En Chile, Argentina¹⁰ o Perú tampoco está reconocido este derecho.

Sin embargo, en el caso de Argentina, es de mencionar que el artículo 4 de la Ley 23.511, por la que se crea en dicho país el Banco Nacional de Datos Genéticos, prescribe en su primer párrafo: “cuando fuese necesario determinar en juicio la filiación de una persona y la pretensión apareciera verosímil o razonable... se practicará el examen genético que será valorado por el juez teniendo en cuenta las experiencias y enseñanzas científicas en la materia; la negativa a someterse a los exámenes y análisis necesarios constituirá indicio contrario a la posición sustentada por el renuente”.¹¹

En el caso peruano, el artículo 396 del Código Civil peruano dispone que “El hijo de mujer casada no puede ser reconocido sino después de que el marido impugne la paternidad y obtenga sentencia favorable”, lo que implica entonces que la ley privilegia la presunción de paternidad matrimonial a pesar de que la realidad diga que existe más bien una paternidad extramatrimonial. Sin embargo, esta norma, se viene advirtiendo –sobre todo por parte de algunos jueces– colisionaría con lo dispuesto en el inciso 1 del artículo 2 de la Constitución de 1993, el cual establece que toda persona tiene derecho a la identidad.

Essen, en la cual fue concebida a través de una donación de esperma en 1990. Si bien, aparentemente las actas en donde figuraba el dato requerido, lo importante aquí es el principio que se consagra, aparte del deber de los médicos de tratar de conseguir la información necesaria. (Lütticke, M. y C. Papaleo. “Hijos de donantes de esperma exigen respuestas”, 2013: 1).

⁹ <http://www.eluniversal.com.mx/notas/901099.html>. (Consultada el 16.03.2013).

¹⁰ Para más detalle, véase: <http://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/alemania-piden-pension-alimentaria-donante-esperm>. (Consultada el 05.03.2013).

¹¹ La Gaceta. Tucumán, Argentina, 02.10.2007 (Consultada el 13.03.2013).

Además, existen interesantes pronunciamientos del Tribunal Constitucional que reconocen el derecho de toda persona a investigar su propia filiación; si bien estos fallos han sido dados en el marco de casos vinculados con el tema del Derecho de Familia, sus consideraciones son perfectamente extensivas al conocimiento de la verdad biológica como derecho individual.¹²

En el caso de Venezuela, el art. 56 de la Constitución declara que “Toda persona tiene derecho a un nombre propio, al apellido del padre y el de la madre, y a conocer la identidad de los mismos”. En Bolivia, el Código del Niño afirma que todo niño, niña o adolescente que haya sido adoptado tiene derecho a conocer los antecedentes de su adopción y referencias de su familia de origen”. El Código de la Infancia de Colombia señala que todo adoptado tiene derecho a conocer su origen y el carácter de su vínculo familiar.¹³

Derecho a la identidad, autonomía y verdad biológica

Toda persona tiene derecho a la identidad, el cual surge en la jurisprudencia italiana a mediados de los años setenta, pudiendo definirse la identidad personal, siguiendo a Fernández Sessarego, como “todo aquello que hace que cada cual sea “uno mismo” y “no otro”.¹⁴

Dentro de este concepto, puede incluirse tanto el derecho a conocer la identidad biológica como el derecho a la determinación de la relación paterno-filial que, si bien están relacionados, son dos cosas distintas.

Para efectos del presente trabajo, lo que nos interesa es el derecho a conocer la identidad biológica, dejando aparte el tema del reconocimiento legal de la filiación.

Como cuestión conceptual, es de señalar que puede distinguirse el origen genético del origen biológico, siendo que el primero se refiere al mero dato técnico, vinculado con la herencia

¹² Para más detalle, véase: Arias Stella, F. *Derechos Humanos y las sentencias del Tribunal Constitucional que consagran el derecho a investigar la propia filiación*, 2012.

¹³ Kemelmajer, A., 2010, pp. 90.

¹⁴ Fernández Sessarego, C. *Derecho a la identidad personal*. Buenos Aires, Astrea, 1992: pp. 113.

genética; mientras que el segundo abarca también los vínculos familiares y afectivos que son parte de la propia historia de una persona.¹⁵

Es oportuno citar aquí a García y De la Fuente, quienes expresan las razones que llevan a una persona al deseo de saber, señalando que no tienen que ver con que el adoptado no se sienta bien con su familia adoptiva, sino que responden más bien, a cuestiones vinculadas con el sentimiento de identidad del sujeto.¹⁶ Ello mismo –agregamos- puede hacerse extensivo a las personas nacidas mediante una FIV.

Por otro lado, si bien no cabe duda que la autonomía de la voluntad es un elemento esencial del derecho, mal puede sostenerse una supuesta aplicación del mismo cuando la persona no tiene una debida información respecto a la decisión que tiene que tomar.¹⁷

Finalmente, podemos decir con Bach y Tarasco:

Si el hijo procede de donantes en una fecundación heteróloga, es decir, cuando existe más de dos padres, si al crecer el hijo decide conocer la identidad del progenitor biológico, debería tener el derecho jurídico a ello, y desde el punto de vista ético lo tiene siempre, ya que cuando se alcanza la edad de la razón, hay una necesidad profundamente enraizada en el ser humano de conocer a su progenitor, para no crear un vacío en su ascendencia. Todos tenemos la necesidad de situarnos en relación a una historia o una familia, lo que forma parte esencial de la propia identidad.¹⁸

Derechos Fundamentales y derecho de toda persona a conocer sus orígenes

Junto con el derecho a la identidad como sustento para que una persona pueda acceder al conocimiento de su origen biológico, puede agregarse también la consideración del principio del interés superior del niño, el respeto de la dignidad de la persona humana, el derecho a la información, el derecho a la salud y el derecho a la verdad.

¹⁵ Kemelmajer, A. *El nuevo Derecho de Familia*, 2010, pp. 85.

¹⁶ García y De la Fuente, s/a, 19-20.

¹⁷ Por ejemplo, cuando se habla de la fecundación in vitro, existe la creencia errónea de que su efectividad sea muy alta, siendo que en verdad es poco eficaz (apenas un 20% a nivel mundial), costosa e implica un alto costo de vidas de embriones humanos (Marcó y Tarasco, 2009, pp. 227, 239).

¹⁸ Marcó y Tarasco, 2009, pp. 250-251.

Menciona Vila-Coro que, en 1986, en una reunión en Italia bajo los auspicios del Consejo de Europa, una reunión del Comité de Expertos (CAHBI) sobre genética humana y su problemática jurídica, declaró su oposición rotunda al anonimato del donante de gametos y de embriones, afirmando que el derecho del niño a conocer su identidad biológica es un derecho humano.

Como señala Plácido, se debe “afianzar el derecho de toda persona a conocer y preservar su identidad filiatoria, con prescindencia de las circunstancias fácticas en las que se desarrolló el acto procreativo, por la consideración primordial del interés superior del niño”, dándose preferencia a la realidad biológica independientemente de que la impugnación sea matrimonial o extramatrimonial.¹⁹

Este derecho también se sustenta en el derecho a la protección de los datos personales que, como señala Romeo Casabona, se extiende “a cualquier información genética individual, y corresponde al individuo decir a quién, cómo y con qué extensión puede revelarse tal información”.²⁰

En cuanto a la pretensión de relacionar el tema con la figura de la donación de órganos, para justificar el tema del anonimato, la analogía parece algo forzada, toda vez que, solo para mencionar una razón, una cosa es donar un órgano y otra los espermatozoides de una persona que constituyen un germen de vida.

Adicionalmente, hay quienes invocan el principio del respeto a los contratos y la autonomía de la voluntad de las personas para preservar el anonimato en las FIV, mas ello puede ser refutado, teniendo en cuenta que la autonomía de la voluntad no es absoluta y que ella se ejerce en el marco del orden público y las buenas costumbres, y del respeto a los derechos de los demás.

Agregado a lo expuesto, vale considerar que, como se señalara en el II Congreso Mundial vasco: *La filiación a finales del siglo XX*:

...la relación biológica del nacido de fecundación asistida respecto del donante de gametos tiene una enorme importancia para toda persona, pues determina una herencia genética de la que derivan importantes caracteres hereditarios –ser moreno oscuro o

¹⁹ Plácido, A. “La Evidencia Biológica y la presunción de paternidad matrimonial”, 2010, pp. 212 y 216.

²⁰ Romeo Casabona, C. “El tratamiento y la protección de los datos genéticos”, 2003, pp. 255.

albino, padecer hemofilia o tener una especial proclividad para el cáncer o la depresión-, con notable trascendencia para la persona y en la conformación de su personalidad. Todo ello excede del ámbito de la relación jurídica familiar que es la de filiación, para afectar un derecho fundamental de la persona (emparentado con el derecho a conocer el propio origen y con su dignidad personal).²¹

Otros argumentos relevantes

Desde un punto de vista médico, se puede encontrar sustento para el reconocimiento de este derecho en el llamado principio de “necesidad terapéutica”, como también en el ejercicio del derecho al consentimiento informado, toda vez que para poder tomar determinadas decisiones médicas, es necesario que el paciente conozca sus orígenes, a fin de que el consentimiento que pueda dar sea, efectivamente, informado.

Es importante precisar aquí que la propuesta de reconocer el derecho a conocer su origen biológico como atributo de toda persona, no solo tiene que ver con que, por razones médicas, sepa realmente qué riesgos hereditarios de salud pueda tener²², pues también es importante considerar que, conforme menciona Xavier Simmons, un estudio hecho por investigadores australianos, sobre la base de niños nacidos entre 1995 y 2012, mediante reproducción asistida, reveló que estos son más proclives a tener defectos de nacimiento en un 32%. Detrás de ello, se mencionan factores asociados con el tratamiento que podrían incrementar el riesgo en nacimientos, incluyendo las mismas causas de infertilidad subyacentes; las propias técnicas de reproducción asistida como los medicamentos usados, cuestiones vinculados con el congelamiento y descongelamiento de los embriones, alteraciones hormonales al tiempo de la implantación, la manipulación de gametos y embriones o una combinación de estos.²³

Otro dato interesante es la mención que hace Vila-Coro, de un estudio canadiense que llegó a la conclusión de que había más mongólicos entre los hijos nacidos de una fecundación in vitro heteróloga que entre el resto de la población.²⁴

²¹ Vila-Coro, 1997, pp. 85.

²² Señala J. Testart que todos poseemos cuatro o cinco genes de enfermedades graves que no se expresan, pero que pueden ser transmitidos por herencia (Testart y Godin, 2001, pp. 40).

²³ Symons, X. “Birth defects more likely in IVF children”, 2013, pp. 7.

²⁴ Vila-Coro, 1997, p. 21.

A las razones médicas, se agregan razones de tipo psicológico, pues, como señala el psicólogo de la Universidad de Chile, Rubén Araya, citando a Jadva, V. Freeman y otros: “en general los estudios muestran que entre más tarde y más fortuitamente es informado un sujeto de su origen en base a TRA más negativos son los sentimientos que emergen frente a los padres y al hecho de haber nacido de esta manera”.²⁵

Es de mencionar que, como refiere Vila-Coro, investigaciones efectuadas en Estados Unidos, Canadá y Gran Bretaña sobre niños adoptados, confirman claramente que es muy grande su necesidad de conocer su origen, y las posibilidades de obtener ese conocimiento es de la mayor importancia para su desarrollo. También organizaciones y personas vinculadas con temas de adopción en Suecia comparten la misma experiencia.²⁶

Dentro de los argumentos en contra de reconocer este derecho, se han esgrimido razones económicas, en tanto la posibilidad de que se revele la identidad del donante, reduciría ostensiblemente la cantidad de dadores, generando tanto mayores costos como que se promocionen mercados negros para conseguir donantes por lo bajo. Si bien esto puede suceder, es un costo que debe afrontarse para salvaguardar un bien superior y, en todo caso, un problema que puede abordarse también desde la ley; además de ello, el reconocimiento del derecho al origen, desanimaría a quienes hayan pretendido convertir la dación de semen en una cuestionable forma sin control de ganarse la vida.

Para notar cómo el factor netamente comercial puede ser determinante en los tratamientos de fecundación asistida, baste mencionar el caso de una clínica de fertilidad que en un aviso publicado en el New York Times, en su sección *Money and Business*, decía en agosto de 1996, al más puro estilo comercial: “*It’s a Baby or it’s your money back*”.²⁷

Aparte de todo lo expuesto, existen casos que refuerzan con contundencia el cuestionamiento a la preservación del anonimato, como la historia de Bertold Wiesner, director de una clínica de fertilidad británica, de quien se hizo público en abril del 2012, que podría ser el padre de entre 300

²⁵ Araya. “Secreto y anonimato en la reproducción asistida con donación de gametos”, 2010, pp 3.

²⁶ Vila-Coro, 1997, pp. 83.

²⁷ Vila-Coro, 1997, pp. 23.

y 600 niños, al haber usado su propio esperma para ayudar a más de 1.500 mujeres a concebir un hijo. Todo comenzó cuando dos personas, asombradas por su parecido con el médico, se sometieron a una prueba de ADN, descubriendo que eran hijos del mismo padre, lo que sería solo el hilo de la madeja para empezar a descubrir a otros hermanos.

No se sabe si el motivo fue el deseo del médico de ahorrar “costos” o algún delirio de grandeza. Lo cierto es que Weisner, de nacionalidad austriaca, junto con su esposa, Mary Barton dirigió la Barton Clinic entre 1940 y 1972, año en que murió.²⁸

El eje central para la atención del problema

En este tema, pareciera que, a lo largo del tiempo, el eje de la atención se ha centrado más en los padres, al considerarse un derecho de ellos el mantener en secreto el origen del hijo que puedan haber tenido por esta vía. No obstante, debe tenerse en cuenta, en cuanto a la relación del hijo con la madre que, como señala Roberto Vásquez, la maternidad debe entenderse en función del hijo y no al revés²⁹; hablar, por ejemplo, de que la mujer tienen un *derecho al hijo*, haría de este último, que es fin en sí mismo, un medio al servicio de los deseos o intereses de otra persona.³⁰

Otro eje que se ha considerado es el de la perspectiva de las instituciones de salud que se dedican a este tipo de actividades reproductivas, que ven en la donación anónima la posibilidad de poder tener más donantes.

No puede obviarse que otro eje está en el propio dador del semen, pero pareciera que no ha merecido mayor atención pues, si se ha ofrecido al efecto se deduce su escaso o nulo interés en la paternidad y, más todavía, su preocupación y deseo de no tener que afrontar luego juicios de filiación o alimentos, riesgo del que precisamente lo libera el principio del anonimato. En el ámbito

²⁸ <http://www.abc.es/20120409/sociedad/abci-donante-esperma-hijos-201204091314.html>. (Consultada el 20.03.2013).

²⁹ En tal sentido, “no hay un derecho a transmitir la vida por cualquier medio y a cualquier precio, ya que este derecho sería contrario a la dignidad del hijo, tratándolo como un objeto de propiedad, en vez de cómo un sujeto personal de derechos. El legítimo deseo de tener un hijo, debe ir acompañado de la responsabilidad para buscar las mejores condiciones para su concepción y su desarrollo como persona, reconociendo en primer lugar que el hijo es un don y no un derecho”. (Marcó y Tarasco, 2009, pp. 242)

³⁰ Vásquez, 1993.

del tema de la FIV, debe tenerse en cuenta no solo la dignidad del niño, sino también la de aquel que permite el uso de de sí como un simple proveedor o fuente de “recursos”.³¹

Sin dejar de valorar al total de los sujetos involucrados, consideramos que el eje fundamental aquí debe verse en el propio concebido, que no puede ser tratado como un convidado de piedra, y cuyos legítimos intereses deben anteponerse a los de cualquiera de los otros ejes en los que gira el tema.

Como dice Díaz de Terán Velasco, siguiendo a M.F. Pompedda y A.M. Vega Gutiérrez, *la propia dignidad de persona humana del concebido exige el reconocimiento de su soberana autonomía tanto frente a sus padres como frente a la sociedad*, agregando que:

...precisamente, la *humanización* de la procreación exige estimar el interés del hijo como guía de ponderación. *Humanizar*, por tanto, no significa confiar a una biotecnología sin restricción ética alguna la misión, sólo aparentemente *humanitaria*, de encontrar recursos para satisfacer cualquier posible deseo de *fabricación* de una familia, sino construir responsablemente el fundamento de la sociedad del mañana redescubriendo – muy especialmente en el terreno jurídico- el sentido y las exigencias de las relaciones personales *naturales*.³²

A manera de conclusión

Ocultar a una persona su origen genético frustra el derecho natural de todo individuo de conocer algo tan básico, como es saber sus orígenes, independientemente de los intereses morales y económicos que pueden haber detrás de ellos. Por lo demás, se le estaría discriminando respecto al derecho de cualquier persona nacida, concebida mediante la forma tradicional, que tiene la

³¹ Señala Christian Godín: “El famoso principio de anonimato rebaja al dador al papel de semental. Por cierto, en apariencia vela por el narcisismo herido de las parejas estériles, pero al precio de una negación de la que pocos se atreven a sorprenderse. El aspecto más alienante de la donación de gametos, dice (Jacques Testart), no es que el padre genético no sea el padre social, ni siquiera el secreto a menudo vinculado con ese origen atípico, puesto que muchos niños del adulterio pudieran vivir felices en todas las épocas. Por lo menos en Francia, radica en la prohibición legal de decidir y de saber, porque únicamente la institución médica se arroga la elección de un progenitor y es la única poseedora de tal secreto”. (Testart y Godin, 2001: 58-59).

³² Díaz, M. *Derecho y nueva eugenesia*. 2005, 267, p. 7.

posibilidad de optar saber o no de sus ancestros, yendo asimismo contra el deber que tienen los padres de decir la verdad a sus hijos.

A partir de lo expuesto, podemos concluir que toda persona tiene el derecho de conocer su identidad de origen, su propia historia. “ Poder conocer su propia génesis, su procedencia, es aspiración connatural del ser humano que, incluyendo lo biológico, lo trasciende. Tender a encontrar raíces que den razón del presente a la luz del pasado que permita reencontrar una historia única e irrepetible en movimiento (...)”³³

Si partimos del presupuesto kantiano de que toda persona es un fin en sí, debemos, justamente, pensando en el concebido mediante una FIV, darle la posibilidad de conocer la verdad de su origen, lo cual no se trata solo del reconocimiento de un derecho más sino que es parte del respeto a su dignidad de persona, siendo el fundamento antropológico de la dignidad el ser tratado como fin en sí.³⁴

Resulta interesante en este contexto, citar las palabras de Margaret Brown, hija de un donante anónimo “Soy una persona engendrada por inseminación artificial, alguien que nunca conocerá la mitad de su identidad. ¿Quién soy? es una pregunta difícil de contestar para alguien que ignora de donde viene... Negar a alguien el conocimiento de sus orígenes biológicos es un terrible error”.³⁵

Como dice Vila-Coro, el hijo de donante anónimo carece de *vínculo histórico*, al no saber la identidad de su padre referencial, encontrándose en una situación semejante a la del adoptado que no sabe quiénes fueron sus padres naturales.

Por otro lado, no puede dejar de mencionarse que la IAD ha llevado al disimulo y a la mentira, independientemente de sus bondades.³⁶

³³ En: “La filiación y el derecho a la identidad” (síntesis de trabajo de la Dra. María Silvia Apud Ahualli, publicado en La Gaceta. Tucumán, Argentina, edición del 02.10.2007). En: www.Lagaceta.com.ar/nota/238069/tribunales. Consultada el 05.03.2013).

³⁴ Gómez. En: Porter, K. y otros, *Introducción a la Bioética*, 2009, pp. 53.

³⁵ Vila-Coro, 1997, pp. 82.

³⁶ Testart y Godin, 2001, pp. 91.

Una de las vías por las que el derecho a conocer la verdad biológica va adquiriendo lenta pero progresivamente, mayor aceptación, es en la judicatura, a raíz de casos como el de una persona demandada por filiación que fue beneficiada con una sentencia favorable, que luego adquirió la calidad de cosa juzgada; de pronto, la madre desea que se haga un nuevo juicio, al amparo de nuevas pruebas reveladas por la tecnología antes inexistente. Se plantea entonces un conflicto entre la “cosa juzgada” como institución jurídica y el derecho a la identidad. En este tema, coincidimos con Pierrri en que cabría la revisión de la sentencia bajo el concepto jurídico de “prueba ignorada”, en cuanto existan nuevas pruebas que antes no existían o no eran conocidas en nuestro medio.

Otro criterio es la *ponderación de los derechos*, determinando cuál principio debe tener mayor peso en el caso concreto, y el *principio de la proporcionalidad*, por el que toda intervención legislativa en los derechos fundamentales debe ser adecuada para contribuir a la obtención de un fin constitucionalmente legítimo.³⁷

Como dice la misma autora, “al encontrarse en colisión estos dos valores constitucionalmente protegidos, la seguridad jurídica por un lado y el derecho a la identidad, con todos los derechos que el primero integra, el segundo debe prevalecer sobre el primero. Ello propicia la adecuación de la verdad jurídica-formal a la verdad biológica, lo cual es, al final de cuentas, una adecuación vinculada a la dignidad de la persona, la igualdad, la intimidad y el libre desarrollo de la personalidad o autonomía”.³⁸

Así, como dice Roberto Vásquez, a propósito del derecho de las personas a conocer el genoma humano, que: *a mayor información y publicidad, mayor autonomía del individuo*, pensamos que lo mismo se aplica perfectamente respecto al derecho de toda persona de conocer sus orígenes.³⁹

Si bien lo expuesto puede sustentarse en la aplicación del derecho a la identidad consagrado por primera vez en nuestro país en la Constitución de 1993, en la Convención de los Derechos del Niño y en diversas normas del Derecho Comparado, además de la jurisprudencia, tanto del Poder

³⁷ Pierrri Alfonsín, Milagros. “Filiación y cosa juzgada”, 2008, pp. 170.

³⁸ Pierrri, 2008, pp. 171.

³⁹ Vásquez, R. -“Ética, Derecho y Fecundación Asistida”, 2004, pp. 96.

Judicial como del Tribunal Constitucional, es necesario de todo modos el poder contar con una norma expresa, a fin de zanjar cualquier duda y darle la contundencia del caso al mencionado derecho.

Además, como lo ha sugerido en Alemania, Andreas Hammel (ginecólogo y director de un banco de donantes de espermatozoides en Erlangen), debería implementarse desde el gobierno un registro de datos en el que se inscriban y conserven todos los datos pertinentes de los “donantes” y de los niños, en forma duradera y segura.

Vale reiterar que nuestro planteamiento se circunscribe al derecho de toda persona de conocer su origen biológico, sin entrar al tema de la determinación de la filiación legal o de los derechos económicos que ella determina, pues se trata de un tema que escapa al presente trabajo y que debe resolverse en el marco de las normas que regulan el Derecho de Familia. En todo caso, vale decir que –como sostiene Morales Godo–, el solo argumento de la existencia de una relación genética no es de por sí suficiente para reclamar la paternidad, teniendo en cuenta razones de orden ético y jurídico; se tendría que pasar por dejar de lado la presunción *pater is*⁴⁰ a partir de la negación de la paternidad del marido en el caso de la mujer casada, a efectos que el padre biológico pueda reclamar la suya.⁴¹

Estimamos que, teniendo en cuenta los tiempos que corren, en caso de conflicto entre la paternidad matrimonial establecida por la ley y la evidencia biológica de la paternidad determinada por la realidad, debe tenerse en cuenta el principio del interés superior del niño.

Adicionalmente, estimamos que, para fortalecer la sustentación jurídica del derecho de toda persona nacida mediante tecnologías reproductivas a conocer su origen biológico, puede recurrirse a la bioética, invocándose el principio de autonomía, el principio del respeto a la

⁴⁰ El término alude a una vieja presunción que proviene del Derecho Romano, en virtud de la cual todo hijo nacido dentro del matrimonio se presume que es del marido, salvo que este lo niegue. Dicha presunción mantiene todavía amplia vigencia, sin embargo viene siendo objeto de revisión a la luz de las nuevas tecnologías y del cambio de diversos patrones sociales.

⁴¹ Morales: 2006, p. 426.

dignidad de la persona o el consentimiento informado, entre otros, a fin de sustentar un derecho que, finalmente, se sustenta en los valores de la libertad y la justicia.

Bibliografía

- Araya Krstulovic, Rubén. "Secreto y anonimato en la reproducción asistida con donación de gametos", p 3. En: http://medicina.udd.cl/centros_bioetica/files/2010/08/Secretos_y_anonimatos_ens_las_reproducci%C3%B3ns_asistidas_cons_donaci%C3%B3ns_des_gametos.pdf. (Consultada el 19.03.2013).
- Arias Stella Castillo, Fernando. *Derechos Humanos y las sentencias del Tribunal Constitucional que consagran el derecho a investigar la propia filiación*. Lima, Instituto de Patología y Biología Molecular "Arias Stella", 2012.
- .Díaz de Terán Velasco, Ma. Cruz Díaz. *Derecho y nueva eugenesia. Un estudio desde la Ley 35/88, de 22 de noviembre de técnicas de reproducción asistida*. Pamplona, Ediciones Universidad de Navarra, S.A., 2005.
- Fernández Sessarego, Carlos. *Derecho a la identidad personal*. Buenos Aires, Astrea, 1992.
- García Villaluenga, Leticia y Linacero de la Fuente, María. "El derecho del adoptado a conocer sus orígenes en España y en el Derecho Comparado". En: <http://www.fmyv.es/ci/es/Infancia/Igpi/13.pdf> (consultada el 10.03.13).
- Herrera Campos, Ramón. "Las técnicas de reproducción humana asistida: Su influencia en el Derecho de Familia y en las Sucesiones". En: *Genética Humana en el tercer milenio. Aspectos éticos y jurídicos*. Madrid, Universidad Internacional de Andalucía, 2003.
- Kemelmajer de Carlucci, Aída. *El nuevo Derecho de Familia*. Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Jurídicas . Grupo Editorial Ibáñez, 2010.
- Kemelmajer de Carlucci, Aída; Marisa Herrera y Eleadora Lamm. "Con el impulso de la ciencia". En: <http://www.lanacion.com.ar/1511918-con-el-impulso-de-la-ciencia>. (Consultada el 22.02.2013).
- La Gaceta. Tucumán, Argentina. "La filiación y el derecho a la identidad". Síntesis de trabajo de la Dra. María Silvia Apud Ahualli, edición del 2 de octubre de 2007; en: www.Lagaceta.com.ar/nota/238069/tribunales. (Consultada el 05.03.2013).
- Lütticke, Marcus y Cristina Papaleo. "Hijos de donantes de esperma exigen respuestas". En: Deutsche Welle, edición digital: <http://www.dw.de/hijos-de-donantes-de-esperma-exigen-respuestas/a-16584888> (consultada el 06.03.2013)
- Morales Godo, Juan. "El estatus del concebido y la problemática de la fecundación asistida". En: *Revista Derecho*. No. 58. Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú, 2006.
- Olguín Britto, Ana María. "Los derechos de filiación en las técnicas de fecundación artificial". En: *La Familia: Naturaleza y Régimen Jurídico en el Siglo XX. Jornadas Internacionales de Derecho de Familia*. Chiclayo, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, 2007.
- Pierrri Alfonsín, Milagros. "Filiación y cosa juzgada". En: *Revista Aequitas*. Año II. Número II. Buenos Aires, Universidad del Salvador, 2008.

Plácido Vilcachagua, Alex. "La Evidencia Biológica y la presunción de paternidad matrimonial". En: *Juris Consulto*, No. 2. Lima, Universidad San Ignacio de Loyola, enero 2010.

Porter, Kuthy y otros. *Introducción a la Bioética*. 3ª. Edición, Méndez Editores, 2009.

Marcó Bach, Francisco Javier y Martha Tarasco Michel. "Fecundación in vitro y manipulación de embriones". En: Porter, Kuthy y otros. *Introducción a la Bioética*. 3ª. Edición, Méndez Editores, 2009.

Romeo Casabona, Carlos María, "El tratamiento y la protección de los datos genéticos". En: Mayor Zaragoza, Federico y Carlos Alfonso Bedate (coordinadores). *Gen-Etica*. Barcelona, Ariel, 2003.

Symons, Xavier. "Birth defects more likely in IVF children". En: BioEdge. Australia, March 09, 2013, p. 7 (Boletín que se reparte vía correo electrónico).

Testart, Jacques y Christian Godin. El racismo del gen. Biología, medicina y bioética bajo la férula liberal. México, Fondo de Cultura Económica, 2001.

Vásquez, Rodolfo. Del aborto a la clonación. Principios de una Bioética Liberal. México, Fondo de Cultura Económica, 2004.

Vásquez, Rodolfo. "Ética, Derecho y Fecundación Asistida". En: Revista *Doxa-19*, 1993.

Vila- Coro, María Dolores. *Huérfanos biológicos. El hombre y la mujer ante la reproducción artificial*. Madrid, ediciones San Pablo, 1997.

Bioética – tensiones entre globalidad y localidad

Gloria Inés González Ramírez

Universidad Tecnológica de Pereira, Colombia

Contacto: jigonzalez10@utp.edu.co

En un momento en el que la construcción del conocimiento científico se ubica como la meta máxima en la constitución del individuo y de la sociedad, la consideración de lo que es aceptado o no, bueno y malo, debe estar precedida de la diferenciación entre la valoración moral y la fundamentación de cada modelo ético. Porque la no distinción entre valores y fundamentos morales inicia el camino hacia los dogmatismos dado el conflicto que se genera cuando la pretensión teórica no coincide con el contexto cultural y esos contenidos son presentados como vigentes de forma absoluta. No es posible hacer razonamientos éticos y/o bioéticos sin un conocimiento crítico de las opciones en filosofía moral y en ontología, y de las cuales derivan los principales desacuerdos actuales en la aplicación de la ética al dominio de la vida humana y de la naturaleza.

La valoración moral aprueba o no los diferentes fenómenos de la realidad social y de la actividad humana, se expresa según las categorías de bien y mal. A su vez, la norma moral prescribe a los hombres realizar determinados actos y conlleva su calificación de bueno o malo. Es criterio objetivo de la moralidad, tiene un carácter histórico y se modifica conforme a los cambios sociales ya que se apoya en la significación social de los actos. Sobre esta base pueden reflexionarse las normas morales, buscando tener en cuenta tanto los motivos como los efectos sociales de los actos del hombre.

Materia - razón - sensibilidad

Entender el problema de la percepción puede ilustrar la necesidad de distinguir entre materia y razón. La diferencia entre actos mentales no perceptivos como la lengua o las creencias y procesos físicos puede ser más clara. Estructuralmente pueden ocurrir algunas correspondencias, pero no es lo mismo cuando la referencia es a la sustancia. Este es un asunto epistemológico cuando se

trata de relacionar el sujeto que conoce y el mundo a conocer, cuando se trata de relacionar el sujeto racional con el mundo material.

La sensibilidad no ha sido un tema filosófico de primer orden. Se ha tratado, en ocasiones como un subcapítulo de los estados mentales. “Esto puede distorsionar la reflexión ética y neutralizar, en última instancia, la diferencia entre el bien y el mal. La distinción tradicional entre cuerpo y alma también establece una vinculación automática entre razón y sensibilidad que monopoliza la ética para el ser racional.” (Schufschetzy, 2004)

Una sensación se califica como consciente por el hecho de ser sensación o conciencia para estados no sensibles. Esta tensión queda disuelta si aceptamos que la vivencia sensible es irreductible a la conciencia entendida como mental, como factor en la relación cognitiva entre el yo y el mundo. En palabras de M. Benedetti: “Nos enseñaron desde niños cómo se forma un cuerpo, sus huesos, sus funciones, sus sitios. Pero nunca supimos de qué estaba hecha el alma”

El cómo se da el paso de la materia inerte al ser sensible puede resolverse evolutivamente en la historia del universo y la evolución de la vida; en el cuerpo, el ser sensible hasta su vivencia interna e inalienable. El cuerpo como materia es simplemente continuidad de su entorno. Un cuerpo material, que aún no ha delimitado su yo, pero que tampoco puede ser sin cuerpo. Otros seres de la naturaleza tienen similar conformación material que el cuerpo humano, pero en ninguno de ellos aparece la instancia ética. ¿Qué se requiere para hablar de una perspectiva ética en el ser humano?

Un paso adicional en el ser humano, adicional a su materia es su condición de racional. El cuerpo se comunica con el exterior y con su entorno a través de la percepción y de la acción intencionada. Comienza a ser un principio de individuación pero no, necesariamente, indica el yo propiamente dicho ni la total autonomía del sentir. Ni razón, ni materia por sí mismas o en su conjunción tienden a lo bueno o a lo malo

Un mundo constituido únicamente por la razón y la materia es un mundo indiferente, sin discusión moral y donde la razón no tendría cómo ejercer su función de mediación entre el interior y el entorno del individuo. ¿Qué interés o necesidad lo motivaría a conocer o a actuar? La razón es instrumental, al servicio de las necesidades del hombre y como tal permite seleccionar decisiones

interesadas. Es un medio. Lo lógico y/o lo verdadero corresponde a las instrucciones de uso de la razón.

La razón se perfecciona a medida que va adquiriendo autonomía de los intereses inmediatos, de la supervivencia y esa autonomía se expresa en competencias trascendentes como la verdad y la ética. El individuo sensible va cediendo, es libre de hacerlo, el responder sólo a sus instintos en la búsqueda de la verdad y la reflexión ética. La razón aprende a juzgar y, a su vez, a ser juzgada.

La sensibilidad introduce en el mundo el bien y el mal. Es lo más propiamente individual. La representación, la descripción de las sensaciones se hace a través del lenguaje, en todas sus acepciones, pero, en todo caso, es irreductible al propio individuo. “La sensibilidad es el origen de lo que podemos llamar ‘negativo’ o ‘malo’. . . de lo que por sí mismo exige su propia eliminación y así justifica la vinculación de conceptos como ser, mal y deber.” (Schufschetzy, 2004:22).

Frente a realidades como materia, razón y sensibilidad, la determinación de lo importante y lo no importante corresponde a la sensibilidad y las teorías éticas no pueden ignorarla como parte de un objetivo. La distinción de estas tres realidades no siempre se hace o se considera pertinente. Es casi inevitable a la hora de construir una imagen del mundo. Estas realidades, aunque diferentes, se manifiestan en una sustancia única, porque no necesariamente todos los seres materiales son racionales y, a su vez, tampoco todos los seres materiales son sensibles y/o racionales.

El racionalismo y la razón instrumental

La sociedad explota pequeñas diferencias naturales para crear grandes diferencias naturales para crear grandes diferencias, consiguiendo así pensarse, constituirse y reproducirse a sí mismo. La diferencia izquierda/derecha es de orden religioso, fundamentado en el contraste de lo sagrado/profano. También representa el bien y el mal, lo puro y lo impuro, lo superior y lo inferior, lo masculino y lo femenino. Como dice la Biblia “Que tu mano izquierda no sepa lo que hace la derecha” (Mateo 6,3). La sociedad y la cultura aportan el sistema simbólico en el que se asienta la dualidad derecha/izquierda.

Hertz¹, 1960, en su estudio señala que la oposición izquierda/derecha no proviene de la naturaleza sino de un sistema simbólico de polos conceptuales que toman sentido geográfico por oposición, inicialmente esta oposición tomo modelo el movimiento del sol y los puntos cardinales

y así se divide el mundo en compartimentos estancos y contrapuestos. Para Durkheim y Mauss señalan que toda forma de clasificación implica un orden jerárquico cuyo modelo no está en el orden sensible ni en la conciencia. Es un constructo social que no solo tiene historia, sino prehistoria.

De la misma manera, el planteamiento de la razón como categoría en la que se basa la pretendida superioridad humana, tiene un inicio lejano pero recuperable. La filosofía pre-socrática propone que:

El mundo es racional, en el mundo hay un logos;

Los hombres poseemos logos, o razón, que debemos emplear para el conocimiento de la realidad y la dirección de nuestra conducta.

Esta razón, como ideas eternas teleológicas, se ha ido modificando hasta ser sustituida por la conquista de los medios que permiten conseguir los objetivos propuestos. El código cristiano se convirtió en "principios morales socialmente útiles, destinados a fomentar una vida en lo posible libre de tensiones, un trato pacífico entre iguales y el respeto del orden existente" (Horkheimer, 1973:5).

Es decir, ser razonable es observar las reglas, las normas. La razón se convierte en el instrumento, en el medio, mediante el cual se socializa y se mantiene el orden social y el poder; posibilita los actos razonables. Cuando la razón se convierte en un instrumento, en herramienta, su meta se reduce a una actividad niveladora, uniformizadora, donde las categorías filosóficas se reducen a un estatus de hechos que deben catalogarse, incluida la categoría de sujeto.

Una vez terminadas las confrontaciones mundiales propias de la primera mitad del siglo XX, establecimos un compromiso con la idea de construir una sociedad humana, verdaderamente humana. Esta loable idea no pudo sustraerse de la angustia y la desilusión cuando se confronta con la realidad. La creciente tecnologización del mundo moderno no ha logrado hacer más humana la vida del hombre y la razón liberal subordinada se opone diametralmente a la idea de razón en su papel directivo del comportamiento humano. La unión indestructible entre sabiduría, ética, religión y política se vio fracturada cuando se discutió si la revelación o la razón, la teología o la filosofía eran el camino indicado para expresar la verdad suprema y así se constituyeron como dominios culturales separados la religión y la filosofía.

En todo el proceso sociocultural que comienza en el siglo XIII y se consolida en el siglo XVIII, la razón abandona su autonomía, se convierte en un instrumento totalmente sujeto al proceso social, “como si se hubiese convertido en un componente fijo de la producción” (Horkheimer, 1973:32). Y esta esquizofrenia arrastra al lenguaje, donde la expresión del pensamiento debe ser enteramente simbólica y operacional, las ideas funcionalizadas, lógicamente construida y cada cual debe responder de lo que se dice o no se dice. Cuando el pensamiento y el lenguaje se instrumentalizan, no es necesario “pensar” sobre el mismo, porque ya todo está dicho. Al igual que con la matemática se establece una economía del pensamiento.

Esta mecanización y funcionamiento maquínico es necesario para el avance y la expansión de la industria y cuando se convierte en el procedimiento intelectual monológico se hace fetiche, mágico. Entonces nociones como justicia, igualdad, felicidad, tolerancia, entre otros, pierden sus raíces espirituales y tampoco nada las vincula con una realidad objetiva. Estaban totalmente desubstancializadas. Conservan un halo histórico pero nada las convierte en razonables, ni científicas en el sentido moderno y sirven para usarlas en lo benéfico así como también para lo más abyecto.

La cosificación es típica de la subjetivación y la formalización de la razón y así el arte, la religión, la política se ven disociadas de la verdad. Es en la sociedad industrial, a partir del siglo XVI, cuando todos los productos de la actividad humana se convierten en mercancías. Toda actividad humana debe producir un ingreso, un beneficio, una compensación material. Así, el trabajo productivo, manual o intelectual, se hace honorable. Modernamente se llama pragmatismo. El Positivismo, con Comte y Hume, entre otros se empeña en promover el pensar todo tal como se piensa en el laboratorio, vale decir, como un problema de experimentación. El experimentalismo y el industrialismo hacen pareja y hacen de la fábrica el prototipo del existir humano y todo pensamiento que se diga razonable debe poder garantizar su utilidad respecto a un fin. Así el pensar se mide por sus efectos, no por el pensar mismo. Para Horkheimer (1973:66) la formalización de la razón equivale a su transformación en estupidez. El pensar se reemplaza por ideas estereotipadas que son tratadas como instrumentos utilitarios o como objetos de devoción fanática.

El positivismo transforma los restos que perviven del pensar mitológico en recursos útiles para la cultura de masas, deformando su sentido original. Por ejemplo, las ideas tomistas del renacimiento no corresponden, ni puede dárseles la misma interpretación científica hoy, porque el avance de la ciencia moderna contradice el ordenamiento religioso y aristotélico de su momento. En el intento de reconciliación del pensamiento escolástico con el positivismo moderno, los neotomistas modernizan antiguas ideologías e intentan adaptarlos a objetivos modernos. Se basa en hacer compatible el pensamiento individual con las formas modernas de manipulación de las masas y así la religión vista desde la religión formalizada, deja su tarea misionera para justificar por qué la fe y el modo de vivir cristiano son aconsejables en el momento actual. El fin religioso se pervierte al transformarse en medio secular, cuando se convierte en medio apropiado para superar las dificultades sociales y psicológicas que sufre el hombre y la sociedad moderna.

El pensar hoy se justifica más como utilidad a un grupo específico, que en relación con la verdad. La división de la ciencia en sociales y naturales es un producto social vinculado a la labor de las universidades y algunas escuelas filosóficas. El positivismo entiende la ciencia moderna como enunciados respecto a hechos y de cosas y descuida la necesidad de ligar la transformación del mundo en hechos y cosas con el proceso social. Las ideas que no se adecuan a la lógica simbólica no tienen sentido y cuando un concepto presupone en sí mismo procesos sociales, no puede ser considerado como verdadero. Y los sistemas filosóficos anteriores a su época son considerados espurios.

El positivismo moderno tiende a someter la vida cada vez más a la racionalización y la planificación y, entonces, la autoconservación humana debe adaptarse a las exigencias de la conservación humana. La creciente tecnologización facilita los cambios de ocupación, pero no facilita al hombre tiempo para reflexión o salirse de los modelos establecidos. A mayor cantidad de aparatos se construyan para dominar la naturaleza, más se verá encadenado el hombre a ellos para su supervivencia. La razón misma se identifica con la capacidad de adaptación.

La libertad de elección del hombre se ha incrementado en forma directa y proporcional a las posibilidades de producción. Pero esto no implica el aumento de la libertad. El automóvil proporciona un mayor grado de libertad que el carruaje tirado por caballos, pero la conducción del automóvil está sujeta a múltiples reglas, donde la espontaneidad se ve reemplazada por una disposición de ánimo que obliga a atender la normatividad externa.

La producción económica permite a los hombres exentos del trabajo físico, la labor del pensamiento especulativo y el día de hoy, ese pensamiento se dirige a la pragmática del instante próximo, no a la eternidad. Esto separa al hombre y la naturaleza. Una variante más del pragmatismo, típica de la civilización occidental.

La ciencia enseñada acríticamente conlleva un desencantamiento y una rebelión de quienes se enfrentan al momento de confrontar la teoría y la práctica. Lo más impactante es descubrir que los esquemas que le fueron enseñados tanto en la religión como en el conocimiento científico, que le decían que era el ser superior de la creación, sólo oculta el dominio del más fuerte o del más astuto, y esto lo lleva a la resistencia o al sometimiento.

Quien se resiste, lucha porque su vida muestre coherencia y verdad tanto en la teoría como en la práctica; lo cual le acarreará múltiples conflictos y soledad. El individuo resistente continúa siendo fiel a su superyó, pero es consciente de que la realidad “no es verdadera”. Esa conciencia la adquiere al comparar sus padres y los ideales que ellos quieren representar.

Quien no tiene suficiente fuerza para resistirse, termina identificándose con esa realidad, aunque no llegue a reconciliarse racionalmente con la civilización. Un cinismo bien informado no es más que otra forma de conformismo. El sumiso enfoca todos sus esfuerzos a oprimir y rebajar la naturaleza y a identificarse con sustitutos más poderosos como la raza, la patria, el líder, los clanes, la tradición; a todos los cuales debe respeto y obediencia.

La filosofía dialéctica, desde sus inicios promulgó la herencia del pensar crítico-trascendental y el principio de que los rasgos fundamentales y las categorías de nuestra comprensión del mundo dependen de factores subjetivos, tanto psicológica como sociológicamente. “En cada etapa del proceso de definición del objeto debe tenerse presente la conciencia del deber de observar retrospectivamente los conceptos hasta llegar a sus orígenes subjetivos” (Horkheimer, 1973:102)

La primera educación del individuo tiene una importancia capital en su desarrollo, ya que es allí donde adquiere su modo particular de reír, llorar, hablar, juzgar. El cuerpo entero es un órgano de expresión mimética. Estas características se conservan dado que las peculiaridades de un individuo

no proceden tanto de la educación racional como de las huellas atávicas que se remontan a la tradición mimética.

Contemporáneamente, el mimetismo debe ser sublimado y trascendido para convertirlo en comportamientos racionales dirigidos a una meta determinada. La mimesis se sustituye por la adaptación consciente y posteriormente por el dominio. En el progreso científico se observa el mismo proceso: la fórmula reemplaza la imagen, la calculadora a las danzas rituales. Adaptarse es llegar a identificarse con el mundo de los objetos y así sobrevivir. Este es el principio universal de la civilización: llegar a ser como el medio ambiente.

El judaísmo y el cristianismo representan intentos de dar sentido, significado a la represión de los impulsos primitivos y convertir la resignación en comprensión y esperanza. Así puede cumplirse la doctrina mesiánica de salvación y bienaventuranza. La filosofía europea incorporó este pensamiento al pensamiento racionalista y las revoluciones sociales transfirieron, en sentido amplio, las concepciones de fe absoluta de las masas al terreno político. Pero el componente religioso ha mostrado mayor fuerza unificadora en las masas que las ideas políticas o filosóficas para quienes es imprescindible lo trascendental para asumir la represión de sus impulsos naturales programados por la política y lo social.

El individuo en el racionalismo

Históricamente, el individuo es no sólo su existencia espacio-temporal y sensorial como miembro particular de la especie humana, sino también la conciencia de su individualidad como ser humano consciente, proceso del que forma parte el conocimiento de su identidad. La individualidad implica que se sacrifique la satisfacción inmediata a cambio de la seguridad, la preservación material y espiritual de la propia existencia y esa individualidad es menos integrada y menos duradera entre las masas que entre las élites. La élite se preocupa por mantener el poder y ese poder social se representa en el poder sobre las cosas y terminará dominado por las cosas, con menos rasgos individuales y su espíritu se transformará en autómata de la razón formalizada.

La crisis del individuo hoy no debe atribuirse solo a la técnica o al impulso de autoconservación. No es la producción por sí misma, es la forma como se produce, as relaciones entre los hombres en el marco específico del industrialismo. Los afanes, la investigación y la invención se convierten en ídolos, la adoración del progreso conduce a su antítesis. Los modelos de pensamiento y acción

promovidos por los mass media son asumidos como si fueran ideas de los hombres mismos. Hoy el espíritu objetivo rinde culto a la industria, a la técnica, a la nacionalidad que es reflejo del sistema económico. La productividad es un asunto económico de quienes ejercen el poder, no de quienes elaboran los productos.

A pesar de todo crece la conciencia que las condiciones de presión, casi insoportable, que pesan sobre el hombre no es fatal. Se espera que el hombre entienda que más allá de las técnicas de producción es la estructura social quien ejerce esa presión. La posibilidad de un cambio se avizora, aunque muy lentamente. La disciplina industrial, el progreso técnico y la ilustración científica, que ayer causaron la extinción de la individualidad, prometen hoy hacer renacer la individualidad como forma de vida más humana y menos ideológica.

No cabe duda que promover una conciencia filosófica de estos procesos –industrialismo, proceso técnico e investigación- puede ayudar a modificar su rumbo. “La conciencia de que precisamente en estos momentos todo depende del uso adecuado de la autonomía del hombre podría proteger a la cultura de la amenaza de su envilecimiento en manos de sus amigos conformistas indignos de confianza o preservarla de su destrucción por los bárbaros internos” (Horkheimer, 1973:172)

La erótica solar y la escultura de sí

En su libro “La escultura de sí. Por una moral estética”, (2009), Michel Onfray proclama la grandeza del hombre que hace de la ética una estética: el hombre que encuentra en los condicionamientos sociales una restricción a aquello que ha decidió ser y hacer de su vida y se hace auto-nomo convirtiéndose en imagen de la energía, la grandeza, la diferencia, de lo sublime y lo virtuoso. Cualquier, idea fija, preestablecida, imperativo externo es necesario conocerlo y reconocerlo como tal para colocar su voluntad sobre ello. Auto-nomía sobre la hetero-nomía.

Considera que la filosofía es la historia del cuerpo propio y, por tanto, autobiografía: los conceptos filosóficos son vacíos si no se viven. Al fin lo que propone es un hombre nuevo, un hombre concreto, no universal; un hombre específico, no lineal; sensible, no únicamente racional; un hombre cuyo objetivo último es él mismo y no, necesariamente, el progreso desenfrenado.

Su propuesta se basa en una *ética electiva*, una *erótica solar*, una *estética cínica*, una *bioética prometeica* y una *política libertaria*, temáticas englobadas en lo que él llama un *método alternativo* con respecto a la filosofía (y constituyentes a su vez de un modo de pensar y de vivir).

Parte de Guattari, Foucault y Deleuze. Con Foucault critica la idea del hombre universal, lineal, racional y obsesionado por el progreso y le confiere a la filosofía la tarea de “diagnóstico del presente”, “ser la mala conciencia de su época”. Onfray, en esta línea, plantea una *erótica solar*, donde el placer con y por el otro tiene una importancia capital sobre las ideologías y políticas sociales.

Para Onfray el cuerpo es lo principal. Es donde acontece la vida. Su sistema es hedonista y corporal. Porque el hedonismo no puede darse sin cuerpo. Un cuerpo que padece y goza. Un cuerpo finito que propone y reclama el amor aquí y ahora. Y es una propuesta ética ya que el recurso al cuerpo es el recurso a la acción y como tal su propuesta ética no pretende la universalidad, sino que la suya es una ética particular, de situaciones dada, circunstancial.

El tiempo lineal pertenece al tiempo del que hace uso la iglesia, el burgués y el capitalista. Un tiempo mecanizado destruye la opción del azar, el lugar de lo inesperado, lo inhabitual, la invención y menoscaba la posibilidad de la libertad individual donde el hombre puede poner el tiempo a su servicio y no al contrario. Y aparece el dandi, que desprecia los valores burgueses. El dandi frente a la mediocridad y a la justa medida aristotélica impone el exceso, el gasto, la desmesura, el regalo, la fiesta, el verdadero ocio; así que hay que dominar lúdicamente el tiempo, hacerlo placentero, lejos del reloj.

En “La Fuerza de existir. Manifiesto Hedonista” (2009), Onfray señala la constitución del Yo como elemento moral o básico, cuando dice: “[...], la etología da cuenta de esa falta de ética: cada cual evoluciona en un territorio reducido hacia su determinismo de macho dominante, de hembra dominada, de integrante de la horda o miembro de un grupo más extenso que otro. El reino de la tribu contra el de lo humano. La construcción de un cerebro ético constituye el primer grado hacia una revolución política digna de ese nombre.” (:106)

En “La fuerza de existir, Manifiesto hedonista”, Onfray señala la constitución del yo como elemento moral básico, cuando dice: A la manera del erizo, el hombre hedonista asume una actitud vital basada en el subjetivismo, la autodefensa, “lo espinoso” y el aislamiento social. El

replegarse, el reconcentrarse es una forma de autodefensa, una forma de salvarse. Este comportamiento indica prudencia, previsión y cálculo hedonista. Atención permanente en un mundo peligro, violento, cruel y, por siempre, sometido a las pulsiones de la muerte. Y el hombre está necesitado de protegerse porque siempre está siendo acechado por una gran variedad de fuerzas negativas; fuerzas que proceden de sus congéneres, de la naturaleza, etc. Y los peligros no son solamente físicos, también se dan peligros emocionales, espirituales. Así que protegerse es una necesidad inmanente en los seres humanos, lo cual no puede ser confundido con egoísmo o cinismo.

Algunas teorías, filosóficas o religiosas, consideran el autocuidado como un signo de egoísmo, dado que proclaman aquello de “vinimos al mundo a sufrir” y todo cuanto lo evita se considera mal, una desviación del mandato divino. Por su autonomía, individualidad e independencia, el erizo se convierte en signo de emancipación de la idea cristiana de sufrimiento como redención de la existencia. El hombre actúa a la manera del erizo cuando adopta la actitud de ensimismamiento que lo aleja del sufrimiento, la contrariedad y simultáneamente, mantiene su interioridad intacta. Y el otro? El hombre es irredemiabilmente social, sociable y la actitud de erizo lo convertiría en alguien incapaz de relacionarse cercanamente con los demás. Para ello, Onfray propone que el contrato social indique la justa medida de contacto con el otro. Esa justa medida debe permitir el desarrollo de la subjetividad y la identificación del yo sin olvidar el desarrollo social y la buena relación con el otro. Este contrato sólo puede llevarse a cabo entre personas que entienden su posición, que reconocen su yo y el otro, entre personas leales que cumplen obligaciones sensatas que benefician a ambas partes. El contrato tiene como base beneficio mutuo y sensatez en los términos.

En el oficio filosófico algunos han de ejercitarse como pedagogos de las gentes, como trovadores de lo que el «sentido común» va mostrando a partir de las dinámicas sociales y culturales. Estas gentes no so Michel Onfray, concede la existencia de una capa social cada vez más amplia y fuerte que en la fuerza de existir señala la capacidad del hombre moderno de poder crecerse sin recurrir a los credos trascendentes, sin necesidad de dioses castrantes; en la voluntad de dejar de ser almas sin cuerpos, en el propósito de reclamar para todos ese hedonismo negativizado por los rigores religiosos y por los engaños de las obligaciones fabuladas.

La búsqueda de la autonomía, necesaria para el ejercer como hedonista, requiere una forma de vida responsable y lógica. Para Onfray, esta forma de vida es semejante a la vida del erizo quien se ensimisma y rechaza todo lo que le es adverso, salvaguardando su interior. El hombre debe buscar un contrato justo y equitativo con sus semejantes, basado en una lógica hedonista que salvaguarde el placer mutuo. -Onfray propone liberarse de los preceptos sociales, sobre todo los religiosos que elevan al sufrimiento como el sentido de la vida, lo que se debe hacer, es buscar el placer, un placer responsable, mutuo y equitativo.

Bibliografía

Alvarez Carlos F. (2013). La filosofía y su papel fundamentador en la epistemología de la Bioética. Universidad El Bosque.

Bárcena Fernando (2000) El aprendizaje simbólico del cuerpo. Revista Complutense de Educación. Vol. 11. No. 2. 59-81

Hertz, R. (1960) La muerte y la mano derecha. Aberdeen: Cohen and West.
McManus, C.

Horkheimer M. (1973) Crítica de la razón instrumental. Sur. Buenos Aires. Versión castellana Morena y Vugelmann

Onfray, Michel. (2008) La fuerza de existir, Manifiesto hedonista” Anagrama. Madrid

Onfray, Michel. (2009) La escultura de sí. Por una moral estética. Madrid, España: Errata Naturae.

Onfray, Michel (XXXX) Teoría del cuerpo enamorado. Por una erótica solar.

Schafschetzy Miguel (2004) Ética, sufrimiento y procreación. Posibilidad de una ética naturalista del deber. Tesis doctoral dirigida por Begoña Román Maestre, Jaume Mascaró Pons. Universitat de Barcelona.

El derecho a la protección de la salud de los pueblos indígenas: problemáticas, desafíos y una solución

Dra. Ma. Elizabeth de los Rios Uriarte
Profesor Investigador Facultad de Bioética
Universidad Anáhuac México Norte
Contacto: elizabeth.delosrios@anahuac.mx

La lucha por la igualdad entre los grupos vulnerables ha sido, desde hace algunos años, el estandarte de identificación de aquellos que, en razón de su etnia, raza, lengua o preferencias han sido excluidos socialmente mediante formas, a veces muy sutiles, de violencia y marginación. Tal es el caso de los pueblos indígenas a quienes, por considerársele entes ajenos a la realidad social globalizada y esencialmente occidental, se les ha dejado de lado en las consideraciones jurídicas y gubernamentales incluso en sus derechos más fundamentales tales como el derecho a la protección de la salud.

Consagrado en los sistemas universales y americano de derechos humanos, en el artículo cuarto de la Carta Magna de los Estados Unidos Mexicanos y en diversos órganos e instrumentos referentes a los derechos humanos, esta derecho a la protección de la salud constituye aún una materia pendiente en la agenda nacional e internacional.

En este artículo se abordará, por tanto, y en primer lugar, la fundamentación jurídica del derecho a la protección de la salud como derecho humano fundamental de segunda generación; posteriormente se estudiará el concepto de salud indígena como nuevo paradigma que oriente la atención integral de la misma en dicho grupo social. En tercer lugar, se analizarán las problemáticas derivadas de una deficiente atención a la salud de los pueblos indígenas presentando las aristas más agudas que desprenden un entramaje de causas y efectos que dejan en segundo plano el cumplimiento cabal del derecho a la protección de la salud. En un cuarto momento se comentarán los desafíos más urgentes a los que los gobiernos y la sociedad civil deben responder para mejorar la condición de vida de los pueblos indígenas y eliminar su marginación y exclusión social en materia de salud. Por último se dará una propuesta de solución que ayude a integrar elementos y recursos tradicionales y culturales en el esfuerzo compartido de

mejorar la salud de los pueblos indígenas, esto mediante el abordaje teórico y estudio de casos de un nuevo modelo de atención de la salud: el modelo intercultural.

I.- Fundamentación jurídica del derecho a la protección de la salud

A nivel internacional, los derechos humanos pueden abordarse y estudiarse desde el sistema Universal de las Naciones Unidas o bien desde su contexto geográfico, en cuyo caso se cuenta con el Sistema Americano, el Sistema Europeo y el Sistema Africano de derechos humanos.

Ahora bien, dado el panorama anterior, el derecho humano de la protección de la salud se encuentra consagrado en ambos sistemas, tanto el de las Naciones Unidas como el Interamericano. En el Sistema ONU se encuentra primeramente en el artículo 25, fracción 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. De igual manera se encuentra consagrado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. También se encuentra de forma explícita en los artículos, 17, 19 fracción 1 y 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño; en el artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

En cuanto al sistema Interamericano de Derechos Humanos, el derecho a la protección de la salud se encuentra manifiesto en el artículo 11 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del hombre. También se encuentra consagrado en el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José) en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador); así mismo en los artículos 3 fracción 2.a y 2.b de la Convención Americana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las personas con discapacidad y en el artículo 4.b de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belem do Para). De manera particular, en nuestro país el derecho a la protección de la salud se encuentra explícito en el artículo 4to de nuestra Constitución y en el 2º se trata el tema de la composición pluricultural de la nación reconociendo la existencia y el respeto a los pueblos originarios.

No obstante el esfuerzo de los organismos nacionales y regionales en la defensa y promoción de los derechos humanos y, concretamente, del derecho a la protección de la salud, éste sigue siendo

débil en cuanto a su reclamo colectivo, es decir, la mayoría de las manifestaciones explícitas de dicho derecho versan sobre individuos y no sobre colectivos.

Hablar del derecho a la protección de la salud de los pueblos indígenas conlleva concebir este derecho como uno colectivo y no únicamente de cada individuo en cuanto tal; es decir, su exigibilidad dependerá del grupo social enmarcado en las categorías de “pueblo” y de “indígenas”. La Carta Internacional de los Derechos Humanos concibe ya la noción de “pueblo” en sus artículos 1º, 2º y 55vo con respecto a la libre autodeterminación de los pueblos, sin embargo dicha noción permanece ambigua y sin definición lo que conduce a la interpretación del derecho internacional de concebir “pueblo” como “nación” y ésta ligada a los Estados¹. Sin embargo, será el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo quien advierta del peligro de no interpretar dicha noción bajo los parámetros del derecho internacional². Respecto del término “indígenas” que acompaña a la concepción de “pueblo”, la OIT en su Convenio 107 con su intención integracionista de los *pueblos originarios* y, posteriormente su Convenio 169 la define claramente³

Hablar, por lo anterior del derecho a la protección de la salud de los pueblos indígenas implica necesariamente asumir que es un derecho de orden colectivo, esto es, de espíritu comunitario⁴, que debe y podrá ser reclamado por un grupo social y que conlleva considerar factores inherentes a su tradición, usos, costumbres, vinculación territorial, creencias mágicas y ancestrales, mitos y cosmovisiones, en virtud de formarse como pueblos pre-existentes a la formación del Estado o Nación actuales.

¹ Santiago, A.. La situación formal de los derechos de los pueblos indígenas en el derecho internacional. *Alegatos*. 2011, Enero-Abril, (77):137.

² Ibid.

³ “b) Pueblos en países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.” Convenio 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 1989. En: <http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/lima/publ/conv-169/convenio.shtml>. (Consultado: 2/09/2012).

⁴ Cfr. Respecto del Derecho indígena y los derechos consagrados en el mismo. *Enciclopedia jurídica Mexicana*. 2002.

En el ámbito Internacional, a pesar de contarse con los esfuerzos de la OIT, los derechos de los pueblos indígenas continúan siendo ignorados o asimilados por los derechos individuales reconocidos oficialmente; por la razón anterior la ONU se dio a la tarea, en el año 2007 de formular la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas en donde se reafirma la unicidad de los pueblos indígenas en cuanto a su diferencia pero, al tiempo, se les reconoce como iguales en derechos a todos los demás pueblos; es decir, esta declaración reconoce, en su artículo segundo, el derecho a la diferencia de los pueblos indígenas en sus vertiente tanto individual como colectiva.

En la Declaración anteriormente mencionada el derecho a la protección de la salud se encuentra consagrado en el artículo 7 fracción 1ª. De igual manera en el artículo 21 se establece el derecho al mejoramiento de las condiciones de vida de los pueblos indígenas con especial mención en la educación, empleo, vivienda, saneamiento y salud y en su fracción segunda el mismo artículo pone énfasis en las necesidades especiales de mujeres, ancianos, niños y personas con discapacidades. Es de suma importancia esta declaración en cuanto que reconoce, en su artículo décimo primero el derecho a practicar y revitalizar sus tradiciones y costumbres culturales. Dicha Declaración, en su artículo 24 manifiesta el derecho a conservar sus prácticas de salud y el acceso a sus plantas medicinales sin menospreciar el acceso, sin discriminación, a todos los servicios sociales de salud. En la fracción segunda de dicho artículo se reconoce el derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental.

En el abordaje anterior respecto de la fundamentación del derecho a la protección de la salud se puede observar entonces que dicho derecho no sólo constituye una exigencia individual sino colectiva cuando de los pueblos indígenas se trata y que a pesar de su reconocimiento y esfuerzos por validarlo, siguen existiendo grandes dificultades para cumplirlo tanto a nivel nacional como internacional.

II.- Salud indígena: un nuevo paradigma

Para abordar las especificidades que la salud encuentra en el ambiente de los pueblos indígenas hay que partir por los elementos que comparten los grupos sociales que en esta categoría se insertan; si bien ya se han dado algunas aproximaciones a los términos de “indígena” y de “pueblo” parece pertinente decir que la Organización Mundial de la Salud en lo referente a la

salud de los pueblos indígenas define a éstos como los grupos sociales que comparten características tales como lazos con sus territorios, sistemas políticos propios, conservan lenguas autóctonas y elementos culturales específicos y compartidos por todos sus miembros.

Por las características anteriores se empieza a perfilar que si bien la salud responde a un estado de bienestar integral como apunta la OMS, cuando se trata de los pueblos indígenas, ésta deberá estar, necesariamente, en estrecha relación con aquellas características que los distinguen, es decir, con sus territorios y recursos naturales, con sus culturas y creencias y con su existencia ancestral; de esta manera concebir la salud indígena será concebirla dentro del marco de una cosmovisión propia y específica de cada etnia con especial vinculación con el entorno que la rodea.

Los procesos de enfermedad para los indígenas están relacionados no únicamente con condiciones, signos y síntomas físicos sino también, y sobre todo, con la armonía entre ser humano, espíritu y naturaleza, y, por lo tanto, la restauración de la salud lo estará también de tal forma que para aliviar la enfermedad será necesaria la restauración de la armonía del hombre y de la mujer consigo mismos, con los demás y con su entorno; así, la salud es un fenómeno multifactorial y habrá que atenderse desde dicha perspectiva. Los símbolos, la historia, el mundo natural y el sobrenatural, todos ellos son elementos que se insertan en la concepción de los procesos de enfermedad y restauración de la salud y que atienden a una circunstancia en donde hay una intrínseca relación del ser humano con su entorno, con su territorio y con los recursos naturales que en él coexisten. Por ello, la práctica de la medicina indígena toma como principales recursos las plantas, animales y minerales propios de su entorno. Los fenómenos naturales y las deidades están también implicados en la pérdida de la salud, así los eclipses, cometas, temblores, inundaciones, sequías y demás constituían situaciones de enfermedades que se propagaban con facilidad en epidemias y plagas⁵.

Las condiciones de pobreza y marginación en que se encuentran y en que han vivido por muchos años los pueblos indígenas no causan únicamente enfermedades curables y tratables tales como la tuberculosis, la desnutrición, las hemorragias y las muertes maternas sino que, además, contribuyen al detrimento de ese supuesto "estado de bienestar" al incrementar las desigualdades

⁵ Victoria Jardón, Ana María. *500 años de salud indígena*. México: Porrúa, 2004. P. 148.

sociales y, por ende, la diferenciación de los indígenas del resto de la sociedad y su consecuente exclusión y marginación.⁶

Una nueva dimensión de la salud y de la enfermedad deberán ser considerados para crear un concepto de salud indígena en donde convivan y converjan los elementos de la práctica occidental y especializada con los propios de las culturas indígenas. El concepto de salud indígena deberá contener, en su convergencia con el propio de salud occidental, los elementos que le son intrínsecamente constitutivos: tierras o territorios, recursos naturales y cosmovisión, creencias e historia, prácticas y tradiciones así como respetar las figuras de autoridad que ejercen la medicina tradicional indígena sin perder de vista el abordaje multifactorial

III.- Problemáticas derivadas de la deficiente protección del derecho a la salud en los pueblos indígenas

La atención de la salud con sus correspondientes políticas y estrategias gubernamentales se ha dado de manera aislada sin atender a la multiplicidad de factores que influyen en la posibilidad de realización de la misma, esta situación aunada a la acelerada urbanización y crecimiento poblacional⁷ ha incrementado desigualdades sociales y económicas que han dejado en desventaja la atención específica a los grupos marginados entre los que se encuentran los pueblos indígenas. Las condiciones de pobreza tienen serias repercusiones en factores de tipo geográfico, ambiental, laboral, educacional y nutricional que impactan de manera significativa a la salud⁸; por lo anterior la constante situación de marginación en que viven los indígenas conlleva consecuencias graves para su estado físico, psíquico, social y hasta cultural.

⁶ Es importante mencionar aquí que si bien la deficiente salud de los indígenas no obedece únicamente al factor pobreza, ésta si despliega otras problemáticas tales como la falta de recursos sanitarios, la dificultad para acceder a los centros de salud, la mala distribución horaria de los mismos, la carencia de conocimientos y competencias por parte de los profesionales de la salud que, en gran medida, coadyuvan a que los pueblos indígenas sigan siendo excluidos de las políticas públicas y, en general, de la conciencia social.

⁷ Cfr. Victoria, A.M. . *Op. Cit.* 15.

⁸ García R. H. El derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos. México, CNDH, 1996: 39.

Las causas más comunes de muerte entre la población indígena son la desnutrición en niños menores de 5 años, las muertes maternas y la tuberculosis⁹. Las condiciones en que dichas muertes ocurrieron, en la mayoría de las ocasiones tienen que ver con un retraso en el diagnóstico y, por ende, en el tratamiento y, a su vez, dicho retraso en la etapa diagnóstica se debió a la falta de recursos, tanto materiales (transporte) como económicos para ir a la consulta médica. De igual manera intervinieron la falta de competencia y de conocimientos por parte de los médicos en los centros de salud así como el retraso en recibir la atención necesaria ya en los establecimientos.

Existen otras circunstancias que constituyen barreras en el acceso a los servicios de salud y que, en consecuencia, conllevan complicaciones graves en el estado de bienestar general de los indígenas. Algunas situaciones encontradas en diversos estudios¹⁰ incluyen malos tratos, falta de información, horarios inflexibles, falta de medicamentos, entre otros.

De los problemas anteriores el más recurrente suele ser la carencia de recursos materiales para el ejercicio de actividades médicas de diagnóstico, terapéuticas y de rehabilitación; en efecto, enfermedades como la tuberculosis que, en principio es una enfermedad prevenible y curable, suele ser mortal entre la población indígena debido a la falta del material necesario para su diagnóstico oportuno¹¹.

IV.- Desafíos emergentes y urgentes

Si no se acepta que la salud indígena es, aún hoy en día, precaria y que gracias a ello muchos pueblos indígenas se encuentran en total desprotección y estado de vulnerabilidad disminuyendo con ello no sólo la población activa que los componen sino también el promedio de vida de sus

⁹ Se sugiere consultar el informe “Pueblos excluidos comunidades erosionadas” realizado por ECOSUR, Physicians for Human Rights y CCESC en el año 2006.

¹⁰ Amoroz, I. El derecho a la salud en comunidades indígenas del Estado de Chiapas. En *Pueblos y fronteras*. 2010.

¹¹ De la población total que padece dicha enfermedad, únicamente el 24% son diagnosticados y de este porcentaje sólo el 10% de quienes padecen dicha enfermedad en las zonas marginadas indígenas es tratado y de ese 10% la mayoría no recibe el tratamiento suficiente (seis meses). Cfr. Amoroz, I. Op. Cit.

nuevos miembros, entonces se correrá el peligro de la extinción de los mismos y del olvido de la responsabilidad social que debemos de tener como aldea global.¹²

Las problemáticas presentadas anteriormente pueden englobarse en tres rubros¹³ que, a su vez presentan tres líneas o ejes temáticos de desafíos que deben atenderse de forma prioritaria para mejorar la salud de los pueblos indígenas y elevar su calidad de vida.

El primer rubro en que se ubican las problemáticas corresponde al rubro económico del acceso a los servicios de salud. Los pueblos indígenas sufren de una carencia de lugares donde se les brinde atención médica por dos razones fundamentales: la primera es la lejanía: muchas comunidades se encuentran lejos de las capitales de las grandes metrópolis y, por ende, trasladar médicos y personal sanitarios junto con recursos representa gastos mayores de la misma manera que les implica a ellos trasladarse a las ciudades para recibir consultas o realizar determinados procedimientos curativos. Es menester mencionar aquí también la carencia o ausencia de medicamentos que presentan la mayoría de los centros de salud que atienden comunidades indígenas y alejadas de la civilización citadina.

El segundo rubro es el competente al factor cultural. No es de extrañar que muchos indígenas se quejan de una mala atención debida a exclusión o marginación por su condición de indígena¹⁴, porque no se dirigen a ellos en sus idioma o en lenguas que puedan entender y cuando llega a haber traductores éstos no traducen de manera fiel lo que refieren los pacientes y sufren maltratos por parte de ellos mismos al tiempo que se presenta un abuso de autoridad por parte del personal de salud e incluso, se llega ejercer violencia verbal.

¹² El término se usa en el sentido propuesto por McLuhan para identificar una comunidad humana que está mediatizada y que esto provoca una rápida y eficiente comunicación y, por ende, responsabilidad compartida. McLuhan, M. *La aldea global: transformaciones en la vida de los medios de comunicación mundiales en el siglo XXI*. Barcelona, Gedisa, 1990.

¹³ Julio Mont estudia las berreras en el acceso a la salud en América Latina y clasifica las mismas en tres tipos: “la distribución espacial de la población, las comunicaciones y el grado de homogeneidad, heterogeneidad cultural y étnica, en segundo lugar los factores asociados al desarrollo social y la dinámica económica [...] y por último las reivindicaciones de organizaciones con poder político” tomado de Gafo, J. (ed.) *El derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos*. Madrid, Universidad pontifica Comillas. P. 100.

¹⁴ Recuérdese el término de “indígena” y sus diferentes acepciones, generalmente despectivas.

El tercer rubro equivale a la marginación. La pobreza crónica¹⁵ y la ideología que rodea al término “indígena” terminan por desembocar el olvido histórico de los pueblos indígenas, quienes se han mantenido en una situación de progresiva marginalidad¹⁶. Marginar no significa únicamente dar una atención pobre y descuidada sino que significa, sobre todo, dejar de lado, relegar, hacer insignificante, invisibilizar. Lo que se relega se olvida y lo que se olvida se acalla, los pueblos indígenas van perdiendo su voz frente a la tendencia homogeneizante de la medicina occidental de olvidar prácticas ancestrales por cederle el paso a la ciencia y a la tecnología. La marginación es el mayor peligro que corren los grupos vulnerables y, entre ellos, los pueblos indígenas¹⁷. El rescate del reconocimiento a la diversidad rompe con la intolerancia cultural y desplaza la construcción social hacia el conocimiento de los propios límites y de los límites de cada persona.¹⁸

El desafío para las instituciones gubernamentales y para la sociedad en general, consiste entonces en retomar estos tres ejes transversales y crear estrategias para combatir cada una de las problemáticas que en ellos se incluyen con acciones específicas dirigidas a combatir estas situaciones precarias de los indígenas.

V.- Una propuesta de solución: el modelo intercultural

Ante tal panorama de desafíos, es necesario replantear la salud enfocada en las características, condiciones y necesidades propias de los pueblos indígenas. Un nuevo paradigma de pensamiento es preciso que surja en medio de tantas negativas y problemáticas. Si el sistema de salud no admite que existan otras metodologías curativas y no amplía su visión de la enfermedad también a sus casusas culturales y comienza a comprender la salud como un estado derivado de una armonía

¹⁵ En un artículo del periódico *El Financiero* publicado el 31 de agosto del 2004 se calculó que un indígena vive con, en promedio, \$8.30 pesos al día, es decir, \$250 pesos al mes. En el año 2010 los indicadores socioeconómicos presentaban poco más o menos la misma condición: 25 indígenas ocupados de cada cien no recibe ingreso, 56 de cada cien recibe hasta dos salarios mínimos mensuales (smm) y solamente 19.4% recibe más de dos smm. Para mayor información consultar la página: http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=215&Itemid=54. Comisión Nacional para el Desarrollo de los pueblos indígenas. Fecha de última (Consultado: 7/09/2012).

¹⁶ Victoria, A. M. *500 años de salud indígena*. México, Porrúa 2004.

¹⁷ Todavía hoy en día en México, el 95.4% de la población indígena vive en condiciones de alta y muy alta marginación. Cfr. Cisneros, I. *Op. Cit.* P. 95.

¹⁸ Cfr. *Ibid.* P. 61.

multifactorial, entonces los pueblos indígenas corren el riesgo de extinguirse o bien de ser absorbidos por la visión occidental hasta llegar a desaparecer, con lo que se perdería un aspecto muy enriquecedor para la historia de la humanidad.

El nuevo paradigma que se ha planteado, en un primer lugar, frente a las preguntas filosóficas que han intentado conciliar tradiciones y costumbres desde la perspectiva de un multiculturalismo¹⁹ han propuesto una visión *intercultural* para el abordaje de la salud. No se trata aquí de una sinergia entre dos culturas esencialmente distintas ni de la creación de una tercera sino de una potenciación de recursos, conocimientos y prácticas que enriquezcan y mejoren elementos que necesitan ser modificados en una cultura para el mejoramiento de sus miembros.

Para que este nuevo modelo se pueda ejercer se requiere que las dos culturas que buscan mejorar sus condiciones se encuentren en un plano de igualdad, es decir, que entre ellas se ejerzan relaciones simétricas de disponibilidad para el diálogo en el entendido de que cada una es igualmente válida; desgraciadamente al momento de intentar aplicar este modelo a la salud indígena la relación es asimétrica en tanto que implica la autoridad de un Estado que dispone normas y conductas para la atención de la salud y que, por ende, se sitúa en primer lugar en dicha relación y no constituye un verdadero puente de acceso a la horizontalidad que requieren los procesos de interculturización.

Un primer elemento que ayudaría a la asimilación de un nuevo modelo de atención de la salud es el cambio de mentalidad en lo referente a la concepción misma del proceso de enfermedad. Cambiar la manera de percibir la enfermedad y pasar de un modelo biopsicosocial a uno en donde

¹⁹ Es de destacar aquí la diferencia conceptual entre los términos de multiculturalismo y multiculturalidad. Multiculturalidad es: “el reconocimiento, la constatación de la existencia de diversas culturas en un mismo territorio, sean estas originarias, inmigrantes o derivadas o variantes de una cultura hegemónica”, mientras que el multiculturalismo “identifica una actitud de respeto frente a la diferencia cultural cualquiera que sea la naturaleza de esta, por tanto, trasciende el componente étnico, pues las diferencias culturales no se derivan de las diferencias étnicas”. Tomado de: Salaverry, Oswaldo. “Interculturalidad en salud” en *Revista peruana de medicina experimental y salud pública* 2010; 27 (1).P. 83.

En el sentido anterior, el multiculturalismo implica la promoción y defensa del derecho a la diferencia y a la diversidad, razón por la cual ha sido estandarte de presentación de algunos grupos socialmente excluidos y marginados tales como las minorías sexuales, religiosas, etc.

también se incluya el factor cultural, ambiental, social y relacional si bien no es empresa fácil, sí constituye un primer acercamiento a este nuevo paradigma.

Un segundo elemento importante en el cambio de paradigma consiste en adaptar las políticas públicas en materia de salud, incluyendo la provisión de servicios y recursos tanto humanos como materiales, al contexto cultural específico de cada comunidad. Identificar las necesidades de cada pueblo indígena, analizar sus posibles riesgos y detectar las causas que originan diversos males dentro de la comunidad ayuda a, su vez, a proponer alternativas en los servicios de salud que se adapten al estilo de vida de los indígenas. Por ejemplo, un modelo intercultural debería de contar con un horario de atención pertinente a los horarios de las actividades de la comunidad.

La interculturalidad como nuevo modelo de salud es una acción progresiva que implica retos importantes y que conlleva un proceso gradual para su implementación. En la mayoría de los casos en donde ya existe dicho modelo, la iniciativa vino, en primer lugar, de las mismas comunidades que propiciando diálogos y negociaciones lograron hacerse escuchar y respetar; sin embargo la puesta en práctica del modelo interculturalidad necesita de profundos cambios en materia jurídica, administrativa y política; cambios que no serán realidades sino hasta contar con un sistema y con una plataforma que fomente, desarrolle y propicie una formación en interculturalidad que sea capaz de generar la visión y el presupuesto de que la responsabilidad es compartida.

Conclusiones

El derecho a la protección de la salud es un derecho que debe cumplirse a la par de otros que procuran y fomentan el mismo, tales como los derechos de orden económico y social que propicien un desarrollo óptimo y una calidad de vida aceptable. Este derecho se torna un asunto en cuestión cuando de los más desfavorecidos se trata ya que las condiciones de miseria en las que viven los grupos marginados complican el cumplimiento cabal del mismo.

Dentro de estos grupos marginados, los pueblos indígenas constituyen un asunto medular debido a su exclusión social y la poca aceptación de sus creencias, costumbres y tradiciones. Ahora bien, el derecho a la protección de la salud en los pueblos indígenas deberá pasar necesariamente por el entendimiento de su propia cultura y cosmovisión.

La salud indígena necesita ser entendida desde una visión plural en donde convergen tanto los factores físicos y psíquicos como los sociales, culturales, ambientales y espirituales por lo que, para asegurar el derecho a la protección de la salud en este sector de la población será necesario un nuevo modelo que compenetre una nueva concepción de la salud con la occidental ejercida por la medicina clásica.

El modelo intercultural de atención de la salud satisface los criterios de inclusión entre las prácticas culturales ancestrales propias de la medicina tradicional indígena con los conocimientos y procedimientos de la medicina occidental. Ahora bien, por apetecible que parezca dicho modelo éste también constituye varios desafíos en su implementación por lo que deberá enmarcarse dentro de una progresiva actuación tanto por parte de las autoridades gubernamentales como por parte de los agentes de salud indígena.

Es urgente pues, empezar a implementar medidas educacionales que permitan la instauración de un modelo intercultural y asegurar con éste la protección al derecho a la salud de los pueblos indígenas. Mucho queda por hacer pero dependerá de la voluntad y del compromiso que establezcamos con los más desfavorecidos si la salud sigue constituyendo un problema nacional o internacional o bien un medio para garantizar la vida de todos los ciudadanos.

Bibliografía

Amoroz, Iliana. "El derecho a la salud en comunidades indígenas del estado de Chiapas" en la revista digital *pueblosyfronteras*. México: UNAM, 2010.

Bailón Corres, Moisés Jaime. *Derechos humanos y derechos indígenas en el orden jurídico federal mexicano*. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2003.

Carbonell, Miguel. *La constitución en serio. Multiculturalismo, igualdad y derechos humanos*. México: Porrúa/UNAM, 2002.

Cianciardo, Juan. "Universalidad, multiculturalismo y derechos de los pueblos originarios. Una aproximación desde el caso argentino" en *Dikaion*. 23(19). 2009.

Cisneros, H. Isidro. *Derechos Humanos de los pueblos indígenas en México*. México: Comisión de Derechos Humanos del distrito Federal, 2004.

Duarte Gómez, María Beatriz. *Et. Al.* "Un modelo de atención en salud al pueblo wayúu en la frontera colombo-venezolana". En *Revista Panamericana de salud pública* 30(3), 2011.

Gafo, Javier (Ed.) *El derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos*. Madrid: Pontificia Universidad Comillas.

García Romero, Horacio (coord.). *El derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos*. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos, 1996.

Hernández Huerta, Miguel Ángel. *La asistencia social indígena*. México: Porrúa, 2006.

Naciones Unidas. *Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas*. 2007.

Rocha Díaz, Salvador (coord.). *La reforma constitucional para la protección de los derechos y la cultura de los pueblos indígenas*. México: Porrúa, 2004.

Ruiz-Llanos, Adriana. "La interculturalidad y el derecho a la protección de la salud: una propuesta transdisciplinaria" en *Boletín Mexicano de Historia de la Filosofía de la Medicina* 10(2). México, 2007.

Sáez Delgado, Margarita. "Interculturalidad y extensión de la cobertura de la Protección Social en Salud para trabajadores agrícolas y pueblos indígenas". Instituto de Formación online.

Salaverry, Oswaldo. "Interculturalidad en salud" en la *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. Perú: Instituto Nacional de Salud, 2010.

Santiago Monzalvo, Alejandro. "La situación formal de los derechos de los pueblos indígenas en el derecho internacional" en *Alegatos* 77 (ene-abr), 2011.

Victoria Jardón, Ana María. *500 años de salud indígena*. México: Porrúa, 2004.

Esclavitud, libertad y toma de decisiones

María Guevara Sanginés

Departamento de Estudios de Cultura y Sociedad, DSCy
Campus Guanajuato, Universidad de Guanajuato, México

Contacto: airam7427@gmail.com

Resumen

En el mundo occidental la institución de la esclavitud apareció desde tiempos remotos. En América existió en tiempos prehispánicos como resultado de deudas o por reincidencia en algunos delitos. Los romanos regularon la esclavitud de tal suerte que los esclavos en ciertas condiciones podían obtener la condición de libres. En el periodo en que Latinoamérica formó parte del Estado español, la legislación que se aplicó a los seres humanos en condición de esclavitud es la heredada de los romanos y modificada en las Siete Partidas, en el derecho indiano y en el Código Carolino.

Así pues, en México, en tiempos virreinales, aunque los esclavos heredaron esta condición por vía materna (derecho de vientre) y se consideraron propiedad vendible, rentable, bien dotal o transferible por donación, el derecho los consideraba personas sujetas de Derecho.

Entre los derechos con que contaban los esclavos se encontraban los que les permitían ser testigos, acudir a la autoridad para denunciar maltratos y agresiones, e inclusive obtener la libertad. La libertad entendida como la capacidad de tomar decisiones y de disfrutar de autonomía de acción y de movimiento. Así, que aunque los esclavos estuvieran sujetos a un amo y por lo tanto impedidos en su autonomía, conocían la legislación y las prácticas sociales que les permitieron tomar decisiones en su vida cotidiana. Entre estas decisiones se encuentran adquirir su libertad a través de mecanismos como la fuga individual, el cimarronaje, la compra de la libertad, el matrimonio con mujeres libres y posteriormente la participación en los ejércitos insurgentes.

En esta presentación me propongo discutir el concepto de libertad, el conocimiento y uso de los saberes que tuvieron los esclavos para alcanzar la libertad y las trabas utilizadas por los propietarios para impedirla, como el uso de chantaje, castigos diversos, marcas (carimbos) y la aplicación de las categorías de libertino y liberto.

Introducción

Desde tiempos remotos en el mundo occidental, al cual pertenecemos, se ha planteado sistemáticamente el problema de la libertad en diversas facetas. Desde el libre albedrío como la capacidad de las personas de analizar situaciones de la vida cotidiana para tomar decisiones, hasta la libertad como autonomía del individuo que lo llevó a considerar a la democracia como solución de la vida política de la humanidad, como ausencia de coacción del gobierno en la vida privada y en el comercio. Esta última concepción también orientó la lucha política por abolir legalmente la esclavitud, que hasta ese momento se definía como la situación en la cual algunos seres humanos eran propiedad de otros, por lo que sus movimientos, su autonomía y sus derechos o eran nulos o estaban restringidos. Además, la esclavitud empezó a ser un estorbo para el desarrollo de las relaciones sociales de producción.

Sin embargo, esta conceptualización individualista de la libertad, en América hispana, si bien favoreció la abolición legal de la esclavitud, llevó a la negación y destrucción de la identidad, pertenencia y propiedad comunitaria, por lo cual se comenzó a legislar para la desaparición de los pueblos de indios, de las corporaciones eclesiásticas, de las cofradías y de otras instituciones de esa naturaleza. En la actualidad, bajo las propuestas de la posmodernidad se ha planteado otra vez el problema de la libertad como autonomía, pero entendida como la inclusión del individuo en una comunidad que es tolerante para los grupos minoritarios e intolerante con el consenso mayoritario, como una forma de colectivismo igualitario que se realiza en un sistema político-económico de tipo socialista¹.

En el marco de esta discusión es que comentamos como en Latinoamérica desde muy temprano en el siglo XVI, siguiendo el Derecho Romano y las Siete Partidas con algunas adecuaciones propias del tiempo y las circunstancias, que se plasmaron en las Leyes de Indias se normaron las relaciones entre el rey y sus súbditos en América. Estos cuerpos legales incluyeron aquellas leyes que movieron la economía del Nuevo Mundo y sus ligas con la España peninsular. Dicha normatividad favoreció la organización del tráfico esclavista desde África, a través de los famosos asientos (contratos entre la corona y los comerciantes) que fueron los encargados de introducir esclavos en

¹ Ver Hicks, Stephen R.C. Explaining Postmodernism. Skepticism and Socialism from Rousseau to Foucault, China, Ockham's Publishing, 2011:15.

la América española. A decir de algunos autores como Luz Ma. Martínez, el esclavismo moderno fue el motor de sangre que permitió el desarrollo capitalista y modernizador de Europa².

Este tráfico implicó varios discursos de carácter ético desde el siglo XVI, argumentados por pensadores como el dominico fray Bartolomé de las Casas y otros juristas españoles que entraron en una fuerte polémica sobre la licitud de esclavizar primero a los indios americanos y luego a los africanos en América como la solución al problema de mano de obra para la empresa europeizante. Esta discusión tuvo como resultado la implementación de las Leyes Nuevas de 1542 que abolían la esclavitud de los indios, excepto de aquellos que habían sido hechos prisioneros en la llamada guerra justa y por supuesto no incluía la abolición de la esclavitud de los africanos.

Entonces, se utilizaron términos jurídicos como los de libertino y liberto: el primero se refiere a aquellas personas que “[...] mediante la manumisión ha[n] salido de la esclavitud o servidumbre en que se hallaba[n]. Llámase *libertino* en razón de su estado y *liberto* por relación a su patrono. Más al principio liberto era el manumitido o libertado de la esclavitud, y libertino el hijo de liberto. El libertino pasa de siervo a libre, y de cosa a persona”³. Sin embargo, los libertos no obtenían el estatus completo de hombre libre y su autonomía estaba condicionada por el reconocimiento del beneficio que le hizo su patrono dándole libertad, queda obligado a corresponder a este con los servicios siguientes: 1º. Honrarle y respetarle como a su libertador; 2º. Socorrerle con alimento y vestido según sus facultades en caso de necesitarlo por haber venido a pobreza; 3º. Cuidar de sus cosas en caso de ausencia como si fuesen propias, cuando las viese en mal estado o en peligro de perderse; 4º. Abstenerse de traerle a juicio sin licencia del juez; 5º. Dejarle en testamento la tercera parte de sus bienes si valieren cien maravedís de oro o más, en caso de morir sin padres, hijos ni hermanos; bajo el concepto de que si muriese intestado sin ninguno de dichos parientes, será su heredero el patrono; *leyes 8, 9 y 10 tit. 22, Part 4*⁴. Si bien, es cierto que el liberto adquiría responsabilidades frente al amo, éste no las tenía consigo, pues podía perder estos privilegios en el caso de que “1º. Si hallándose este [el liberto] oprimido del hambre, no lo socorre aquel con alimento pudiendo hacerlo; 2º. Cuando el patrono le apremie o

² Martínez Montiel, Luz María. *Negros en América*, Madrid, MAPFRE, 1992:66.

³ Escriche, Joaquín, *Diccionario razonado de Legislación y Jurisprudencia*, París. Librería de la Vda. de C. Bouret, 1920, pp. 1184-1185.

⁴ Escriche, J., op. cit. p.1185.

haga jurar que no se casará ni tendrá hijos; 3º. Si el liberto hubiese obtenido la libertad por su propio mérito y bondad; 4º. Si hubiere recibido la libertad del rey con mandato expreso de que sea libre como si nunca hubiese sido siervo; 5º. Cuando el patrono fuese desterrado para siempre; 6º. Cuando reciba del liberto alguna cosa por la parte que debía haber en sus bienes después de muerto, o se diere por pagado de ella aunque no la reciba 7º. Cuando le haga obligarse a hacer algunas labores después de libre, y las reciba o tome algún precio en su razón, a no ser para alimentarse en caso de hambre; 8º. Si renunciare su derecho a los bienes del liberto; *Ley 11, tit. 22, Part. 4*⁵.

Ahora bien, durante los años en que América hispana fue parte del imperio español, se siguió con la tradición judeo-cristiana de suponer que la libertad es un asunto interior (de la conciencia) de la persona, independientemente de que ésta se encuentre sujeta a un amo y limitada en sus movimientos autonómicos, a pesar de ello, la realidad fue que los esclavos estuvieron sujetos en buena medida a los caprichos de los propietarios que repercutieron en separación de múltiples familias, maltrato físico y psicológico como el que narraron varios cronistas entre los cuales el jesuita Alonso de Sandoval es famoso.

Muchas de estas crónicas se complementan con las descripciones plasmadas en documentos oficiales como procesos judiciales o escrituras notariales y entre ellas se describe el apiñamiento de los esclavos en los barcos negreros, sin alimentos y agua suficiente, pero sobre todo sin un trato humanitario que viera por sus necesidades afectivas y espirituales: Los esclavos que llegaban a América en los barcos negreros solían estar contagiados de enfermedades como viruela, sarampión o tabardillo (tifus) y solían tener otras dolencias derivadas de la desnutrición y de la deficiente alimentación que se reflejaba en problemas gastrointestinales por lo que eran sujetos a cuarentena en los puertos como Cartagena de Indias o Veracruz. Se les alimentaba, aseaba en inclusive se les frotaba la piel con aceite para que brillara y así ponerlos en condición de asegurar su venta, además, se les catequizaba y bautizaba⁶. Inclusive, fue práctica común el uso de carimbos o marcas de fuego que los capitanes negreros, los empleados de la corona o los

⁵ Escriche, J., op. cit. p.1185.

⁶ Ver Restrepo, E. El negro en un pensamiento colonial en el siglo XVII: diferencia, jerarquía y sujeción sin racialización. En María Eugenia Chávez Maldonado (ed.) *Genealogías de la diferencia. Tecnologías de la salvación y representación de los africanos esclavizados en Iberoamérica colonial*, Quito, Universidad Javeriana, 2009:119.

propietarios aplicaban en la espalda, brazos, pecho y a veces en la cara a los esclavos para afirmar su condición de esclavitud. El uso de cepos o el confinamiento en obrajes y en prisiones en las haciendas no fueron desconocidos⁷.

Todas estas acciones fueron condenadas, en su tiempo por múltiples voces, incluyendo las de los esclavos, quienes como veremos líneas más adelante, actuaron en consecuencia. Las protestas contra el maltrato y las malas condiciones de los esclavos estaban en el contexto de la tradición romano-hispana en la que el esclavo era considerado una persona sujeta a derecho, con las implicaciones correspondientes, es decir, el esclavo tenía derechos y obligaciones frente a la ley, podía ser testigo en procedimientos judiciales, podía adquirir su libertad (por manumisión, compra, herencia o por orden judicial), en caso de ser violentado injustamente podía acudir al juez competente en busca de justicia o en el caso de haber cometido algún acto considerado delito ser sujeto a juicio.

Si bien, los propietarios podían llamar la atención o castigar a los esclavos, éstos conocieron suficientemente las leyes de Castilla y de las Indias y su filosofía como para tomar decisiones ante circunstancias serias de la vida cotidiana. En el siguiente apartado discutiremos algunos ejemplos de estos actos.

La toma de decisiones entre los esclavos

Desde las primeras experiencias de esclavitud de los indios y africanos en América, éstos se rebelaron de diversas maneras, una de ellas fue la fuga tanto individual como colectiva. En el caso de los esclavos huidos individualmente, los amos solieron pagar a soldados o comerciantes para su recuperación, aunque los fugitivos sabían que en caso de ser capturados podrían ser castigados con mutilaciones o vendidos a otros empresarios, asumieron el riesgo con tal de disfrutar *de facto* de su libertad. En el segundo caso, se arriesgaban a que las autoridades españolas enviaran expediciones militares para desbaratar los palenques y reducir a los fugitivos a esclavitud nuevamente. Aun así asumieron el reto que implicó vivir a salto de mata en la clandestinidad, perseguidos por las fuerzas de la justicia real. Uno de los primeros episodios que muestran estas

⁷ Fernández de San Salvador, Fernando. *Defensa jurídica de la señora doña María Micaela Romero de Terreros y Trebueso, marquesa de San Francisco*, México: Don Mariano Joseph de Zúñiga y Ontiveros, Impresor, 1796.

formas de tomar decisiones para vivir como hombres libre, sucedió en Santo Domingo en 1519, en ese entonces, el cacique indio Enriquillo organizó una revuelta contra los españoles, encabezando a indios y negros cimarrones, por lo que se refugió en las montañas del Barouco para hacer frente a las fuerzas españolas⁸. Muchos años después, las autoridades judiciales españolas tuvieron que enfrentarse sistemáticamente a estos grupos de cimarrones que construyeron varias aldeas de refugio conocidas como palenques o quilombos. Los más conocidos fueron los palenques fundados en la segunda mitad del siglo XVI y a lo largo del XVII, entre ellos se encuentran la Magdalena, San Basilio y Limón en la actual Colombia⁹ y San Lorenzo de los negros (Yanga) en la Nueva España (1609). Sin embargo, en muchos otros lugares se habían organizado este tipo de asentamientos, por ejemplo en los alrededores de la Villa de León, en la década de 1580 causaban dolores de cabeza a los vecinos de la región de Cuerámara (Cañada de Negros y Palenque)¹⁰.

Los habitantes de algunos de estos quilombos lograron que las autoridades españolas los reconocieran como pueblos libres, es decir, como "repúblicas" con autoridades propias, organizados en buena medida según las leyes y costumbres españolas aunque con elementos de las culturas africanas y mesoamericanas. Los vecinos de los palenques establecieron relaciones contradictorias con los residentes de los pueblos vecinos, pues por un lado eran temidos sus asaltos pero por otro comerciaban entre ellos. Inclusive como ha estudiado Cristina Navarrete, los habitantes de Limón trabajaron para los empresarios de los alrededores¹¹.

En estos casos se observa por un lado el ejercicio de la libertad para decidir entre dos tipos de vida: la sujeta como esclavo y la azarosa como persona fuera de la sujeción. El asunto se complica cuando se pasa al ámbito de la sobrevivencia, pues el fugitivo que solamente ha atentado contra la propiedad del amo, se transforma en un delincuente común, es decir, en un sujeto que comete asesinatos, asalto a mano armado, secuestro de mujeres, robo de mercancías ajenas, y que vive en la clandestinidad sin pagar tributo. En otras palabras, los cimarrones se encontraron en la

⁸ Deive, Carlos Esteban. *Los guerrilleros negros*, Santo Domingo, Fundación Cultural Dominicana, 1989:29.

⁹ Navarrete, M.C. *Cimarrones y Palenques en el siglo XVII*, Cali: Universidad del Valle, 2003. Navarrete, M.C. El palenque de Limón (Cartagena de Indias, siglo XVII): el imaginario del poder y sus jerarquías En Juan Manuel de la Serna, (coord.) *Vicisitudes negro africanas en Iberoamérica. Experiencias de investigación*, México, CIALC-UNAM, 2011.

¹⁰ Guevara S., M. Guanajuato diverso: sabores y sinsabores de su ser mestizo Guanajuato: Ediciones la Rana, p.204.

¹¹ Navarrete, M.C. 2011, p.111.

disyuntiva de vivir como esclavos o como libres fuera de la ley, quedaba la guerra o la negociación que no siempre fue en equidad.

Desde la perspectiva de la ética relativista posmoderna, se ha puesto en duda la comisión de delito alguno, reduciendo el acto delictivo a "un constructo social" producto de la inequidad social y de la "imposición" de la ética de los grupos en el poder. En ese sentido también se reduce la disciplina de la historia a un mero discurso construido social y culturalmente por los grupos en el poder político-económico-social, aunado a ello, en la literatura sobre la problemática del cimarrón se ha hecho un fuerte énfasis en un discurso político que sobredimensiona frases como "primer pueblo negro libre de América". Si bien, esta postura ha permitido preguntarse sobre el funcionamiento de las relaciones en equidad y los mecanismos de defensa y de liberación, en el menor de los casos ha vuelto confusa la discusión.

Desde otra perspectiva, el problema resulta más complejo, pues hacemos preguntas desde el presente al pasado sobre asuntos como la licitud de la esclavitud en sí, la disolución de las familias, el abuso y la agresión por parte de los cimarrones de las mujeres secuestradas, la negociación con los funcionarios reales para el reconocimiento legal de los pueblos cimarrones con la condición de denunciar y entregar a los esclavos fugitivos que intentaran incorporarse a los palenques después de la firma de la paz, etc. Habría que preguntarse entonces, si el cimarronaje es un comportamiento que busca la libertad de los individuos, es un acto de defensa propia o es un acto de venganza, o en palabras de Mónica Velasco se trata de fugas reivindicatorias y de fugas de rompimiento¹².

En cuanto a las fugas individuales observamos que correspondieron, en general, a circunstancias diferentes, a veces menos radicales que las de los cimarrones, por ejemplo, muchos esclavos huidos, en realidad lo que hacían eran ausentarse de casa del amo por una breve temporada para visitar a sus parientes que residían en otros lugares, por ello es que después de algunos días regresaban a casa del amo.

¹² Velasco, M., La resistencia de los africanos a la institución esclavista en Brasil. En Juan Manuel de la Serna, (coord.) *Vicisitudes negro africanas en Iberoamérica. Experiencias de investigación*, México, CIALC-UNAM, 2011:161.

Aunque como ha discutido María Elena Cortés Jácome, el esclavo, en tanto persona que debía ser evangelizada (cristianizada y catequizada) podía recibir los sacramentos, en particular, el bautismo y el matrimonio. Por ello es que los amos estaban obligados a permitir la vida matrimonial de sus esclavos y en caso de evitarlo, muchos esclavos recurrieron a tomar decisiones drásticas como la denuncia ante el juez competente aduciendo abuso de sus amos¹³. La otra opción era la fuga para establecerse con su familia, verbigracia, Luisa, esclava casada con Francisco mulato libre, quien huyó de Guanajuato a Pátzcuaro donde vivía su marido, la reacción de su ama doña María Guadalupe Romero Camacho, viuda, fue otorgar un poder para venderla, en dicha ciudad¹⁴.

En otras ocasiones, como en las cañadas de Silao, las esclavas conscientes de que la esclavitud era condición heredada de madre a hijos, tomaban la decisión de fugarse para dar a luz y luego depositar a sus hijos en casas de familias libres para que los adoptaran, con lo que lograban que sus hijos, *de facto*, adquirieran el estatus de hombres libres y de hijos legítimos. Otras madres esclavas optaron por invertir sus ahorros para comprar su libertad con el objeto de que sus hijos nacieran libres, así fue como en 1736 doña Eligia Agustina López Blanco de Rivera, esposa de un maestro de cirugía, otorgó carta de libertad a una de sus esclavas llamada Anna María de los Dolores, argumentando que "dicha mulata me ha pedido le otorgue carta de libertad por la cantidad de doscientos pesos que fue lo que me costó y está prompta a exhibirme respecto de hallarse encinta y estar en los meses mayores para que el póstumo o póstumos que salieren a luz gocen de su libertad todo lo que he tenido a bien y por ello en la más bastante forma que mejor en derecho lugar haya otorgo que he resevido de dicha Anna María de los Dolores la expresada cantidad de doscientos pesos en reales"¹⁵.

La esclava Anna María logró su objetivo por la vía doméstica, económica y pacífica, mientras que otra esclava mulata, María de la Concepción, tuvo que esforzarse más, pues aunque recurrió a una instancia judicial superior como lo fue la Real Audiencia, para lograr por la vía jurídica su libertad, tuvo que luchar para que sus amos no enturbiaran el proceso, discutiendo quien era el amo de María Concepción. Mientras ella declaró que era esclava de Pedro Sánchez Pidula, un oficial real

¹³ Cortés Jácome, María Elena. El matrimonio y la familia negra en las legislaciones civil y eclesiástica coloniales, siglos XVI-XIX. En Sergio Ortega (ed.), *El placer de pecar y el afán de normar*, México: Joaquín Mortiz-INAH, 1988

¹⁴ Archivo Histórico de Guanajuato (AHG), Protocolo de Cabildo, 1733, doc. 70, f.188v.

¹⁵ AHG, Protocolos de Cabildo, Libro 36, 1732, f.306v-308 [f.29v-f.31].

de la Real Hacienda y Caja de Guanajuato, don Gonzalo de Leagui, desde su posición de poder político y económico, recurre al ardid de declarar que María Concepción es su esclava y con ello no solamente hacerse de ella como cosa en propiedad suya, sino impedir su manumisión por orden de la Real Audiencia. Mientras tanto, la esclava declaró que "la manda de libertad que tiene puesta al dicho su amo [Pedro Sánchez Pidula] [es] por haber tenido amistad ilícita y mezcládose con la otorgante". Sin arredrarse la esclava nombró para su defensa "a don Joseph de Ledesma procurador del número de la Real Audiencia de esta Nueva España especial para que en su nombre y representando su persona pueda parecer y parezca ante su alteza la Real Audiencia"¹⁶. Este caso pone de manifiesto las tensiones entre diferentes instancias del gobierno virreinal y los intereses personales de los funcionarios públicos por beneficios, privilegios y prebendas; lo que en última instancia no amedrenta a la esclava para tomar la decisión de nombrar apoderados y exigir su libertad, que le fue otorgada por la Real Audiencia a pesar del contador real. Además, puede inferirse que el hecho de ser una esclava doméstica de miembros de la élite tenía acceso a un conocimiento del funcionamiento de las instancias judiciales y de los derechos que le otorgaban las leyes que regían en las Indias.

En otras ocasiones, las fugas individuales correspondieron al intento de los esclavos bozales de regresar a sus lugares de origen, un ejemplo de ellos es el de un esclavo originario de Goa, sabemos del caso a partir de la carta poder que otorgó uno de los comerciantes más poderosos de la ciudad de Guanajuato en 1756. En efecto, don Agustín de Septién y Montero otorgó una carta poder al capitán don Miguel Carlos Mollinedo, vecino de la Villa de Sinaloa para que "aprehenda y asegure un negro esclavo de el otorgante llamado Francisco nacido en China en la Ciudad de Goa de nación café color pardo, los ojos gruesos, pelo de pasa, con abujero en ambas orejas y una cicatriz de el lado izquierdo de edad de treinta y ocho años poco más o menos y diestro en tocar violín"¹⁷. La pretensión era que Mollinedo vendiera al esclavo o, en su defecto, lo regresara a don Agustín. Desafortunadamente no conocemos el desenlace de este acto, lo que si podemos inferir es que dado que los esclavos originarios de Asia (China, India, Filipinas) desembarcaban en el puerto de Acapulco, y tenían nostalgia por su hogar, la ruta natural de regreso era la fuga hacia Asia vía el océano Pacífico, es decir, desandar el camino de Guanajuato a la costa occidental de la Nueva España.

¹⁶ AHG, Protocolos de Cabildo, libro 13, 1700, f6v-7v y f.18-19.

¹⁷ AHG, Protocolo de Presos, 1756, f.256v.

Otro ejemplo de situaciones en la que los esclavos tomaron decisiones es el caso de un esclavo, llamado Mathías, cuyo amo en una cláusula testamentaria expuso que "declaro por mis bienes un mulato mi esclavo que será de edad de treinta y siete años casado el cual hube de herencia de mi primo don Pedro de Anda quiero y es mi voluntad que después de los días de Josepha de Escovar mi legítima mujer sea libre, y por tal le declaro y quiero después de los días de mi mujer se le de carta de libertad y de no querer dársela le sirva esta mi cláusula de carta de libertad como si fuese hecha para dicho efecto que así es mi voluntad y si el dicho mulato Mathías no le sirviere como debe ni mientras viviere la dicha mi mujer no pueda ser libre no teniendo fuerza esta cláusula, y lo pueda vender dicha mi mujer"¹⁸. Este esclavo se fugó de la Villa de Santa María de los Lagos a la Villa de Guanajuato, y fue encontrado en la mina de Rayas. Su ama declaró ante notario público que lo vendía a Nicolás Carrillo Altamirano, administrador de Rayas, "por no haber cumplido el suso dicho con las calidades que se le pusieron en dicha cláusula en servirme como debiera durante mi vida para que después gozase de su libertad y antes sí haberseme huido a más tiempo de un mes". En este caso inferimos que Mathías incumple el mandato de su difunto amo por maltrato y opta por huir buscando una nueva vida, más que esperar la muerte de su ama para adquirir el estatus de hombre libre.

Comportamientos tipificados como delito: la toma de decisiones

Durante los años virreinales los trabajadores fugitivos de los espacios productivos, no solamente construyeron los quilombos más o menos pacíficos, sino que con mayor frecuencia de la asumida hoy día, cometieron hechos que aún en la actualidad, se definen como delictivos: asesinato, abigeato, robo y destrucción, secuestros y violaciones y otros actos que atentaban contra la dignidad de la persona, contra el bien común y contra la propiedad.

Este es el caso de la famosa petición de los estancieros al rey para que el estatus jurídico de León le permitiera contar con las autoridades judiciales adecuadas para resolver el abigeato, la fuga de presos en la cárcel pública y el secuestro de mujeres casadas. El alegato funcionó y León adquirió el título de Villa, sede de una alcaldía mayor. Es interesante retomar la voz de varios residentes de la región que fueron llamados a declarar como testigos del caso:

¹⁸ AHG, Protocolo de Cabildo, 1718, Libro 19, Doc.36 f.65v-66.

El mulato Diego de Hernández, uno de los fundadores de la Villa, declaró que era residente en León desde hacía 15 años y que "asimesmo sabe que de esta Villa llevan y sonsacan los dichos servicios que los vecinos de ella tienen y se los llevan a sus estancias por do le parece a este testigo ser notorio agravio y vejación a los que en esta villa viven y residen..."¹⁹. Otro de los testigos, Juan de Olid Peralta, declaró que hacía dieciocho años vivía en las estancias de Pedro y Luis de Castilla "que de ordinario suele haber en ellas muchos mulatos y mestizos de mal [vivir] en pecados públicos en deservicio de Dios y andan muchos [...] con arcabuces, [...] espadas y otras armas las cuales [usan para] cometer delitos muy graves [...]", entre estos marginados de la ley citó a Juan Morado que había matado a su mujer, había sido encarcelado, pero con ayuda de otros cimarrones se había fugado de la cárcel de León²⁰.

Pocos años después, un mulato llamado Andrés, fue detenido por el alguacil Juan Alonso y remitido a la cárcel de la Villa de León en el año de 1587. Este esclavo se había fugado previamente de la cárcel, con ayuda de un indio, se robaron un caballo y se dirigieron a una estancia conocida como Tupátaro²¹. Andrés hizo las declaraciones correspondientes después de haber sido capturado y presentado ante el alcalde mayor de la Villa, Cristóbal Sánchez de Carbajal.

Otras manifestaciones de disidencia

Muchas prácticas consideradas en la actualidad como curanderismo o medicina alternativa, en tiempos virreinales se consideraron supersticiosas y se asociaron a la brujería, por lo cual, cuando eran delatadas ante las autoridades como malas prácticas médicas eran resueltas en el Tribunal del Santo Oficio, por ser considerados delitos específicos de su competencia.

El conocimiento que tenía los miembros de la sociedad virreinal no obstaba para que recurrieran a la brujería para curarse de diferentes dolencias entre las que no era la menor el "mal de amores". En efecto, la magia roja o amatoria era considerada por la Iglesia y la Corona como una práctica supersticiosa, por lo que quienes elaboraban brebajes, envoltorios de colibríes disecados con listones y oraciones, fueron denunciados ante el Santo Oficio. En buena medida, estas acusaciones

¹⁹ Archivo Histórico Municipal de León (AHML), Fondo Colonial, caja 1, exp. 1, 1580, f.10.

²⁰ AHML, Fondo Colonial, Caja 1, Exp. 1, 1580, f1.

²¹ AHML, Notarías, libro 6, 1587, f.12v-14.

quedaron hasta allí, en otras efectivamente se llevaron a cabo los procesos correspondientes que en general acabaron en penitencias multas y regaños, aunque en los casos más trágicos los acusados murieron en prisión, usualmente, como consecuencia de las pésimas condiciones higiénicas de las cárceles de la Nueva España.

Un ejemplo de ello fue el asunto que comenzó con la preocupación de un español llamado Pedro de Urqueta, cuya hija estaba aquejada de tabardillo, al no tener efecto los remedios usuales se recurrió a los servicios de un curandero mulato y uno indio, al mismo tiempo. El mulato después de haber ingerido sustancias tóxicas como peyote, agrede al indio que fue atendido en el hospital de San Juan de Dios en la villa de León. La Inquisición conoce de este caso por las declaraciones de la hija del indio. Mientras que el español es encarcelado, el mulato toma las de villa diego para salvar el pellejo²².

Mientras que otro mulato en Irapuato, acudió a pactar con el demonio con la pretensión de que su amo dejara de maltratarlo: una mulata libre llamada Phelipa de la Cruz, declaró que "oyó decir a un negro criollo, llamado Lázaro esclavo de Alejos Gonzalez portugués herrero, labrador en la Congregación de Yrapuato, que su amo [...] los trata muy mal, y que cuando lo azotaba que le pedía que lo dejase por amor de Dios, lo azotaba más, y que cuando le pedía por el diablo lo dejaba [...]"²³.

Reflexiones finales

Los iberoamericanos a lo largo del periodo comprendido entre el siglo XVI y el XVIII, a partir de la confluencia de las diversas culturas europeas, africanas y americanas adquirieron un capital social de tal riqueza que los preparó para la vida cotidiana, con la consiguiente necesidad de tomar decisiones que afectaron, positiva y negativamente, su libertad física y moral, su bienestar y las relaciones con otros miembros de sus comunidades.

²² Archivo General de la Nación México (AGN), Inquisición 687.

²³ AGN, Inquisición, vol. 435-I, 1650, f.216.

Bibliografía

Archivo Histórico de Guanajuato: Protocolos de Cabildo, Protocolos de Presos.

Archivo Histórico Municipal de León: Libros de Notarías

Archivo General de la Nación. México: Fondo Colonial, Ramo Inquisición.

Cortés Jácome, María Elena. El matrimonio y la familia negra en las legislaciones civil y eclesiástica coloniales, siglos XVI-XIX. En Sergio Ortega (ed.), *El placer de pecar y el afán de normar*, México: Joaquín Mortiz-INAH, 1988, pp.217-248.

Deive, Carlos Esteban. *Los guerrilleros negros*, Santo Domingo, Fundación Cultural Dominicana, 1989.

Fernández de San Salvador, Fernando. *Defensa jurídica de la señora doña María Micaela Romero de Terreros y Trebueso, marquesa de San Francisco*, México: Don Mariano Joseph de Zúñiga y Ontiveros, Impresor, 1796.

Guevara Sanginés, María. Guanajuato diverso: sabores y sinsabores de su ser mestizo Guanajuato: Ediciones la Rana, 2001, 271 p.

Guevara Sanginés, María. El proceso de liberación de los esclavos en la América Virreinal. En Juan Manuel de la Serna *Pautas de convivencia étnica en la América Latina colonial*, México: CCyDEL-UNAM/Gobierno de Guanajuato, 2005, pp.111-162.

Hicks, Stephen R.C. *Explaining Postmodernism. Skepticism and Socialism from Rousseau to Foucault*, China, Ockham's Publishing, 2011.

León Rábago, Diego. *La Libertad. Temas de Bioética y Derecho*, inédito, 38 pp.

Navarrete, María Cristina. *Cimarrones y Palenques en el siglo XVII*, Cali: Universidad del Valle, 2003, 158 pp.

Navarrete, María Cristina. El palenque de Limón (Cartagena de Indias, siglo XVII): el imaginario del poder y sus jerarquías En Juan Manuel de la Serna, (coord.) *Vicisitudes negro africanas en Iberoamérica. Experiencias de investigación*, México, CIALC-UNAM, 2011:101-134.

Restrepo, Eduardo, El negro en un pensamiento colonial en el siglo XVII: diferencia, jerarquía y sujeción sin racialización. En María Eugenia Chávez Maldonado (ed.) *Genealogías de la diferencia. Tecnologías de la salvación y representación de los africanos esclavizados en Iberoamérica colonial*, Quito, Universidad Javeriana, 2009:119-176.

Velasco, M., La resistencia de los africanos a la institución esclavista en Brasil. En Juan Manuel de la Serna, (coord.) *Vicisitudes negro africanas en Iberoamérica. Experiencias de investigación*, México, CIALC-UNAM, 2011:135-170.

Violencia y salud

Dr. Ricardo Paez Moreno

Profesor y tutor del Programa de Maestría y Doctorado en Bioética, Universidad Nacional Autónoma de México. Contacto: ricardomsps@gmail.com

Mtro. Luis Felipe Reyes Magaña

Profesor de Ética en el Instituto de Filosofía A.C.

Contacto: lufereima@gmail.com

El binomio “acceso y exclusión” es una de las notas características de la sociedad, mecanismo constituido por un entramado de acciones que intervienen en la actuación de un individuo o grupo particular, y que a su vez implican la operación de mecanismos violentos que permanecen invisibilizados.

Para el filósofo español Xavier Zubiri (1898-1983) la sociedad se funda en la interacción, es decir, en una relación accional. Al respecto señala: “Acépteseme por consiguiente la siguiente afirmación, como una construcción de hecho, los hombres estamos vertidos a los demás, y son los hombres los que, en una u otra forma, se han entreverado, en mi vida. De aquí es donde hay que partir.”¹ Para Zubiri los demás se hacen presentes en mi acción a través de las cosas dejadas o no a mi alcance, y así determinan mi acción. Así mediante la cosa “x” dejada o evitada por los otros, que es instancia y recurso de mi acción, los otros se “co-actualizan”. Por tanto, la acción social para Zubiri consiste en la intervención de los demás entreverándose en mi proceso accional, mediante las cosas dejadas o no a mi alcance.

Siguiendo este planteamiento pero ya desde un enclave ético, Jordi Corominas afirma que de la intervención de los demás y el acceso que nos permitan a las cosas depende primariamente el bien y el mal. No todo dolor, disgusto o aversión es malo ni todo placer es bueno, todo ello está abierto a una posterior valoración, pero esta actualización primaria de los otros en la acción es lo moralmente más relevante. Así Corominas puede afirmar contundentemente que la violencia se

¹ Zubiri X. *Sobre el hombre*. Madrid, Alianza, 1986: 237.

halla escrita en el acceso a las cosas que nos permiten o nos niegan los demás, en su actualidad en mis acciones.²

Lo anterior ofrece pistas fundamentales para indagar cómo ocurre la violencia en el campo particular de la salud, describiendo en primerísimo lugar el modo de actualizarse la salud o la enfermedad en el individuo o en la población mediante la participación de los otros. Desvelar la intervención de los demás en el acceso o exclusión a las cosas, en este caso a la salud o la atención de la salud, permitirá hacer una reflexión bioética más integral sobre el bienestar o malestar de una sociedad como la mexicana.

Un referente imprescindible que guía este análisis es la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*³ (1948). En el artículo 22 se consigna el acceso a la seguridad social como un derecho humano universal, expresión elemental de justicia. Si la salud es inaccesible para una sociedad se está ante una situación de injusticia, una clara manifestación de una situación que violenta el desarrollo personal. Y en el artículo 25 de la misma declaración se consiga el derecho a la salud y el bienestar, la asistencia sanitaria y los seguros de desempleo, invalidez, vejez y pérdida de medios de subsistencia.

Este trabajo pretende poner de manifiesto las relaciones existentes entre violencia, salud y bienestar. Se parte de la hipótesis de que los factores sociales que impiden el acceso a la salud de una población así como el lenguaje justificador empleado son causa de variadas formas de violencia en una población, aspectos insoslayables en el debate bioético sobre acceso a la salud.

1. El acto violento

Según Žižek, filósofo esloveno, en su análisis *Sobre la Violencia* (2008), busca poner de manifiesto la negatividad del acto violento, es decir, aquel trasfondo que sustenta una producción social violenta, aquello que lo constituye pero que está negado ideológicamente. En este sentido,

² Corominas J. "Hacia una fundamentación mundial de la ética". En: Seminario Zubiri-Ellacuría. *Mundialización y liberación, II Encuentro Mesoamericano de Filosofía*. Managua, Universidad Centroamericana, 1996: 255-280.

³ Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos 1948. En: <http://www.un.org/es/documents/udhr/> (Consultado 15/02/2013)

concibe la violencia en una modalidad triádica, postulando que cualquier reflexión sobre ella habrá que hacerla teniendo en cuenta la interacción entre tres componentes: el subjetivo, el objetivo y el simbólico.⁴

Para Zizek, la “violencia subjetiva” es la parte visible de la violencia, tiene un carácter físico y directo, se manifiesta a través de hechos concretos en los agresores y sus víctimas. La “violencia objetiva”, Zizek la llama también “sistémica”, a diferencia de la violencia subjetiva, es implícita e invisible, inherente al sistema sociocultural; subyace en las más sutiles formas de coerción que imponen relaciones de dominación y explotación. Finalmente, la “violencia simbólica” es para Zizek aquella que está encarnada en el “lenguaje” y sus formas, la cual no ocurre solamente en los casos obvios de provocación y de relaciones de dominación social reproducidas en nuestras formas de discurso habituales, sino con la imposición de un universo de sentido.

Zizek considera que las violencias subjetiva y objetiva no pueden percibirse desde el mismo punto de vista, ya que la violencia subjetiva se experimenta como un contraste con un fondo de nivel cero de violencia, la cual se observa como un estado de cosas normal y pacífico. Sin embargo, la violencia objetiva es precisamente la violencia inherente a este estado de cosas normal y es invisible puesto que sostiene la normalidad de nivel cero contra lo que percibimos como subjetivamente violento. La violencia objetiva o sistémica es como la “materia oscura” de la física, la contraparte de una (en exceso) visible violencia subjetiva. Puede ser invisible, pero debe tomarse en cuenta si uno quiere aclarar lo que de otra manera parecen ser explosiones “irracionales” de violencia subjetiva.⁵

En cuanto a la violencia simbólica, Zizek problematiza la idea de lenguaje que lo concibe como "medio de reconciliación", ámbito de coexistencia pacífica opuesto a un medio de "confrontación cruda e inmediata". Esto significaría que a través del lenguaje, en vez de ejercer violencia directa sobre el otro, se puede debatir, intercambiar palabras, y tal intercambio, incluso cuando es agresivo, propone un reconocimiento mínimo de la otra parte. Sin embargo, Zizek cuestiona fuertemente esta posición y la invierte preguntándose: ¿Y si los humanos superan a los animales en su capacidad de violencia precisamente porque hablan? A partir de esta crítica, intenta explicar

⁴ Slavoj Z. Sobre la Violencia: Seis reflexiones marginales. Barcelona, Paidós, 2009: 10.

⁵ *Ibíd.* 10.

que en la simbolización hay algo de violencia, la cual opera a múltiples niveles. Primero que nada, habría que tener presente que el lenguaje simplifica la cosa designada reduciéndola a una única característica; desmiembra el objeto, destroza su unidad orgánica y trata sus partes y propiedades como autónomas. Posteriormente, el lenguaje inserta la cosa en un ámbito de sentido que es en última instancia externo a ella. Por ejemplo, cuando nombramos al oro “oro”, se extrae con violencia un metal de su tejido natural, invistiéndolo, dentro de nuestra ensoñación, de riqueza, poder, pureza espiritual, etc., cosas todas ellas que nada tienen que ver con la realidad inmediata del oro.⁶ La realidad en sí misma nunca es intolerable, es la simbolización del lenguaje la que la hace intolerable.⁷ Por esto el lenguaje mismo, el auténtico medio de no violencia y reconocimiento mutuo, implica la violencia incondicional.⁸

Esta concepción triádica de la violencia permite reconocer los diversos componentes del acto violento, más allá de su dimensión física, aquellos que no vemos de una manera inmediata, pero que la estructuran, como el sistémico y el simbólico, las cuales es indispensable incluir en un análisis completo. Lo interesante del tratamiento que hace Žižek de la violencia, es que partiendo de su manifestación concreta como hecho perturbador, analiza aquello que está implicado en ello, mediante una operación de descontextualización, creando ese espacio inexistente que permite apreciar la interioridad de la violencia. El carácter ideológico del hecho violento, productor de ilusiones que hacen invisible y exoneran a los agentes más relevantes en la gestación de lo violento, es así desvelado.

Según Žižek, la noción de violencia subjetiva adopta una nueva forma con el capitalismo. Para él, es muy simplista considerar que la enloquecida y autoestimulante circulación del capital es una mera “abstracción ideológica”, detrás del cual hay personas y objetos naturales en cuyas capacidades productivas y en cuyos recursos se basa y de los que nutre como un parásito; por el contrario, Žižek considera que es “real” en el sentido de determinar los procesos materiales sociales. No se puede tomar la realidad social de la producción material e interacción social sin la danza metafísica autopropulsada del capital. Esta violencia ya no es atribuible a los individuos concretos y sus malvadas intenciones, sino que es puramente objetiva, sistémica y anónima. La

⁶ *Ibíd.* 78-79.

⁷ *Ibíd.* 80 y 85.

⁸ *Ibíd.* 83.

“realidad” es la realidad social de las personas concretas implicadas en la interacción y en los procesos productivos, mientras que lo “real” es la lógica espectral, inexorable y “abstracta” del capital que determina lo que ocurre en la realidad social. Este vacío se puede experimentar en un país donde reina el desorden, donde el deterioro ecológico y la miseria están presentes en cada detalle, aunque los informes económicos puedan decir lo contrario, su economía puede ser financieramente sana, pero la realidad no es lo que importa sino la situación del capital.⁹

Zizek analiza una forma emergente de actor excelentemente adaptado en esta fórmula, y que él llama los “comunistas liberales”, empresarios exitosos que conciben que el mercado y la responsabilidad social no se oponen sino que se pueden reunir en aras del beneficio mutuo, una versión nueva y posmoderna de la vieja mano invisible del mercado de Adam Smith. Bill Gates y George Soros, son íconos representativos de los comunistas liberales, combinación de magnates financieros y filántropos. Gates, impulsor de un capitalismo sin fricciones, es el más grande benefactor en la historia de la humanidad, pues ha donado cientos de millones de dólares a la educación, la lucha contra el hambre y contra la malaria. Soros dedica la mitad de su tiempo a la especulación financiera, y la otra mitad a actividades humanitarias.

Para Zizek los comunistas liberales conjugan una mezcla híbrida de explotación financiera y especulativa despiadada con una opuesta preocupación humanitaria por las consecuencias sociales catastróficas de una economía de mercado desbocada. En la ética liberal comunista, la despiadada persecución del beneficio se ve contrarrestada por la caridad. Esta es la máscara humanitaria que oculta el rostro de la explotación económica. Los países de alto ingreso ayudando a los de bajo ingreso con aportaciones humanitarias y créditos, evitando de este modo su complicidad y corresponsabilidad en su miserable situación. Lo que se postula en este tipo de actuación es la autosuperación del capitalismo. El gesto soberano del magnate, permite al capitalista romper el círculo vicioso de la reproducción infinitamente ampliada, del ganar más dinero para ganar más dinero. Cuando dona su riqueza acumulada al bien público, el capitalista se niega a sí mismo como mera personificación del capital y de su circulación reproductiva, así su vida adquiere sentido. Sincera o hipócrita, nos encontramos ante el punto de conclusión lógico de la circulación capitalista, el cual es necesario desde el punto de vista económico, pues permite al sistema posponer su crisis. Así se restablece el equilibrio, la redistribución de la riqueza entre los

⁹ *Ibíd.* 22-23.

auténticos necesarios, sin caer en la trampa fatídica de la lógica del resentimiento y la forzada redistribución estatal de la riqueza que acaban en miseria generalizada. El capitalismo de hoy no puede reproducirse por sí mismo, necesita la caridad extraeconómica para sostener el ciclo de la reproducción social.

A partir de lo anterior, Zizek concluye que se vive en una sociedad en la que se da una especie de identidad especulativa de los opuestos. Ciertas características, actitudes o normas de vida parecen ser neutrales, no ideológicas, naturales, de sentido común. En clave hegeliana, la actualización de una noción o una ideología en su grado más puro coincide con su opuesto, como “no ideología”. Para Zizek los comunitaristas liberales son los auténticos agentes de la violencia estructural que crean las condiciones para las explosiones de la violencia subjetiva. Estos son los enemigos de cualquier lucha progresista, y no los fundamentalistas religiosos y terroristas, ni las ineficaces y corruptas burocracias de Estado, personajes cuyo auge y caída dependen de circunstancias locales contingentes. Precisamente porque quieren resolver las disfunciones secundarias del sistema global, los comunitaristas liberales son la encarnación de lo que está mal en el sistema como tal.¹⁰

Esta perspectiva, permite situar la violencia en un encuadre socioeconómico, ya que muchas de las acciones violentas tienen raíz en un ordenamiento dominante capitalista que no cuentan con ningún contrapeso, pero que al mismo tiempo se autoexonera, eximiéndose de cualquier responsabilidad.

La bioética necesita incorporar este tipo de categorías para integrar a la violencia en una reflexión de tipo contextual y crítico, que ofrezca pautas de acción contra la violencia que estén correctamente orientadas a las causas de ésta y no queden limitadas al campo de lo individual-subjetivo.

2. Los factores sociales que enferman a una población

Tradicionalmente se ha atribuido la enfermedad a factores individuales, por ejemplo, la bronquitis crónica se ha asociado con el tabaquismo, la presión arterial elevada con la obesidad, el stress con la vida sedentaria, etc. El paradigma epidemiológico que ha triunfado a lo largo de la segunda

¹⁰ *Ibíd.* 26-36.

mitad del siglo XX y que está aún muy presente es aquél que relaciona la enfermedad con una red de causas biológicas o "naturales": a) factores biológicos a nivel individual, b) conductas individuales, y c) exposición a sustancias dañinas. Todos los determinantes de la salud tienen que venir de estas tres categorías. Los factores sociales a distancia quedan excluidos. El paradigma explicativo se limita a causas próximas o biológicas y queda incompleto.¹¹ No obstante, pensadores como Emilé Durkheim, Max Weber y Carlos Marx han asociado directamente los factores sociales como los únicos determinantes de la enfermedad. Más recientemente, gracias a las investigaciones de McKeown¹² o *Health Canada*¹³, o a nivel mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁴, se ha ido tomando conciencia de manera creciente de la importancia de los factores sociales que determinan la salud de una población; ésta no sólo depende del grado de salud o enfermedad de sus individuos, sino también de aquello que ocurre en los distintos contextos, particularmente de las grandes necesidades en salud.

Una medida reciente adoptada internacionalmente para descubrir el impacto que las causas sociales tienen sobre la salud de la población, avalada por la OMS, son los *Determinantes Sociales en Salud* (DSS). La OMS publicó hace años varios DSS desarrollados por expertos en diversas partes del mundo, entre los que incluyen: los efectos de la globalización, el desarrollo en la infancia temprana, la atención en los sistemas sanitarios, la condición de vida en las ciudades, las condiciones laborales, la equidad de género y la exclusión social.¹⁵

En Canadá y varios países se ha llegado a la conclusión que las circunstancias socioeconómicas de grupos e individuos son de igual o mayor importancia para el estado de salud de la población, que la atención médica y las conductas personales saludables, patrones de alimentación o incluso el tabaquismo. El peso de la evidencia sugiere que los DSS tienen un impacto directo en la salud de los individuos y poblaciones, y son los mejores indicadores de prevención sobre la salud individual

¹¹ Venkatapuram S - Marmot M. Epidemiology and Social Justice in Light of Social Determinants of Health Research. *Bioethics*. 2009, 23, (2); 79-89.

¹² McKeown T. An interpretation of the modern rise in population in Europe. *Popul Stud*. 1972, 26, (4): 345-82.

¹³ Public Health Agency of Canada. The Social Determinants of Health: An Overview of the Implications for Policy and the Role of the Health Sector, 2004. En: <http://www.cwhn.ca/en/node/24759> (Consultado 15/02/2013)

¹⁴ World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health. Final reports and additional documents of the Knowledge Networks, 2008. En: http://www.who.int/social_determinants/en/. (Consultado 15/02/2013)

¹⁵ *Ibíd.*

y poblacional, condicionan la elección de estilos de vida, e interactúan con cualquier otro determinante para generar salud. En términos de salud poblacional, es bien conocido que entre más grande sea el tamaño de las disparidades entre estratos económicos y sociales de una población dada, se afecta más fuertemente el estado de salud del conjunto.¹⁶

Existen muchos otros modelos de determinación de la salud de una población desarrollados por diversos autores tales como Lalonde, Marmot, Evans, etc. Todos ellos apuntan a determinantes de la salud, algunos similares, otros con matices distintos. En definitiva, vienen a decir que la producción social de la salud y por ende su determinación, es una resultante del sistema social en que se vive, de la ideología que impera y de la cultura dominante.¹⁷

Es necesario entender los fenómenos dentro de su escenario social y no aislados de su contexto, tal como lo señalan en el campo específico de la Bioética, Madison Powers y Ruth Faden. En su libro *Social Justice*¹⁸ presentan su aporte a la comprensión del impacto de los condicionantes sociales en la salud de una población.

Ellos argumentan que es imposible hacer progresos en la comprensión de las demandas de justicia dentro del sistema médico, sin mirar la salud pública y otros DSS, y por lo tanto, situando el análisis de lo justo en el contexto social y político más amplio. "... La justificación de cualquiera de las mayores propuestas para la distribución de recursos estará en función de su contexto y la naturaleza y la cantidad de las inequidades en los determinantes de la salud, así como en la sociedad en general"¹⁹.

La real prueba diagnóstica para la suficiencia de justicia es saber si la totalidad de las relaciones sociales impone límites sistémicos en el desarrollo de las dimensiones esenciales del bienestar, y si lo hace de manera que asegure efectos negativos profundos y dominantes en todos los aspectos del bienestar. Sólo cuando se considera lo que la suficiencia requiere en el mundo real, en

¹⁶ Public Health Agency of Canada., op. cit.

¹⁷ Alvarez A. et. al. Actualización conceptual de los determinantes sociales de la salud desde la perspectiva cubana. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 2010, 48, (2): 204-217.

¹⁸ Powers M. - Faden R. *Social Justice. The moral foundations of public health and health policy*. New York, Oxford University Press, 2006.

¹⁹ *Ibíd.* Preface xi. La traducción es de los autores.

circunstancias sociales concretas, se puede afirmar qué inequidades son más urgentes desde el punto de vista de la justicia.²⁰

Los autores construyen su descripción de justicia social alrededor de seis dimensiones distintas del bienestar: salud, seguridad, razonamiento, respeto, vínculo y autodeterminación. Si una vida humana está seriamente deficiente en una o más de las dimensiones, es probable que esa persona no esté experimentando un nivel suficiente de bienestar. La suficiencia del bienestar es alcanzable sólo cuando el conjunto de dimensiones indicadores del bienestar son satisfechos y para ello es necesario que los DSS estén en equilibrio y contribuyan a su satisfacción.

Powers y Faden describen cuatro posibles modos de interacción en que los DSS pueden influir en los indicadores del bienestar: 1) Un DSS con efectos profundos y dominantes en una dimensión del bienestar; 2) Coincidentes DSS con profundos y dominantes efectos en una dimensión del bienestar; 3) Un DSS con profundos y dominantes efectos en un grupo de dimensiones del bienestar; y 4) Coincidentes DSS con profundos y dominantes efectos en grupos de dimensiones del bienestar.²¹

En algunos países como México la cuarta interacción es la que mejor describe la realidad, es decir, coincidentes DSS con profundos y dominantes efectos en grupos de dimensiones del bienestar. En efecto, las desigualdades en México traen más desigualdades, y las inequidades existentes –en los DSS y ultimadamente en las dimensiones esenciales del bienestar en sí mismas- mezclan, sostienen y reproducen una multitud de carencias de bienestar, llevando a muchas personas bajo el nivel de suficiencia en más de una dimensión. Tomadas en su conjunto, los efectos interactivos de múltiples fuentes de desventaja se añaden al muy desigual bienestar, dejando a muchos con muy pocas oportunidades en aspectos relevantes de sus vidas. En tanto las desigualdades del bienestar se multiplican, estas se refuerzan unas a otras. Cada esfera de deficiencia del bienestar se vuelve más difícil de revertir, los efectos desventajosos más difíciles de superar, y el objetivo de suficiencia para todos en todas las dimensiones del bienestar aún más duro de lograr. Lograr la suficiencia es entonces simplemente incompatible con patrones densamente entrelazados de

²⁰ *Ibíd.* 4-9.

²¹ *Ibíd.* 64-78.

desventajas sistemáticas de este tipo. En una interacción tan polarizada como la descrita, la propensión al caos y a la desestabilización son altas.

3. Los DSS y la violencia

Siguiendo el pensamiento de Zizek, el sistema económico tal y como ha sido configurado, es causante de la violencia "objetiva" que sufre una población. Se trata de las causas detrás de las causas, tales como la miseria y exclusión, generadoras de resentimiento, estigmatización y precariedad que crea el sistema económico actual en grandes mayorías de la población, sobre todo en los países de bajo ingreso y aún en transición como es el caso de México. Pero además, dicho sistema genera una violencia "simbólica" a través del lenguaje, es decir, por medio de la creación de una serie de discursos justificadores de las situaciones tal y como están en la realidad, derivando al terreno de la caridad aspectos que deberían contemplarse bajo la justicia. A continuación se hará una reflexión de ambos tipos de violencia, dejando aparte la subjetiva debida a factores individuales.

El capitalismo desbocado produce una violencia objetiva, sistémica, inherente a las condiciones globales que generan la creación automática de sujetos excluidos y prescindibles, desde los sin techo hasta los desempleados. Cuando un colectivo es sujeto a condiciones de sobrevivencia económica, la cual es persistente y muy difícil de revertir, ocasiona que éste se enferme, y la reacción más natural será la violencia. Esta puede ser hacia fuera, creando conductas disruptivas del orden establecido, o hacia dentro, produciendo una depresión colectiva de sujetos sobrevivientes, los cuales han internalizado el estigma que se les ha impuesto: ser pobres, no tener educación, ser para el trabajo duro, vivir conformándose con los mínimos. La poca estima de sí que genera este sistema ocasiona que ante la enfermedad no se busque tratamiento, y menos aún prevenirla. Lo que en México se le llama comúnmente "desidia".

Un ejemplo de lo anterior es el caso de la obesidad, problema de salud pública en el que México ha alcanzado el lugar 34 a nivel mundial, por encima de los Estados Unidos²². La obesidad está muy relacionada con el síndrome metabólico y la diabetes, entidades clínicas que México son grandes problemas de salud pública, cuyas complicaciones, tales como la insuficiencia renal

²² Dietz W.H. *Reversing the tide of obesity*. Lancet. 2011, 378 (9793): 744-746.

crónica, son muy costosas para los sistemas de salud. Se trata de enfermedades propiciadas por múltiples factores sociales, particularmente el económico y el cultural. En concreto predominan la falta de recursos para tener una dieta balanceada, la falta de educación para evitar alimentos chatarra y preferir alimentos nutritivos, y el bombardeo masivo de los medios de comunicación en favor de golosinas y productos abundantes en azúcar tales como los refrescos. Cuando se han hecho cuestionamientos sobre el contenido alimentario que contienen, los resultados han sido prácticamente nulos.²³

A nivel social, no obstante la obesidad es atendida por los sistemas de salud a través de las campañas de prevención, los grandes determinantes de la salud no son contrarrestados estratégicamente. La pobreza, el crecimiento de la comida rápida (*fast food*) ante la falta de tiempo en las megaciudades, o el dominio de la opinión pública por el enorme aparato publicitario de las transnacionales, impiden que los resultados esperados por la medicina preventiva sean efectivos. Otro tanto podría decirse de las compañías productoras de refrescos. Se trata de bebidas con muy alto contenido en azúcar, cuyo consumo favorecido también por el poco acceso al agua potable, es parte de la dieta tradicional del mexicano. Su venta no está regulada en México y no se han visto estrategias para contrarrestar su uso. Es como estar aliviando los síntomas de una enfermedad, sin arreglar sus causas de fondo.

Lo anterior es generador de un tipo de violencia hacia dentro de sí. La estigmatización que produce la obesidad contribuye a la pobre de estima de sí, la cual lleva a la gente obesa a cuidarse poco, descuidando hábitos saludables como el ejercicio o una dieta balanceada. Esto último retroalimenta la obesidad cerrando el círculo vicioso. Pareciera una violencia contra sí mismo que va generando una sutil depresión colectiva producida por muchos factores económicos, políticos y culturales adversos que enferman a una población.

La violencia "objetiva" a nivel de los sistemas de salud se trasluce en una cultura médica producto de una formación donde impera el paradigma biológico como causante de la enfermedad: la gente se enferma por factores biológicos o conductas individuales. Por lo tanto las soluciones o el tratamiento médico se reducen a ese nivel, descuidando los factores sociales que hay detrás. Al paciente que no obedece se le estigmatiza y se le trata violentamente por ser descuidado o no

²³ Restrepo I. Obesidad y sanidad pública. En: Periódico *La Jornada*, septiembre 24, 2012.

cooperador. La justificación dada a la falta de éxito es la culpabilización del paciente, ocasionando más violencia a la ya propia que trae el paciente por no haber cumplido.

Retomando el ejemplo de la obesidad, el tratamiento médico que no toma en cuenta los determinantes económicos y culturales que impiden que una persona salga de su círculo vicioso, están condenados al fracaso. Un paciente a quien se le diseña un programa de alimentación con menos carbohidratos y más frutas y verduras, tiene que vérselas para pagar más por su nueva dieta, lo cual es poco factible dada la poca capacidad adquisitiva de las grandes mayorías. Así mismo necesita cambiar patrones alimenticios por otros que van contracorriente de la publicidad sobre todo televisiva y de la cultura vivida por años donde el refresco ha sido base en la alimentación diaria. Si no se toman en cuenta estos factores, se perderá al paciente por haberle puesto una meta muy alta o se le estigmatizará por no haber cumplido.

En otros casos de la atención sanitaria, cuando no se toman en cuenta los DSS, se repiten patrones generadores de violencia, entre pacientes que no pueden cumplir y médicos amoldados al sistema que culpabilizan a los pacientes. Tal sería el caso de la imposibilidad de comprar determinados medicamentos por su alto precio para la capacidad de pago del paciente, que por otra parte son lo que la Industria farmacéutica promociona sin cesar compensando a la clase médica por prescribirlos con diversos obsequios o al menos muestras médicas y cuya mayor efectividad no siempre es comprobada.²⁴ O se pretende que simplemente porque se le dicen al paciente factores de riesgo que debe evitar, los aplicará a su vida, tales como el tabaquismo o el sedentarismo, los cuales obedecen también a factores sociales. En estos y otros casos similares se adolece de una comprensión integral del enfermo, como parte de un sistema enfermo que hace que la gente se ponga mal.

Las conductas violentas hacia fuera son producto de la serie de patologías mentales que padece crecientemente la población, las cuales se traducen en conductas antisociales, sádicas, vengativas o indiferentes, que crecen en los países empobrecidos, o en una pérdida de valores morales básicos tales como la honestidad, el respeto y la tolerancia, básicos para construir tejido social. Frente a estos males, la lectura que hace el sistema dominante e imprime a través de los medios de comunicación es que son causados por la mala índole de la gente, por su raza, por su clase

²⁴ Páez R. Pautas bioéticas. La industria farmacéutica: entre la ciencia y el mercado. México, FCE - UNAM: en prensa.

socioeconómica, y así son introyectados por las mayorías, reforzando la devaluación y los círculos viciosos de violencia. La otra lectura proclive a la violencia se da al observar la impunidad del sistema hacia los grandes culpables, lo que ocasiona un clima de "todo se vale" y "sálvese quien pueda".

En el ámbito biomédico, los sistemas públicos de atención de la salud en varios países de mediano y bajo ingreso están sobresaturados de pacientes y recortados en presupuesto. Además, en México se les ha aumentado en ocasiones la carga de atención con el Seguro Popular, que es un seguro prepago entre paciente y Estado, por el que se tiene el derecho a ser atendido de un conjunto de padecimientos. Los médicos y el personal sanitario ante tanta saturación es casi imposible que eviten conductas violentas con los pacientes, propiciadas por el cansancio. A esto hay que añadir la carencia de servicios ante la necesidad de mayor atención psicológica y psiquiátrica para una población violentada.

En la ética liberal comunista tal y como es descrita por Zizek, la ganancia es contrarrestada por la caridad, es la máscara que oculta el rostro de la explotación económica. Así los ricos que han creado la explotación, se lavan las manos ayudando a los miserables. El sistema no puede reproducirse a sí mismo, necesita la caridad extra económica para sostener el ciclo de reproducción social.

En México se perfila así una sociedad en la que pequeños grupos privilegiados tienen acceso a todos los servicios de una medicina privada a través de seguro médico, así como a los caprichos biotecnológicos que quieran obtener pagándoselos. Otro grupo se tiene que atener a lo que le alcance ante los precios desproporcionados de la medicina privada. Las grandes mayorías afiliadas a la seguridad social por su trabajo siguen siendo privilegiados, ya que tienen atención, aunque sea insuficiente. El resto quedan a merced de la medicina pública, hasta donde alcancen los recursos, los cuales son muy limitados para las grandes necesidades en salud de la población. En México se habla de una cobertura del 85%, la cual dista mucho de ser suficiente en calidad sobre todo por el desabasto y la insuficiencia de infraestructura.²⁵

²⁵ El gasto en salud es de los más bajos de los países de la OCDE. El desabasto de medicinas en el IMSS abarca a 900 mil derechohabientes, es decir, 2% de 45 millones de asegurados, aunque la mayoría no se queja. *Cfr.* Alatorre A. Dejan sin medicinas a 900 mil en el IMSS. En: Periódico *Reforma*, febrero 9, 2013.

El incumplimiento del derecho a la asistencia sanitaria es un atentado a la violencia. La manera de encubrirlo es a través de la filantropía, propia de un sistema capitalista que ha sustituido la justicia social por la caridad. En México el *Teletón*²⁶, que además de ayudar a niños con discapacidad tiene la finalidad oculta de deducir impuestos al gran monopolio que los patrocina, al atribuirse los donativos recaudados y justificarlos como propios. Gastar en obras de arte, ciencia, filantropía, tal como la hace el *Instituto Carlos Slim de la Salud*²⁷, es la supuesta manera de romper el círculo vicioso de ganancias sin fin, ganar más para crecer más, a través de la ayuda o beneficencia. Ya sea sincera o hipócrita, esa filantropía es la manera de evitar la crisis del sistema, el resentimiento generalizado y la distribución forzada de la riqueza que pueden terminar en la miseria generalizada.

Hay una ideología que justifica el sistema. México es un país de la OCDE, atravesado por supercarreteras que comunican pueblos hundidos por la miseria, el narcotráfico y la expulsión de migrantes a los Estados Unidos. En el ámbito biomédico se refleja en el pretendido universalismo a través del Seguro Popular, o el aumento del número de consultas atendidas o cirugías de catarata, pero sin dar cuenta de estándares de calidad o controles de seguimiento. Son las cifras que maquillan un sistema generador de violencia.

Finalmente, en un sistema comunista/liberal como el descrito, con la miseria conviven los caprichos generadores de violencia en algunos estados como el Distrito Federal: la iniciativa de ley sobre maternidad subrogada, la adopción entre homosexuales, el aborto por libre elección maximizando la autonomía. Situaciones en que el daño posible al otro no es calculada, bajo el argumento de la importancia de exaltar los propios deseos, el individualismo, al autorealización a toda costa. Evitar darse cuenta de la realidad. Vivir dentro de las paredes de fraccionamientos de seguridad. Dar placeres a la vida sin sentido que ha creado este sistema, un ser humano apático, lleno de confort y asegurado, y proporcionar una muerte placentera como fin.

²⁶ Evento que está destinado a recaudar fondos para crear Centros de Rehabilitación Infantil Teletón (CRIT), en los que se otorga tratamiento gratuito a niños con diferentes discapacidades.

²⁷ Obra de filantropía del hombre más rico del mundo, Carlos Slim, para contribuir a la atención de la salud en México y Latinoamérica.

4. Conclusión

Al concluir estas reflexiones queda evidenciado el nexo existente entre los DSS y la violencia que provocan. Sería simplista o poco crítico no tomar en cuenta en la reflexión bioética sobre la violencia en el campo de la salud, aquellos factores determinantes de la salud de una población, tal y como es la no satisfacción del derecho a la asistencia sanitaria, y cuyo conjunto ocasiona una pérdida de bienestar generadora de diversos focos de violencia sobre todo en las grandes mayorías empobrecidas de una población. Si se quiere una sociedad sin violencia, es necesario diseñar estrategias correctamente orientadas en orden a contrarrestar las causas detrás de las causas que enferman y violentan a una población.

Códigos de ética y situaciones de conflicto

Ezequiel Imanol Martínez González

Licenciatura en Filosofía, Universidad Autónoma de Querétaro

Contacto: imanol.mg@hotmail.com

Resumen

La vigente guerra contra el narcotráfico ha supuesto una serie de conflictos no sólo para las partes involucradas en ella (las fuerzas armadas y los cárteles de la droga), sino también para la sociedad civil y para los medios de información encargados de dar cuenta sobre los sucesos de ésta. Al día de hoy México es el tercer país más peligroso del mundo para ejercer el periodismo sólo por debajo de Siria y Somalia según datos dados a conocer por el Instituto de Prensa Internacional (IPI) en Viena el pasado mes de noviembre. Este clima de inseguridad ha propiciado la *heteronomía* de diversos medios de comunicación que se ven sujetos a una regulación por parte de los grupos delictivos así como del gobierno. Así mismo, las circunstancias que se han dado han evidenciado que una gran mayoría de los medios, tanto impresos como electrónicos, no cuentan con una normativa que regule y dé pautas para la seguridad de sus trabajadores; así como de una falta de pronunciamiento con respecto al carácter a adoptar frente a la cobertura de estos hechos, dejando de lado el principio fundamental para el ejercicio periodístico que es la *autonomía* como garante de la libertad de informar y recibir información, tal y como han sido destacadas desde los primeros códigos deontológicos a nivel internacional, para sentar las bases, por recurso de dicha posibilidad de informar y recibir información, del “uso público de la razón” de los ciudadanos protagonistas de la vida pública y que constituyen las bases de una sociedad democrática. Por otro lado, la falta de códigos de ética en las empresas de comunicación ponen en riesgo, y al arbitrio de terceros, tanto la información proporcionada por los reporteros así como, aún más grave, la seguridad de los mismos.

En ese sentido, este trabajo se plantea la revisión de cómo han sido abordadas algunas notas así como de las medidas que algunos medios han tomado sobre la cobertura de la actual guerra en el marco tanto de los códigos y manuales de los medios como de los propuestos por organismos internacionales con respecto a la cobertura en situaciones de riesgo.

Introducción

La actual guerra contra el narcotráfico emprendida desde el año 2006 por el titular del Gobierno Federal, Felipe Calderón Hinojosa, ha supuesto una serie de conflictos no sólo para las partes involucradas en ella (las fuerzas armadas y los cárteles de la droga), sino también para la sociedad civil y para los medios de información encargados de dar cuenta sobre los sucesos de ésta. Su papel ha sido fundamental para dar a conocer las noticias que van desde la aprehensión de integrantes de los cárteles hasta la barbarie que éstos, o inclusive las fuerzas armadas, cometen contra civiles en una guerra que al día de hoy, a pocos días de que se cumplan seis años desde que el Presidente hiciera anuncio de ella, ha cobrado la vida de 80 mil personas.

Sin embargo, su labor se ha visto coaccionada al impedírseles dar una información completa ya sea por amenazas de las que son sujetos por ambas partes del conflicto, por el resguardo de cierta información reservada por las fuerzas de seguridad y, en el peor escenario, por las acciones represivas que se ejercen sobre los periodistas.

Al día de hoy México es el tercer país más peligroso del mundo para ejercer el periodismo sólo por debajo de Siria (con 36 periodistas asesinados el año pasado) y Somalia (con 16), contando con una cifra de siete periodistas muertos, cinco de ellos en el Estado de Veracruz, según datos dados a conocer por el Instituto de Prensa Internacional (IPI) en Viena el 22 de noviembre del año pasado. En lo que va de la llamada “Guerra contra el Narcotráfico”, México ha sido escenario de la muerte de 59 periodistas, 25 más que en el primer sexenio del siglo XXI¹; alcanzando a ser el primer lugar en la lista de peligrosidad en el año 2010 cuando se registraron cifras de nueve periodistas asesinados, situándose por encima de Iraq, país que se encontraba en guerra contra un ejército de ocupación. Cifras, todas estas, ya conocidas por todos, y a la que se suma la también alarmante lista de los periodistas que continuamente son amenazados o desaparecidos, donde, en casi todos los casos terminan sumándose a la de los asesinados.

1 Las cifras que dio a conocer la organización Artículo 19 en marzo de este año, y que repordujo el sitio de noticias Animal Político en la nota “Van 70 periodistas asesinados en 12 años” (URL:<http://www.animalpolitico.com/2012/05/van-70-periodistas-asesinados-en-12-anos/#axzz2DAZS5Uke>), es la siguiente: tres en el año 2000, tres en el 2001, dos en el 2002, uno en el 2003, cuatro en el 2004, tres en el 2005, diez en el 2006, tres en el 2007, diez en el 2008, nueve en el 2009, nueve en el 2010, nueve en el 2011 y 4 en el 2012 (más los tres ocurridos de mayo -fecha en que se dieron a conocer estos datos- a noviembre).

Este clima de inseguridad ha propiciado la *heteronomía* de diversos medios de comunicación que se ven sujetos a una regulación por parte de los grupos delictivos así como del gobierno. Así mismo, las circunstancias que se han dado han evidenciado que una gran mayoría de los medios, tanto impresos como electrónicos, no cuentan con una normativa que regule y dé pautas para la seguridad de sus trabajadores, así como de una falta de pronunciamiento con respecto al carácter a adoptar frente a la cobertura de estos hechos.

Sobre la primera consideración cabe destacar que el principio fundamental para el ejercicio periodístico es la *autonomía* como garante de la libertad de informar y recibir información, tal y como han sido destacadas desde los primeros códigos deontológicos a nivel internacional (el del Sindicato Nacional de Journalistes de 1918, el proyecto de código de la ONU de 1950, y el código de la Federación Internacional de Periodistas de 1954). Además de que, como apunta Adela Cortina (2004), esta posibilidad de informar y recibir información sienta las bases del “uso público de la razón” de los ciudadanos protagonistas de la vida pública, bases de una sociedad democrática; toda vez que, de no darse las condiciones, los medios informativos se empeñan en controlar las preferencias de los individuos y orientar sus elecciones, convirtiendo así a los ciudadanos en “vasallos o súbditos”.

Por otro lado, la falta de códigos de ética en las empresas de comunicación ponen en riesgo, y al arbitrio de terceros, tanto la información proporcionada por los reporteros así como, aún más grave, la seguridad de los mismos.

En México las cifras con respecto al número de medios de comunicación que cuentan con códigos de ética son preocupantes: de más de 3mil medios, sólo treinta de ellos cuentan con dichos códigos; según diera a conocer el profesor de la Universidad Nacional Autónoma de México, Omar Raúl Martínez, en una nota de la agencia informativa del Estado Mexicano, Notimex² en la que el también autor del libro “Códigos periodísticos en México” apuntaba:

2 Rodríguez González, Luis. “Cuenta con códigos de ética solo 30 medios comunicación en México” Nota. URL: <http://www.periodistasenlinea.org/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=12768&mode=thread&order=0&thold=0> (26-11-12)

“En México existen 730 canales de televisión, mil 488 emisoras de radio, alrededor de 340 periódicos y unas 460 revistas, es decir más de tres mil medios de comunicación y sólo se conocen 30 códigos de ética. Puede haber códigos, pero mientras no sean públicos, es como si no existieran”

En ese sentido este trabajo se plantea la revisión de cómo han sido abordadas algunas notas así como de las medidas que algunos medios han tomado sobre la cobertura de la actual guerra en el marco tanto de los códigos y manuales de los medios como de los propuestos por organismos internacionales con respecto a la cobertura en situaciones de riesgo.

Un caso: terrorismo en Ciudad Juárez. “La esperanza de salir algún día del infierno”

El 17 de Julio de 2010, el entonces corresponsal en México del diario español El País, Pablo Ordaz, firmaba una nota editorializada en la que, bajo el título de “El narcotráfico mexicano recurre al terrorismo para intimidar al Estado”, escribía en referencia al estallido de un coche bomba que mató a cuatro personas en Ciudad Juárez: “Hay quien dice que el 15 de julio de 2010 será una fecha que jamás se podrá olvidar. El día que los narcotraficantes mexicanos recurrieron al terrorismo para doblegar al Estado. En la mente de todos está Colombia. Por el horror que todavía le espera a México y también por la esperanza de salir algún día del infierno”³

Se trataba de un caso de terrorismo inédito, o al menos aislado, en nuestro país, al que más adelante se sumarían casos igual de conmovedores como el del Casino Royale en Monterrey en el que la tarde del 25 de agosto de 2011 un comando armado prendió fuego a dicho inmueble. El hecho resultó paradigmático por tratarse del primero en su tipo, siendo una suerte de anuncio de que la escalada de violencia llegaba a un punto distinto. Ante este hecho los medios de mayor circulación nacional fueron dispares en la cobertura al respecto.

3 Ordaz P. “El narcotráfico mexicano recurre al terrorismo para intimidar al Estado”. Nota publicada en el diario español El País el 17 de julio de 2010 (URL: http://internacional.elpais.com/internacional/2010/07/17/actualidad/1279317604_850215.html)

Por ejemplo, el diario El Universal dedicó la nota de ocho columnas de su edición del 16 de julio -la mañana siguiente al atentado- a una declaración que hacía el entonces secretario de gobernación Francisco Blake Mora con respecto a dar continuidad a la lucha anticrimen; por el contrario, la nota sobre el atentado apenas y era un “llamado” para la página diez de interiores. A su vez, el periódico Milenio aunque no dedicaba la nota de ocho columnas al acontecimiento, sí era éste una fotonota de casi un cuarto de página. Mientras que el periódico La Jornada no dedicó una nota en la primera plana sino hasta el día 17 de julio, donde una serie de tres fotografías del atentado iban acompañadas de la información obtenida hasta el momento: 4 muertos, 11 heridos y la duda de las autoridades por determinar si se trató de un explosivo en el auto o una granada lanzada sobre él. La diferenciada cobertura de dicho caso hace suponer que se trataba de adecuarla a lineamientos de cada casa editorial.

Autonomía y criterios ante la violencia

De los tres periódicos mencionados líneas arriba -tres nacionales y uno internacional- sólo dos de ellos tienen un código de ética o manual de estilo que puede ser consultado por lectores y que, en ambos casos, sirve como “código interno de una Redacción” al cual se alínean todos sus trabajadores.

Así lo hace constar el *Libro de estilo* de El País apuntando: “en tanto la edición no sea revisada, el libro es *de obligado cumplimiento para todos los redactores* de EL PAÍS, y se recomienda a los colaboradores que no desprecien las normas en él establecidas”⁴. Por su parte, el Código de Ética de El Universal -el cual puede consultarse en su página oficial- establece que, además de proponerse “reflejar claramente ante sus integrantes y frente a sus lectores, el compromiso de [...] apearse a principios éticos en su tarea de informar cotidianamente de los diversos acontecimientos en nuestro país y el mundo”⁵, existe una independencia del medio amparado en la libertad de información y prensa como constitutivo de derechos fundamentales para el desarrollo de una democracia.

4 Cebrián, Juan Luis (Director de El País). *Prólogo a la segunda edición*. En El País (2002). *Libro de estilo*. España: Santillana.

5 Código de Ética de “El Universal” [En línea] URL: <http://www.eluniversal.com.mx/pie/codigo.html> (25-11-12).

Es deber imperativo del periodista evitar, por todos los medios a su alcance, que se dicten disposiciones que limiten, dificulten o anulen el ejercicio de la libertad de expresión. En caso de estar vigentes leyes o reglamentos de ese carácter, deberá pugnar por su derogación. Este Código de Ética parte del principio de que es responsabilidad exclusiva de los periodistas de "El Universal" el apego y observancia de las disposiciones definidas, inherentes al ejercicio de la profesión, y no de órganos externos, sean gubernamentales o no, por lo que resulta inadmisibles cualquier injerencia de esta naturaleza⁶.

En lo que respecta a la cobertura de las denominadas "situaciones de riesgo", como en este caso la guerra contra el narcotráfico, el periódico El Universal cuenta con el documento "Criterios ante violencia"⁷ en el cual, regido de acuerdo a los lineamientos generales de su código de ética, considera los siguientes puntos:

- El reconocimiento de los tribunales jurisprudenciales como única autoridad para juzgar conductas delictivas
- Evitar reproducir mensajes textuales o imágenes emitidos por delincuentes, "pues se les considera ejemplos de apología de la violencia". En ese mismo sentido apunta: "El periódico analizará con extrema reserva y con base en el bien social superior, la eventualidad de concertar o difundir entrevistas con líderes mafiosos o cabecillas de bandas criminales".
- El rechazo a "explotar la tragedia de terceros con el fin de generar mayor lectoría o audiencia", información de corte sensacionalista, es decir, textos o imágenes expresas de víctimas de la violencia.
- Al reconocer en el crimen organizado "un problema que atraviesa diversos ámbitos económicos, políticos y sociales", define extender una mayor cobertura de temas involucrados a este respecto como son las reformas al sistema penal, los programas exitosos en otras naciones, las adicciones, etc.
- En casos de secuestros o falsas amenazas, El Universal no publica información que pueda poner en peligro la vida de "personas inocentes", a excepción de que sea petición de las familias de las víctimas.
- En ese mismo sentido, no se publica información que facilite la identificación de quiénes

6 Op. cit.

7 [En línea] URL: <http://www.eluniversal.com.mx/pie/criteriosanteviolencia.html> (25-11-12)

han sido víctimas de cualquier clase de ilícito.

Dentro de los medios nacionales, El Universal es de los pocos que dedica un apartado especial para fijar su postura ante las situaciones de riesgo, pese a que algunos de los lineamientos que tiene pueden ser cuestionados como el hecho de no reproducir mensajes emitidos en este caso por miembros de los cárteles de la droga -como las llamadas “narcomantas” o la de panfletos o comunicados para adjudicarse o condenar un crimen. Ante esto último cabría preguntarse hasta qué punto la sociedad tiene el derecho de ser informada de los pormenores de los hechos, más aún cuando en ellos hay elementos de comunicación que, pese a ser emitidos por delincuentes, son un elemento más de éstos mismos (aún más cuando estas son alertas o anuncios). En ese sentido la postura del mencionado periódico es la que líneas arriba se apuntó: no reproducirlos por considerarlos una “apología de la violencia”.

Sin embargo hay que tomar en cuenta que los códigos no son algo acabado sino recomendaciones que proponen actuación y piden motivaciones, tal y como señalan Gozávez y Lozano (2004) quienes, inclinándose por la propuesta de E. Bonete de concebir al código deontológico como algo amplio que incluye al concepto de ética profesional, diferencian entre una *deontología* que “se ocuparía de la búsqueda y puesta en práctica de las reglas morales relacionadas con la propia actividad profesional” exigiendo normas y comportamientos concretos, de una *ética profesional* que, en un aspecto más global, “se ocuparía de los fines de la profesión y que tendría en cuenta el bien social común no sólo de deberes sino de recomendaciones, virtudes, ejemplos, etc”.

En ese sentido pese a que el código cumple con una exposición ideológica de los involucrados no supone ser un documento normativo exclusivamente, sino una pauta hacia la cual orientar acciones y toma de decisiones en este caso de las empresas de comunicación, por lo que en casos no previstos que se ven superados por un entorno cultural en que prime el bien social, se debe acudir a ellos para dar solución acorde a sus propios lineamientos.

Reporteros anónimos: un recurso

Uno de los casos en que, al no tenerlo previsto dentro de sus códigos, fue el de la decisión que tomó el semanario Proceso el cual en agosto del presente año, a través de una carta a sus lectores, anunciaba que, a raíz de que “los cárteles del narcotráfico continúan imponiendo su ley a

prácticamente todo el país”⁸, se tomaban medidas de protección a sus reporteros y corresponsales. En ella anunciaba:

Proceso asume la política de proteger a sus reporteros y corresponsales presentando –de manera excepcional- ciertas notas y reportajes relacionados con el narcotráfico sin su firma. Del contenido de esos trabajos se hace responsable nuestra casa editorial.

Esto, toda vez que este semanario ha sido uno de los medios que durante la actual guerra se ha dedicado, particularmente a partir del 2008, no solamente a dar información noticiosa, sino ha presentar, tanto en su revista como en números especiales de ésta, reportajes sobre los principales cárteles, sus líderes y su historia.

Esta decisión tomada responde a lo que ya apuntaba en el segundo punto de *El manual de estilo* (Loya, 2009) en el que se lee: “Los reporteros de Proceso mantendrán su compromiso de ventilar las prácticas u omisiones que obstaculicen o violen los principios de la democracia, la justicia, los derechos humanos y el estado de derecho: [...] represión, tortura, impunidad” (p.17). Lo mismo que en punto número 14: “El reportero rechazará las presiones o amenazas de personas o grupos empresariales, políticos o policíacos para publicar algo conforme a sus intereses o para no difundir alguna información que les afecte. Previa notificación al cuerpo directivo de Proceso, podrán darse a conocer públicamente esas presiones o amenazas” (p. 19)

Recomendaciones y medidas en situaciones de riesgo

Finalmente, existen recomendaciones hechas por diversas organizaciones y entidades sociales con el fin de que quienes ejercen el periodismo en situaciones de conflicto o entornos conflictivos puedan llevarlo a cabo con las precauciones para preservar su seguridad sin que falten a su compromiso con la libertad, la verdad y el derecho a la información.

Entre ellos se encuentran los recogidos por Aznar (2005) como son el *Manual de seguridad de periodistas* (Bruselas, 1999) y el *Código internacional profesional de la FIP para el ejercicio seguro del periodismo* (Bruselas, s.f.), ambos de la Federación Internacional de Periodistas (FIP), así como

8 Revista Proceso, número 1868, correspondiente al 19 de agosto de 2012 (p. 37).

la *Carta sobre la seguridad de los periodistas en zonas de conflicto y tensiones* (París, 2002) de Reporteros Sin Fronteras.

Por ejemplo, en el segundo de ellos se pide a los grupos de periodistas, las organizaciones de los medios y a todas las autoridades públicas que respeten los siguientes puntos, entre otros:

- La adecuación necesaria para el personal de los medios (material de primeros auxilios, instrumentos de comunicación, medios de transporte adecuados y ropa de protección)
- Que las organizaciones de los medios proporcionen protección social al personal que participe en la actividad periodística “fuera del lugar de trabajo normal”, incluido un seguro de vida.
- Así mismo deben proporcionar, gratuitamente, tratamiento médico y asistencia médica.
- Recibir a pie de igualdad la misma protección social tanto los periodistas autónomos como los que trabajan a tiempo parcial.

Por su parte, en lo que respecta a cubrir casos de terrorismo, la *Declaración de Bilbao*, firmada en Madrid en 2002, concluye algunos puntos como:

- El “compromiso democrático” de los medios con la sociedad en que ejercen su función conlleva a una toma de posición de los medios y de los periodistas frente al terrorismo
- Contextualización para la mayor objetividad en el tratamiento informativo de las actividades terroristas
- Que el exceso de información sobre las actividades terroristas y la posible desvirtuación de los hechos en que pueda incurrir “puede neutralizar la reacción social que los actos terroristas provocan”
- Que frente al “mimetismo terminológico con el lenguaje argumental de los terroristas” se contraponga un lenguaje que impida la justificación o dignificación de su actividad delictiva
- El cumplimiento del derecho a la información “debe garantizar ese derecho al tiempo que se evite la divulgación de contenidos meramente propagandísticos de las organizaciones terroristas”.

Conclusiones

La importancia de que los medios de comunicación (ya sean impresos o electrónicos) cuenten con un código de ética que, además, sea público para ser consultado por sus lectores resulta de suma importancia debido a que, de ser públicos, éstos suponen 1) un carácter autoregulatorio de los medios, y 2) una garantía de cara a la sociedad.

Con respecto a lo primero Gozávez y Lozano (2004) lo concideran un primer caracter positivo de *autonomía* para realizar el ejercicio profesional con independencia. Al respecto escriben en el artículo “Autonomía profesional y códigos deontológicos de la comunicación audiovisual” que ésta consiste en que “ejercer autónomamente la profesión significa hacerla desde la *libertad como no sometimiento* a instancias externas y ajenas a la propia capacidad de autodeterminación” (p. 55)

Por otro lado, el hecho de contar con códigos o manuales públicos por parte de las empresas de comunicación, garantizaría que la sociedad que acude a ellos pueda conocer los lineamientos que fijan tanto la postura ideológica de los diversos medios, así como el posicionamiento de cómo se dará cobertura a situaciones en concreto, lo cual les permitirá ser parte del “uso público de la razón” constituyéndose así que el conocimiento de dichos códigos es un derecho más en lo que a libertad de información se refiere.

Esto en una sociedad como la nuestra, tan habituada a cierto sensacionalismo en la cobertura de la violencia (donde la denominada “nota roja” es una de las secciones más rentables de un gran número de publicaciones), implicaría que la ciudadanía pueda acceder al conocimiento de cómo es manejada la información y confrontarla con el ejercicio diario de reporteros, editorialistas y, en general, medios de comunicación a los que acude.

Debido a que en México no existen códigos en la mayoría de los medios de comunicación, ni mucho menos comités que regulen y certifiquen la puesta en práctica de éstos, es necesario que se pugne porque las distintas empresas dedicadas a brindar información cuenten con los lineamientos necesarios tanto para el tratamientos de sus publicaciones como para esclarecer los modos en que trabajaran los profesionales de la información y así garantizar la seguridad de los periodistas.

Bibliografía

Aznar H. (2005) *Ética de la comunicación y nuevos retos sociales. Códigos y recomendaciones para los medios*. Barcelona: Paidós.

Cortina A. (2004) *Ciudadanía activa en una sociedad mediática*. En Conill J. y Gozávez V. (coord). *Ética de los medios. Una apuesta por la ciudadanía audiovisual*. España: Gedisa.

El País (2002). *Libro de estilo*. España: Santillana.

Gozávez V. y Lozano J. (2004) *Autonomía profesional y códigos deontológicos de la comunicación audiovisual*. En Conill J. y Gozávez V. (coord). *Ética de los medios. Una apuesta por la ciudadanía audiovisual*. España: Gedisa.

Loya S. (2009) *Manual de estilo de Proceso*. México: Random House Mondadori.

FUENTES ELECTRÓNICAS

“Van 70 periodistas asesinados en 12 años” [En línea] (URL:<http://www.animalpolitico.com/2012/05/van-70-periodistas-asesinados-en-12-anos/#axzz2DAZS5Uke>)

Rodríguez González, Luis. “Cuenta con códigos de ética solo 30 medios comunicación en México” [En línea] URL:<http://www.periodistasenlinea.org/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=12768&mode=thread&order=0&thold=0> (26-11-12)

Ordaz P. “El narcotráfico mexicano recurre al terrorismo para intimidar al Estado”. Nota publicada en el diario español El País el 17 de julio de 2010 [En línea] (URL: http://internacional.elpais.com/internacional/2010/07/17/actualidad/1279317604_850215.html)

Código de Ética de “El Universal” [En línea] URL: <http://www.eluniversal.com.mx/pie/codigo.html> (25-11-12)
 “Criterios ante violencia” de El Universal [En línea] URL: <http://www.eluniversal.com.mx/pie/criteriosanteviolencia.html> (25-11-12)

Variaciones en la estancia media ocasionadas por las caídas de pacientes ingresados en un hospital de agudos especializado en geriatría

Josefina Alonso Fernández, Rosa María Simó Martínez, María Dolores Menéndez-Fraga, Nieves Castaño Sánchez, Fernando Vázquez Valdés, María Jesús Virgós Soriano
Hospital Monte Naranco, Oviedo (España)
Contacto: josefina.alonso@sespa.princast.es

1. Antecedentes

La creciente efectividad de la asistencia sanitaria va acompañada de una mayor complejidad tanto en la práctica clínica como en su organización¹. La incertidumbre en la toma de decisiones, la creciente diversidad y especialización de las tecnologías sanitarias, así como el mayor uso de los servicios sanitarios por parte de la población, pueden convertir la asistencia sanitaria en una actividad de riesgo². Esto ha dado lugar a un creciente interés por desarrollar una cultura enfocada a la seguridad del paciente que contribuya a mejorar la calidad asistencial y a una disminución de los costes evaluables.

Avanzar en la Seguridad de Pacientes es un derecho del paciente y una obligación ética de todos los profesionales involucrados en el sistema sanitario. Investigar los resultados adversos, en especial si han causado daño o podrían causarlo, representa oportunidades de mejora y de aprendizaje³.

¹ Prieto, MA., March, J.C., Suess, A. y cols. "Percepción de los pacientes sobre la seguridad de la asistencia sanitaria", en *Medicina Clínica*, 2008, vol.131, (núm. 3), pp. 33–38.

² Aranz, J.M., Aibar, C., Gea, M.T., León, M.T., "Los eventos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica", en *Medicina Clínica*, 2004, vol.123, pp. 21–25.

³ Aibar-Remón, C., y cols, "La investigación sobre seguridad del paciente: necesidades y perspectivas", en *Medicina Clínica*, 2008, vol.13,1 (núm. 3), pp. 12-17.

La implantación de programas adecuados de gestión de riesgos sanitarios en los centros hospitalarios, permite evitar o disminuir los efectos adversos, tanto en número como en importancia clínica, económica y personal, así como las reclamaciones y demandas efectuadas por los afectados y/o perjudicados⁴.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que al menos uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados, y a lo largo de los últimos 20 años, estudios internacionales establecen que alrededor del 50% de estos efectos adversos son prevenibles o evitables⁵. Este dato se confirma para los hospitales españoles en el estudio ENEAS 2005 financiado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, que muestra una incidencia de efectos adversos (EAs) relacionados con la asistencia sanitaria hospitalaria del 8,3%, de los cuales, se consideran evitables el 42,8%, evaluando el impacto en términos de incapacidad o muerte del paciente, y/o prolongación de la estancia. Los pacientes mayores de 65 años de edad han mostrado una mayor frecuencia de eventos adversos que los menores de esta edad (12,4% vs 5,4%, $p < 0,01$, RR 2,5).

Las consecuencias derivadas de EAs, en cuanto a la merma en la calidad de la prestación recibida por el paciente y los costes adicionales generados, se refleja en el hecho de que el 31,4% dieron lugar al incremento de la estancia, esto supuso una mediana de 4 días de hospitalización adicionales en los ingresados y de 7 días en los que causaron un reingreso, además un 66,3% precisó más pruebas y un 69,9% tratamientos adicionales⁶

⁴ Martínez, FJ., y cols., "La gestión de riesgos sanitarios y los derechos de los pacientes. La ley 41/2002", en *Revista de administración sanitaria siglo XXI*, 2003, vol.1 (núm.3), pp.487-512.

⁵ The Research Priority Setting Working Group of the Who World Alliance Safety. "Summary of the Evidence on Patient Safety Implications for Research", Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008, en http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596541_eng.pdf (consultado el 21 de noviembre de 2012).

⁶ Estudio nacional de efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006, en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf (consultado el 19 de noviembre de 2012).

En pacientes ancianos hospitalizados, las caídas representan una de las principales causas de lesiones y constituyen una alta proporción de las muertes accidentales⁷. En pacientes del Reino Unido, las caídas representan el 60 % de todos los incidentes notificados⁸ y en la base de datos de sucesos centinelas de la Joint Commission suponen el sexto evento adverso más notificado.

Los gastos relacionados con la salud como consecuencia de una caída son altos. La reducción de calidad de vida y actividad física a menudo lleva al aislamiento social. El empeoramiento funcional conlleva un alto riesgo de dependencia, de institucionalización y de muerte⁹.

Existen estudios sobre caídas de pacientes en instituciones de larga estancia, pero hay muy pocos realizados en hospitales con pacientes geriátricos. Supuestamente, el estudio de las caídas en un hospital de agudos permitiría disminuir tanto su número como su impacto en salud y coste económico.

La importancia de las caídas en seguridad de pacientes, ha sido revisada en extenso en Vázquez-Espinosa E. y cols.¹⁰

El Hospital Monte Naranco (HMN), en el que se centra este estudio, depende del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Es un Hospital de Agudos, público, asociado a la Universidad de Oviedo y al Hospital Universitario Central de Asturias para el desarrollo de su actividad asistencial, docente e investigadora.

⁷ Laguna-Parras, J.M., Carrascosa-Corral, R.R., Zafra, F., y cols., "Efectividad de las intervenciones para la prevención de caídas en ancianos: revisión sistemática", en *GEROKOMOS*, 2010, vol.21 (núm.3), pp. 97-107.

⁸ Oliver, D., Connelly, J., Victor, C., y cols., "Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment. Systematic review and meta-analyses", en *British Medical Journal*. 2007; vol. 334, pp. 82-87.

⁹ Inouye, S.K., Brown, C.J., Tinetti M.E. Medicare nonpayment, hospital falls, and unintended consequences, en *The New England Journal of Medicine*. 2009, vol. 360, pp. 2390-2393.

¹⁰ Vázquez-Espinosa, E., Rajas, O., Menéndez-Fraga, D., y cols., "Falls in elderly patients", en *Advances in Medicine and Biology*, New York USA, L. V. Berhartdt, Ed. Nova Science, 2012, vol 53, pp. 27-54.

Dispone de un sistema integrado de gestión basado en la gestión por procesos y su visión consiste en alcanzar la excelencia en su actividad. Destacan entre sus principios o valores operativos la orientación al paciente/usuario así como la satisfacción de sus necesidades y expectativas

Cumple con las exigencias de las normas ISO 9001 e ISO 14001 y pNE 179003 de seguridad de pacientes y su compromiso con la Seguridad del Paciente pasa por dotar al hospital de los mecanismos que permitan un entorno seguro para los pacientes y familiares.

La metodología de Gestión de Riesgos Sanitarios utilizada, aplica unas intervenciones de mejora según un plan de minimización de riesgos como respuesta a los sucesos adversos notificados y registrados de acuerdo a un protocolo establecido a los efectos.

Las líneas estratégicas que informan sus procesos o procedimientos coinciden con la metas internacionales para la seguridad del paciente establecidas por la OMS.

2. Objetivo

Conocer las variaciones en la estancia media, ocasionadas por las caídas de pacientes ingresados en un hospital de agudos especializado en geriatría e identificar las características de los pacientes más vulnerables.

3. Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo de las caídas registradas en el periodo 2007-2011. Se calcula la estancia media de cada episodio clínico de pacientes ingresados con caídas, clasificados tanto por diagnóstico principal como por grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) y se compara con las estancias medias de los pacientes sin caídas, registradas y calculadas para cada año con los mismos sistemas de clasificación con objeto de evitar sesgos relacionados con diferencias interanuales en la estancia media.

Las caídas son notificadas de forma obligatoria, siguiendo un formulario para su registro que posteriormente es analizado y evaluado. Desde que en 2002 se creó la Unidad funcional de Seguridad de Pacientes como parte de la Unidad de Calidad, la recogida de datos sobre caídas se

ha sistematizado y el personal entrenado recoge cada vez más información relacionada con el suceso, lo que facilita la realización de estudios posteriores.

Análisis de datos

ANÁLISIS UNIVARIANTE: Descriptivo de las variables estudiadas. Media, mediana y desviación típica para las variables continuas y proporciones e intervalo con un nivel de confianza del 95% (95%IC) para las variables discretas.

ANÁLISIS BIVARIANTE: Para los pacientes con caídas se analizan las variables dependientes: estancia, diferencia de estancias por diagnóstico principal y diferencia de estancias por GRD en función de las variables independientes. Se realiza la comparación de medias mediante la t de student (2 grupos) y ANOVA de un factor (más de 2 grupos). Se verifica la homogeneidad de las varianzas mediante la prueba de Levene y como pruebas “post hoc” para detectar las parejas de valores con diferencias significativas, se utiliza la prueba de Scheffé para varianzas iguales y la de Games- Howell cuando no se asume la igualdad de las varianzas.

Variables de estudio

Se define caída accidental como un movimiento descendente, repentino, no intencionado, del cuerpo hacia el suelo u otra superficie¹¹

VARIABLES DEPENDIENTES:

ESTANCIA: La estancia hospitalaria ha sido calculada como los días de diferencia entre la fecha de alta y la de ingreso en el hospital.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Se define como el proceso patológico o circunstancia que después del estudio pertinente y según criterio facultativo, se establece como causa del ingreso en el hospital, aunque durante su estancia apareciesen otras complicaciones importantes o incluso otras

¹¹ Buchner, D.M.; Horubrook, M.C., y cols, “Development of the common data base for the FISCSIT trials, en *Journal of the American Geriatrics Society*, 1993, (núm. 41), pp. 297-308.

enfermedades más severas independientes de la que motivó el ingreso¹². Se codifica según la última edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª revisión, Modificación Clínica (CIE-9-MC).

ESTANCIA MEDIA POR DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Clasificados los pacientes por su diagnóstico principal al ingreso, se calcula la estancia media de los pacientes sin caídas para cada una de las categorías en cada uno de los años del estudio. Cuando la frecuencia de un diagnóstico principal es de tres o menos en el año, se utiliza como media de comparación la calculada para el periodo 2007-2011.

GRUPO RELACIONADO POR EL DIAGNÓSTICO (GRD): Constituye un sistema de clasificación de los episodios de hospitalización cuya característica principal consiste en que los grupos son clínicamente reconocibles y mutuamente excluyentes, con un consumo de recursos esperado similar, como resultado de un proceso de cuidados parecido¹³. La clasificación se realiza a partir de los registros contenidos en el Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalarios (CMBDH), que es un resumen sistematizado del informe de alta y la historia clínica^{14,15}

Los GRD se han convertido en un modelo de medida del producto hospitalario que facilitan la comparación entre hospitales, ajustando la estancia por GRD se evita el sesgo de comparar sin tener en cuenta las diferencias en la composición de enfermos entre cada una de las partes comparadas.

ESTANCIA MEDIA POR GRD: Clasificados los pacientes por GRD según su codificación al alta, se calcula la estancia media de los pacientes sin caídas para cada una de las categorías en cada uno de los años del estudio y al igual que en el caso anterior, en GRD con frecuencia de tres o menos en el año, se utiliza como media de comparación la calculada para el periodo 2007-2011.

¹² CIE 9MC. Manual de codificación. Información y estadísticas sanitarias 2011 Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, disponible en:

http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Manual_de_codificacion.pdf (consultado el 5 de diciembre de 2012).

¹³ Casas M.. *Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico*, Barcelona, Masson S.A. y S.G. Editores, 1991, pp.29-39.

¹⁴ Casas M. "Clasificación de pacientes y producción hospitalaria". *Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico*, Barcelona, Masson S.A.y S.G. Editores, 1991, pp.23-44.

¹⁵ Castaño, N., Pisano, A., Alonso, J., "Usos del CMBD: los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) II", *Notas metodológicas*, 2012, disponible en <http://www.enotas.es/?nota-metodologica=usos-del-cmbd-los-grupos-relacionados-por-el-diagnostico-grd-ii> (consultado el 10 de diciembre de 2012)

DIFERENCIA DE ESTANCIAS POR DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Consiste en la diferencia entre el número de estancias de cada episodio clínico en el que un paciente ha caído y la estancia media calculada para su diagnóstico principal.

DIFERENCIA DE ESTANCIAS POR GRD: Consiste en la diferencia entre el número de estancias de cada episodio clínico en el que un paciente ha caído y la estancia media calculada para su GRD.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

SEXO, EDAD, GRUPOS DE EDAD: Se han definido tres grupos de edad para los pacientes con caídas; menores de 75 años, entre 75 y 85 años y mayores de 85.

SERVICIO DE INGRESO: Servicio/Unidad en el que se ha ingresado al paciente.

CATEGORÍA DE DAÑO: El daño producido se ha clasificado en: sin daño, leve, moderado y severo, para ello se ha partido de la clasificación que en la Unidad de Seguridad de Pacientes del HMN realizan de los efectos adversos, basándose en la taxonomía de The National

Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP), los considerados por la *American Society of Health-System Pharmacy*¹⁶ y otras publicaciones sobre el tema. Así, en función de sus consecuencias, los ingresos con caídas se han agrupado en: sin daño (categorías A-D), con daño leve y moderado (categoría E), en la Unidad de Seguridad de Pacientes han desagregado esta categoría según la descripción del tipo de daño: contusión, erosión, herida, incisión, laceración... y con daño severo (categorías F-I), siendo I el éxitus del paciente.

ÍNDICE DE BARTHEL AL INGRESO (IB): Es el instrumento recomendado por la Sociedad Británica de Geriatría para evaluar la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en el anciano. Se puntúa de 0 a 100. Se agrupa en cinco categorías: dependencia total (<20), dependencia grave (20-35), dependencia moderada (40-55), dependencia leve (60-95) e independencia total (100)¹⁷. Presenta un gran valor predictivo sobre: mortalidad, ingresos hospitalarios, duración de estancia en unidades de rehabilitación y ubicación al alta en pacientes con accidente cerebrovascular.

LUGAR DE CAÍDA: sillón, baño..., para este estudio, se han considerado solamente las caídas de cama y de no cama.

¹⁶ American Society of Hospital Pharmacists, "ASHP guidelines on preventing medication errors in hospitals", en *American Journal of hospital pharmacist*, 1993, vol. 50, pp. 305-314.

¹⁷ Baztán, J.J., Pérez del Molino, J., Alarcón, T., San Cristobal, E., y cols., "Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular", en *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 1993; vol.28, pp.32-40.

UNA O MÁS CAÍDAS SUFRIDAS DURANTE EL INGRESO. El número total de caídas sufridas durante el ingreso, se clasifica en sólo dos categorías: una caída y dos o más caídas.

3. Resultados

En el período 2007-2011 los episodios clínicos con ingreso han sido 18.198 (42,1% hombres y 57,9% mujeres) entre los que se han registrado 981 caídas¹⁸.

El estudio comprende 928 caídas, tras excluir 53 a consecuencia de errores en la recogida de datos o por tener un diagnóstico principal y/o GRD únicos en el periodo y carecer por tanto de un valor de comparación.

Estas caídas han ocurrido en 778 episodios clínicos (4,3% del total de altas), de los que 441 son hombres con una media de edad de 79 años y 337 mujeres con 82 años de media. En lo que respecta a las consecuencias producidas por las caídas: 475 pacientes (61,1%) no han tenido daño, para 228 (29,3%) el daño ha sido leve, para 57 (7,3%) moderado y para 18 (2,3%) severo.

Los pacientes con dependencia total (índice Barthel al ingreso inferior a 20) han sido 197 (25,3%), 168 (21,6%) han presentado una dependencia severa (IB entre 20 y 35), 155 (19,9%) moderada (IB entre 40 y 55), 241 (31%) leve (IB entre 60 y 95) y 17 (2,2%) independencia total (IB 100).

Los pacientes que han caído pertenecen a los Servicios de Traumatología y al Área de Gestión Clínica (A.G.C.) Geriátrica, que para su análisis se ha considerado tanto íntegramente como desagregada en las distintas Unidades que la componen: Agudos, Paliativos, Ictus, Ortogeriatría, Patología vascular periférica (Vascular) y Rehabilitación geriátrica.

En la tabla 1 que se muestra a continuación, se refleja el número de pacientes que han caído junto con el porcentaje que representan respecto al total de los pacientes ingresados en cada uno de los Servicios/Unidades durante el periodo 2007-2011. Asimismo, se realiza una comparativa de las

¹⁸ Menéndez, M.D., Alonso, J., Miñana, J.C., y cols. "Characteristics and associated factors in patient falls, and effectiveness of the lower height of beds for the prevention of bed falls in an Acute Geriatric Hospital", en *Revista de Calidad Asistencial*, (en prensa).

estancias medias que han tenido lugar en el periodo de análisis, diferenciando: las de pacientes sin caídas, las de pacientes con caídas, las estancias medias que, de no haber caído, les habrían correspondido a los pacientes con caídas en función tanto de sus diagnósticos principales (D.P.) como de sus GRD, y finalmente el exceso que la estancia de los pacientes con caídas representa sobre estos valores.

Tabla 1.- Estancia media de pacientes con y sin caídas

SERVICIO/ UNIDAD	EM PAC. SIN CAÍDAS	PACIENTES CON CAÍDAS		EM PAC. CON CAÍDAS	EM POR D.P.	EM POR GRD	EXCESO EST. POR D.P.	EXCESO EST. POR GRD
		N	%					
A.G.C. GERIATRÍA	11,51	754	4,61%	21,32	14,31	13,98	7,01	7,34
U. AGUDOS	8,86	348	3,83%	11,11	9,19	9,28	1,92	1,83
U. PALIATIVOS	14,18	141	8,99%	25,8	13,78	13,68	12,02	12,12
U. ICTUS	18,19	122	8,14%	31,34	18,25	17,91	13,09	13,43
U. ORTOGERIATRÍA	16,67	45	4,75%	22,27	16,5	14,19	5,77	8,08
U. VASCULAR	31,09	56	9,77%	46,04	30,4	28,29	15,64	17,75
REHABILITACIÓN	23,67	42	9,68%	31,88	23,29	23,22	8,59	8,66
TRAUMATOLOGÍA	7,07	24	1,08%	12,37	9,73	11,63	2,64	0,74

Existen diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,01$) entre la estancia media de los pacientes ingresados que han caído y la de los pacientes que no han sufrido caídas durante el ingreso para cada uno de los Servicios y Unidades analizados.

La estancia media que correspondería a los ingresos con caídas atendiendo a sus diagnósticos principales presenta diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,01$) entre los Servicios/Unidades de estudio, salvo entre U. Agudos con Traumatología y entre U. Ictus con U. Ortogeriatria. Si esta misma comparación se efectúa en relación a la estancia media de sus GRD, también aparecen diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,01$), a excepción del Servicio de Traumatología con las U. de Agudos, Vascular y Ortogeriatria.

Examinando los excesos de estancia sobre la estancia media que teóricamente les hubiera correspondido, calculada tanto en relación al diagnóstico principal como al GRD, sólo se encuentran algunas diferencias estadísticamente significativas entre los Servicios y Unidades de análisis (U. Agudos y Traumatología con las U. de Paliativos, Ictus y Vascular)

Entre los pacientes con caídas, el mayor exceso de estancias se produce en las Unidades de Vascular, Ictus y Paliativos, superando los, aproximadamente, 7 días adicionales que presenta en su conjunto el A.G.C. Geriatria.

Por grupos de edad: 150 (19,3%) tienen menos de 75 años, 343 (44,1%) entre 75 y 85 años y 285 (36,6%) 85 o más años. Entre estos grupos, se aprecian diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,01$) tanto para el exceso de estancias en relación a la estancia media por diagnóstico principal como por GRD, que para los menores de 75 años ha resultado ser 13,8 días IC95% (10,9-16,8) y 13,9 IC95% (11,0-16,9) días respectivamente, para los de edades comprendidas entre 75 y 85 años de 7 días IC95% (5,4-8,6) y 7,4 días IC95% (5,8-9,0) días y de 3,1 IC95% (2,0-4,1) y 3,3 días IC95% (2,2-4,3) para los de 85 o más años.

De los 778 ingresos con caídas, 658 (84,6%) han caído sólo una vez mientras que 120 (15,4%) lo han hecho dos o más veces durante el ingreso. El exceso de estancias producido en relación a la media tanto por diagnóstico principal como por GRD ha sido de 6,1 días IC95% (5,1-7,1) y 6,3 días IC95% (5,3-7,3) respectivamente para los primeros y de 11,3 días IC95% (7,5-15,1) y 11,7 días IC95% (8,1-15,4) para los segundos. Las diferencias entre ambos grupos han sido estadísticamente significativas ($p \leq 0,01$).

En cuanto a las variables diagnóstico principal y GRD, originan diferencias estadísticamente significativas para las variables dependientes del estudio (variaciones de la estancia de los pacientes con caídas en relación a la estancia media que, de no haber caído, les hubiera correspondido por diagnóstico principal o por GRD), sin embargo, los pacientes se encuentran demasiado diseminados con respecto a este factor de clasificación (más de 50 grupos). En una aproximación a la patología de los pacientes con caídas y agrupando los diagnósticos principales y GRD por especialidades médicas, destacan: Afectación del Aparato Respiratorio (21.3%), Accidentes Cerebrovasculares (15%), Cardiopatías (12,3%), Afectación Osteoarticular (12,2%) y Afectación del Aparato Urinario (9%).

Por otro lado, al utilizar como variables de comparación el sexo, el nivel de daño, el índice de Barthel al ingreso y el hecho de que la caída se produzca o no desde la cama, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas para las variables dependientes examinadas.

4. Discusión y conclusiones

Las estancias de los pacientes con caídas durante su ingreso hospitalario han resultado significativamente superiores a las de los pacientes sin caídas. Conocer las causas e identificar a los grupos de pacientes más vulnerables permite instaurar medidas preventivas con criterios de racionalidad, justicia y no maleficencia, sin olvidar que la prevención representa en sí misma un acto de beneficencia. Para ello, el aumento de estancias sobre la media, tanto del diagnóstico principal como del GRD, puede ser un indicador apropiado.

Aunque la variación de estancias sobre la media no sufre alteraciones substanciales en función del sexo, cabe señalar que pese a que en el periodo de estudio los ingresos de mujeres han sido superiores a los de los hombres, entre el total de los hombres ingresados un 5,8% han sufrido alguna caída frente al 3,2% de las producidas en mujeres respecto al total de las ingresadas.

Si se considera además que de los 120 ingresos con más de una caída registrada, 80 han correspondido a hombres y 40 a mujeres, todo parece indicar que el riesgo de caída es superior en los hombres.

Se han detectado diferencias estadísticamente significativas entre el comportamiento de las estancias medias cuando se comparan ingresos con y sin caídas entre las distintas Unidades/Servicios, lo que nos marca una vía para la continuidad de este estudio.

La estratificación por grupos de edad, el diagnóstico principal, el GRD y el hecho de haber sufrido una o más de una caída durante el ingreso, se muestran significativas como variables discriminadoras.

Los resultados señalan que el exceso de estancias en los pacientes con caídas evoluciona de forma inversa a la edad.

Por último, el hecho de que para los distintos niveles de daño establecidos no se muestren diferencias estadísticamente significativas ni en estancias ni en su variación con relación a la estancia media calculada tanto por diagnóstico principal como por GRD, parece indicar que la

clasificación utilizada no resulta apropiada para el objetivo perseguido e induce a buscar otras variables que permitan discriminar en función de las secuelas producidas.

Minimizar los riesgos de caída durante el ingreso permite reducir la estancia hospitalaria, lo que se traduce en un ahorro de recursos y por tanto económico, a la vez que evita incomodidad y sufrimiento al paciente mejorando tanto su satisfacción como la calidad de la prestación sanitaria proporcionada. De esta forma, se respeta el principio de justicia y beneficencia, al conjugar el bien común con el individual del paciente y se preserva ante todo el obligado principio de no maleficencia, que para Gracia D. representa el fundamento ético de los programas de seguridad de pacientes¹⁹.

Las instituciones sanitarias que implementan este tipo de programas y persiguen el interés social desde el punto de vista ético, utilizan la evidencia disponible para favorecer la eficiencia en el uso de recursos y avanzar en aspectos como la reducción del riesgo de caídas.

5. Bibliografía

- Aibar-Remón, C., y cols, “La investigación sobre seguridad del paciente: necesidades y perspectivas”, en *Medicina Clínica*, 2008, vol.13,1 (núm. 3), pp. 12-17.
- American Society of Hospital Pharmacists, “ASHP guidelines on preventing medication errors in hospitals”, en *American Journal of hospital pharmacist*, 1993, vol. 50, pp. 305-14.
- Aranaz, J.M., Aibar, C., Gea, M.T., León, M.T., “Los eventos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica”, en *Medicina Clínica*, 2004, vol.123, pp. 21–25.
- Baztán, J.J., Pérez del Molino, J., Alarcón, T., San Cristobal, E., y cols., “Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular”, en *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 1993; vol.28, pp.32-40.
- Buchner, D.M.; Horubrook, M.C., y cols, “Development of the common data base for the FISCSIT trials, en *Journal of the American Geriatrics Society*, 1993, (núm. 41), pp. 297-308.
- Casas M. “Clasificación de pacientes y producción hospitalaria”. *Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico*, Barcelona, Masson S.A.y S.G. Editores, 1991, pp.23-44.
- Casas M. *Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico*. Barcelona, Masson S.A. y S.G. Editores, 1991, pp.29-39.
- Castaño, N., Pisano, A., Alonso, J., “Usos del CMBD: los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) II”. *Notas metodológicas*, 2012, disponible en: <http://www.enotas.es/?nota-metodologica=usos-del-cmbd-los-grupos-relacionados-por-el-diagnostico-grd-ii> (consultado el 10 de diciembre de 2012).

¹⁹ Gracia D. *Primum non nocere: El principio de no maleficencia como fundamento de la ética médica*. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina, 1990.

- CIE 9MC. Manual de codificación. Información y estadísticas sanitarias 2011 Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, disponible en:
http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Manual_de_codificacion.pdf (consultado el 5 de diciembre de 2012).
- [Estudio nacional de efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006, en:](#)
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
(consultado el 19 de noviembre de 2012).
- Gracia D. *Primum non nocere: El principio de no maleficencia como fundamento de la ética médica*. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina, 1990.
- Inouye, S.K., Brown, C.J., Tinetti M.E. Medicare nonpayment, hospital falls, and unintended consequences, en *The New England Journal of Medicine*. 2009, vol. 360, pp. 2390-2393.
- Laguna-Parras, J.M., Carrascosa-Corral, R.R., Zafra, F., y cols., “Efectividad de las intervenciones para la prevención de caídas en ancianos: revisión sistemática”, en *GEROKOMOS*, 2010, vol.21 (núm.3), pp. 97-107.
- Martínez, FJ, y cols. “La gestión de riesgos sanitarios y los derechos de los pacientes. La ley 41/2002”, en *Revista de administración sanitaria siglo XXI*, 2003, vol.1 (núm.3), pp.487-512.
- Menéndez, M.D., Alonso, J., Miñana, J.C., y cols. “Characteristics and associated factors in patient falls, and effectiveness of the lower height of beds for the prevention of bed falls in an Acute Geriatric Hospital”, en *Revista de Calidad Asistencial*, (en prensa).
- Oliver, D., Connelly, J., Victor, C., y cols.. “Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment. Systematic review and meta-analyses”, en *British Medical Journal*. 2007; vol. 334, pp. 82–87.
- Prieto, MA., March, J.C., Suess, A. y cols. “Percepción de los pacientes sobre la seguridad de la asistencia sanitaria”, en *Medicina Clínica*, 2008, vol.131, (núm. 3), pp.33–38.
- The Research Priority Setting Working Group of the Who World Alliance Safety. “Summary of the Evidence on Patient Safety Implications for Research”, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008, en:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596541_eng.pdf (consultado el 21 de noviembre de 2012).
- Vazquez-Espinosa, E., Rajas, O., Menendez-Fraga, D., y cols. “Falls in elderly patients”, en *Advances in Medicine and Biology*, New York USA, L. V. Berhardt, Ed. Nova Science, 2012, vol 53, pp. 27-54.

¡Dis-capacidad "a la carta"! *Wannabes*. ¿Una cuestión bioética?

Soledad Arnau Ripollés

Instituto de Paz, Derechos Humanos y Vida Independiente (IPADEVI)

Grupo online sobre Bioética desde la diversidad funcional (FVID)

Contacto: pazydiversidad@derechoshumanosya.org

Introducción

De acuerdo a las estadísticas de que dispone Naciones Unidas¹, en el mundo hay más de 650 millones de personas que viven con alguna diversidad funcional. Si a esa cifra se agrega el grupo de sus familiares que conviven con ellas y ellos de manera habitual se pasa a una cifra muy significativa: *dos mil millones* de habitantes que, de una forma u otra, viven a diario con esta circunstancia. En todas las regiones y, en cada uno de los países del mundo, las personas con diversidad funcional viven con frecuencia al margen de la sociedad, excluidas de numerosas experiencias fundamentales de la vida. Tienen escasas esperanzas de asistir a la escuela, obtener un empleo, poseer su propio hogar, desarrollar sus identidades de género, fundar una familia, plantearse una posible maternidad y/o paternidad, disfrutar de la vida social y política. Sobre todo, cuando se trata de mujeres y hombres con diversidad funcional, que necesitan apoyos generalizados, para llevar sus proyectos de vida.

El hecho de que sea una población significativa y, a su vez, sea tratada como una minoría, en desventaja, ha supuesto que se desarrollen los *Estudios sobre Discapacidad (Disability Studies)*.

En este trabajo nos vamos a centrar en la disciplina Bioética y, su rama de conocimiento más específica: la «Bioética de/desde la diversidad funcional». Es imprescindible tener presente esta nueva voz y mirada bioética, "desde dentro", para poder abordar cuestiones tan complejas como las de aquellas personas que piden autolesionarse, de manera irreversible, para "sentirse completas".

1 <http://www.un.org/spanish/disabilities/index.asp>

Estudios sobre Discapacidad (*Disability Studies*)

Los "Estudios sobre Discapacidad", surgen a finales del siglo XX. Estos Estudios se consolidan a través de múltiples disciplinas académicas, las cuales, todas ellas convergen en la importancia de "teorizar" sobre la realidad humana específica de la diversidad funcional, haciendo hincapié en el "desde dentro" (es decir, "desde lo experiencial"), a fin de explicar este hecho humano desde un condicionamiento socio-político, histórico, cultural y simbólico, superando la visión hegemónica biomédica tradicional.

Como comentan V. Ferreira y Rodríguez Caamaño² (2006), según la «Tesis de la Voz excluida» los métodos narrativos facilitan el acceso a los puntos de vista y a las experiencias de los grupos oprimidos, que carecen del poder de hacer oír sus voces a través de los cauces tradicionales del discurso académico.

V Ferreira y Rodríguez Caamaño explican, por tanto, cuán importante puede llegar a ser utilizar técnicas o métodos narrativos. Según estos autores, y en palabras de Booth (1998:253), «[...] aquellos que pretenden describir la experiencia subjetiva de las personas de una forma que sea fiel al sentido que estas dan a sus propias vidas [...], formas de construir relatos que permitan un mayor espacio para que actúe la imaginación y para el uso de escritos creativos como herramientas de investigación por derecho propio».

En este sentido, esas voces excluidas y ausentes, que son las que "proceden desde dentro", invitan a deconstruir-reconstruir qué es ese fenómeno complejo denominado tradicionalmente como "discapacidad", o como prefiere denominar, desde dentro, el Foro de Vida independiente y Divertad³ (FVID): "diversidad funcional".

² V. FERREIRA, M. A. y RODRÍGUEZ CAAMAÑO, M. (2006): «**Sociología de la Discapacidad: una propuesta Teórica Crítica**», en *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 13 (2006. 1). Disponible en web: <http://www.ucm.es/info/nomadas/13/ferreiracaamano.pdf>

³ <http://www.forovidaindependiente.org/>

Lobato Galindo y Romañach Cabrero⁴ (2005), miembros fundadores de esta comunidad virtual, han definido el nuevo término de "Diversidad Funcional" del siguiente modo:

Las mujeres y hombres con diversidad funcional somos diferentes, desde el punto de vista biofísico, de la mayor parte de la población. Al tener características diferentes, y dadas las condiciones de entorno generadas por la sociedad, nos vemos obligados a realizar las mismas tareas o funciones de una manera diferente, algunas veces a través de terceras personas.

Así, muchas personas sordas se comunican a través de los ojos y mediante signos o señas, mientras que el resto de la población lo hace fundamentalmente a través de las palabras y el oído. Sin embargo, la función que realizan es la misma: la comunicación. Para desplazarse, una persona con una lesión medular habitualmente utiliza una silla de ruedas, mientras que el resto de la población lo hace utilizando las piernas: misma función, manera diversa.

Por eso el término "diversidad funcional" se ajusta a una realidad en la que una persona funciona de manera diferente o diversa de la mayoría de la sociedad. Este término considera la diferencia de la persona y la falta de respeto de las mayorías, que en sus procesos constructivos sociales y de entorno, no tiene en cuenta esa diversidad funcional.

Si leemos todo el artículo de Lobato y Romañach, interpretamos adecuadamente que el nuevo término de "diversidad funcional" pretende sustituir al tradicional vocablo de "discapacidad", a fin de huir de un lenguaje segregador. Sin embargo, y en alguna ocasión, reiteran en que la expresión que más fielmente refleja la realidad vital de estas personas, a nivel individual y colectivo, es la expresión de: "Mujeres u Hombres (discriminados/as por su)/(con) diversidad funcional". Ni qué duda cabe, este posicionamiento colectivo es de gran interés, precisamente, porque procede "desde dentro".

Estudios sobre Discapacidad y Bioética

Tal y como apunta adecuadamente la bioética Adrienne Asch⁵, los denominados *Estudios sobre Discapacidad (Disability Studies)* y la disciplina Bioética, se solapan en el tiempo. La Bioética sitúa

⁴ ROMAÑACH, J. y LOBATO, M. (2005): «**Diversidad funcional. Nuevo término para la lucha por la dignidad de la diversidad del ser humano**», en ÁLVAREZ POUSA, L. y otros (coord.) (2007): *Comunicación y discapacidades. Actas del Foro Internacional*, Galicia: Observatorio Gallego de Medios. Colegio profesional de Periodistas de Galicia. ISBN: 978-84-690-4140-6. Págs. 321-330. Disponible en web: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2393402>

su nacimiento en la primera mitad del siglo XX, incrementando su desarrollo en la segunda mitad de este; y, los Estudios sobre Discapacidad, comienzan sus inicios en esta segunda mitad del siglo XX (aunque es en los comienzos del siglo XXI cuando nacen en España los Estudios Críticos de/desde la diversidad funcional).

Como primera característica entre ambas cosmovisiones, los Estudios sobre Discapacidad y Bioética, se establece un paralelismo, en gran medida, contrapuesto. Por un lado, la Bioética parece que interprete la realidad humana de la "discapacidad" o diversidad funcional como una cuestión de "ausencia de salud", en términos relativos y graduales. Si ello fuera así, significaría que parte del **Modelo de prescindencia**⁶ (*submodelos: eugenésico y de marginación*) y del **Modelo médico-rehabilitador o Biomédico**, que entienden que el ser humano, cuando tiene una diversidad funcional, es un/a sujeto/a enfermo/a, que se caracteriza por su "deficiencia", "déficit" o "defecto físico/sensorial y/o cognitivo". En palabras de Toboso Martín y Guzmán Castillo⁷ (2009):

Las personas que no pueden acceder a los estándares de capacidad exigidos pueden aspirar a recuperar algo de su funcionalidad sometiéndose a los programas de rehabilitación que la ciencia médica pone a su disposición. Aquellos que no logran una autonomía comparable a la del estándar social aceptado permanecen en su estatuto de enfermo con un síndrome, trastorno o secuela, que no son más que formas cronificadas de la enfermedad. La prioridad en todo momento es restituirles la salud; si no es posible, suplir su deficiencia; si no es posible, tratar terapéuticamente su psique para que asuman su deficiencia, para que "se adapten" (Finkelstein, 1980).

Por otro lado, y en lo que se refiere a los Estudios sobre Discapacidad, cabe incidir en que el enfoque sobre el que sitúa el hecho humano de la diversidad funcional es percibido y analizado desde otro punto de vista bien distinto. Estos Estudios se conciben como un nuevo campo académico interdisciplinar, donde desde diferentes disciplinas se analiza el hecho humano de la

⁵ ASCH, Adrienne (2001): «¡Error! Sólo el documento principal.Disability, Bioethics and Human Rights, Cap. 12», en ALBRECHT, Gary L.; SEELMAN, Katherine D. y BURY, Michael (Editores) (2001): *Handbook of Disability Studies*, Thousand Oaks, CA: Sage. Págs. 297-326. Disponible en web: http://knowledge.sagepub.com/view/hdbk_disability/SAGE.xml

⁶ <http://www.lr21.com.uy/comunidad/315830-los-modelos-de-tratamiento-de-la-discapacidad>

⁷ TOBOSO MARTÍN, M. y GUZMÁN CASTILLO, Frco. (2009) 2009 «**Cuerpos, capacidades, exigencias funcionales... y otros lechos de Procusto**», en Revista *Política y Sociedad (Monográfico: por una Sociología de la Discapacidad)*, vol. 47, Núm. 1. Págs. 67-83.

diversidad funcional como una cuestión social y, más recientemente, de Derechos Humanos⁸. Recordemos en este punto la importancia que las técnicas narrativas ofrecen para dar visibilidad a las "voces excluidas". Así, el primer Programa de Doctorado que hubo, dando comienzo a estos Estudios, se llevó a cabo en 1998, en la Universidad de Illinois (Chicago)⁹.

Por tanto, en estos Estudios prevalece el **Modelo de Vida Independiente o Social de la discapacidad¹⁰**, el cual, focaliza su atención en la opresión histórico-política y social que sufre este grupo de personas, y que se identifica a través de la discriminación sistemática y de las políticas segregadoras y asistencialistas (caritativas), principalmente, interpretando que es la desigualdad estructural la que "discapacita" a la persona que tiene la característica biofísica de la diversidad funcional.

Ello, significa que los planteamientos que esta tipología de Estudios promueve, desde la literatura, política social, arquitectura, filosofía, sociología, derecho, educación..., se asienta en posicionamientos de distintas teorías críticas de la realidad, tales como: minorías, feminismos, homosexualidades, políticas identitarias, marxismo, éticas de la justicia..., todas ellas, que hacen hincapié en la falta de igualdad de derechos, en este caso, entre las personas con y sin diversidad funcional.

La Voz «Bioética desde la mirada de la diversidad funcional»

La inclusión de la disciplina Bioética en los Estudios sobre Discapacidad es sumamente interesante y, sobre todo, necesaria. Si se quiere definitivamente abolir la visión tradicional biomédica de la condición humana específica de la diversidad funcional, que "ha sido extraída" de sus asuntos y, por tanto, ha sido extrapolada a ámbitos socio-políticos, culturales, económicos, educativos... y/o simbólicos, que verdaderamente no le son propios, es imprescindible abordar dicha disciplina cambiando de enfoque. Necesita tomar en cuenta una mirada distinta, "desde dentro" (técnicas

⁸ Naciones Unidas aprueba en diciembre de 2006 la **Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con discapacidad**.

⁹ MITKA, Mike. «**Estudiantes de habilitación para lidiar con la discapacidad**». El Diario de la Asociación Médica de Estados Unidos. Consultado el 22/01/2013. Disponible en web: <http://jama.jamanetwork.com/data/Journals/JAMA/4599/JMN0217.pdf.png>

¹⁰ En términos feministas, este paradigma se resume con el eslogan: "Lo personal es político"; o el de: "La anatomía no es destino". El eslogan del Movimiento (mundial) de Vida Independiente es: "Nada sobre nosotros/as sin nosotros/as".

narrativas), para poder comprender dicha condición humana desde la experiencia vital, y sus aportaciones.

Así, este nuevo punto de vista que procede desde la mirada y la voz de las propias personas con diversidad funcional, se convierte en una nueva rama bioética. Se trata de la nueva voz «Bioética de/desde la diversidad funcional» (Arnau Ripollés¹¹, 2011), o que «nace al otro lado del espejo» (Romañach Cabrero¹², 2009). Se concibe como una innovadora propuesta que viene a deconstruir el argumentario tradicional que construye una cultura de violencia y opresora contra la realidad humana específica de la diversidad funcional, a través del «Modelo o paradigma de dominación patriarcal -biomédico -capacitista -minusvalidista».

Desde esta nueva modalidad Bioética, por tanto, que se presenta como una nueva Teoría Crítica en el ámbito de la biotecnociencia, en primer lugar, lo que hace es identificar la "Cultura de Violencia", a través de la opresión que se establece contra la circunstancia específica de la diversidad funcional y, sobre todo, contra las personas, mujeres y hombres, que viven sus vidas "desde esta especificidad". Dicha "violencia" se halla justo en el momento de la extrapolación, cuando la perspectiva biomédica traspasa sus propios límites. Y, en segundo lugar, y a modo reconstructivo, nos muestra esas otras maneras de ver y de percibir el mundo para poder aprehenderlo desde su complejidad más manifiesta.

En el año 2000, la Disabled People's International¹³ (DPI) (Organización Mundial de Personas con Discapacidad), en Europa, organizó la I Conferencia Internacional sobre "Bioética y Derechos Humanos" en Solihull (Reino Unido). De este primer encuentro, nace la: ***Declaración de Solihull¹⁴: «El derecho a vivir y a ser diferentes»***. De manera resumida, este documento expresa lo siguiente:

¹¹ ARNAU RIPOLLÉS, M^a. S. (2011): «La Bioética de la diversidad funcional. Voces diferentes para una Cultura de Paz», en ANCHUSTEGUI IGARTUA, E. y CASADO DA ROCHA, A. (Edit.) (2011): 17^a Semana de Ética y Filosofía Política: "Nosotros y los Otros". Congreso Internacional de la Asociación Española de Ética y Filosofía Política (AEEFP). (San Sebastián, 1-3 de junio de 2011). País Vasco: Universidad del País Vasco. Págs.: 244 -245.

¹² ROMAÑACH CABRERO, J. (2009): *Bioética al otro lado del espejo. La visión de las personas con diversidad funcional y el respeto a los Derechos Humanos*, A Coruña: Ediciones Diversitas-AIES.

¹³ http://dpi.org/lang-sp/resources/topics_list?topic=2

¹⁴ http://www.diversocracia.org/docs/Bioetica_DPI_solihull_es.pdf;
http://dpi.org/lang-sp/resources/topics_detail?page=895

[...] Hasta ahora la mayor parte de nosotros hemos sido excluidos de los debates sobre temas bioéticos. Estos debates han tenido una visión negativa y llena de prejuicios sobre nuestra calidad de vida. Han negado nuestro derecho a la igualdad y por tanto han negado nuestros derechos humanos.

Demandamos que se nos incluya en todos los debates y decisiones políticas relacionadas con los temas bioéticos.

Nosotros somos quienes debemos decidir sobre nuestra calidad de vida basándonos en nuestra experiencia.

También pedimos a nuestras organizaciones que den apoyo, ánimo y seguridad a aquellos de nosotros que estamos representando nuestros puntos de vista en instituciones de regulación bioética. [...]

[...] Reconocemos que el único camino para asegurar el apoyo universal a un reconocimiento positivo de nuestras cualidades particulares se consigue estableciendo claramente nuestro derecho a la diversidad, con buenos argumentos y en una discusión abierta y democrática. Tenemos que establecer alianzas con científicos, profesionales de la medicina, filósofos de la ética, los grupos que establecen las políticas, los abogados de los derechos humanos, los medios de comunicación y el público en general. [...]

[...] La biotecnología presenta riesgos específicos para las personas con discapacidad. Los derechos fundamentales de las personas con discapacidad, y en particular el derecho a la vida, deben ser protegidos. [...]

[...] Las personas con discapacidad se deben unir en solidaridad para asegurar que nuestras voces se oigan en estos asuntos que amenazan nuestras vidas. [...]

En este sentido, se demanda lo siguiente:

En concreto demandamos:

La prohibición de pruebas genéticas indiscriminadas y de la presión a las mujeres para eliminar -en cualquier fase del proceso reproductivo- niños no nacidos que se considere que puedan nacer con discapacidad.

La provisión de información plena y accesible (libre de jerga médica, fácil de leer y en formatos alternativos) sobre la que las personas puedan tomar decisiones bien informadas.

Que los gobiernos europeos no ratifiquen el Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina, ya que algunas de sus acciones contravienen los dos documentos adoptados en la Conferencia de Ciencias de la UNESCO en 1999.

Que las personas con discapacidad reciban apoyo para vivir, no apoyo para morir.

Que tener un hijo con discapacidad no sea una consideración legal especial para abortar.

Que no se marquen líneas divisorias respecto a la severidad o los tipos de deficiencia. Esta división crea jerarquías y lleva a una mayor discriminación de las personas con discapacidad en general.

El Modelo de la Diversidad: Superando las Capacidades humanas

El nuevo MODELO DE LA DIVERSIDAD, al igual que el "Modelo Social", también se constituye como un desarrollo del "Paradigma de la Vida Independiente". Tal y como afirman Palacios Rizzo y Romañach Cabrero¹⁵ (2006: 223-224):

El modelo de *la diversidad* propone claves para construir una sociedad en la que todas las mujeres y hombres vean preservada plenamente su dignidad. Una sociedad en la que la diversidad, y en concreto la diversidad funcional, sea vista como una diferencia con valor y no como una carga independientemente de la edad a la que se produzca. Una sociedad en la que exista la igualdad de oportunidades y nadie sea discriminado por su diferencia. En definitiva una sociedad más justa en la que todas las personas sean bienvenidas, aceptadas y respetadas por el simple hecho de ser humanos.

Hemos visto que los anteriores Paradigmas o Modelos hacen todo lo posible para "pervivir", unos, prácticamente, en confrontación con los otros. Pero, y aun así, sin embargo, es interesante destacar que comparten el común denominador de trabajar sobre el binomio antagónico: "DIS-capacidad"-"CAPACIDAD".

Ello, sin duda alguna, sigue generando verdaderas tensiones, y/o conflictos, a la hora de establecer los parámetros de convivencia que deben regir para que se fundamente la igualdad efectiva entre todas las personas. Es decir, debemos huir de la "normativización del cuerpo" (Toboso Martín y Guzmán Castillo, 2009), como pensamiento único y, por tanto, también debemos huir de las "capacidades únicas y hegemónicas".

Tanto el Modelo de prescindencia (o, innecesariedad) como el médico-rehabilitador (o, biomédico), centran su eje de atención en el "déficit" y, a partir de ahí, generan toda una estructura socio-política en la que, al concebir a la diversidad funcional como algo individual negativo y, a eliminar si es posible, marginan y vulneran los Derechos Humanos y Civiles de estas personas de distintas formas (les construyen un mundo artificial, estrictamente, medicalizado¹⁶).

¹⁵ PALACIOS RIZZO, A. y ROMAÑACH CABRERO, J. (2006): *El modelo de la diversidad: La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*, La Coruña: Ediciones Diversitas-AIES. Disponible en web: <http://www.asoc-ies.org/docs/modelo%20diversidad.pdf>

¹⁶ **Medicalización** es el proceso por el que eventos y características de la vida cotidiana se convierten en problemas médicos, y por lo tanto son estudiados y tratados por médicos y otros profesionales de la salud. El proceso de medicalización normalmente conlleva cambios en las actitudes sociales y terminología, y suele estar acompañado o

La Filosofía mundial de Vida Independiente, por el contrario, se constituye en una filosofía de la EMANCIPACIÓN o EMPODERAMIENTO. Como novedad, tiene la peculiaridad de que nace de las propias personas que se encuentran en esta circunstancia y, de todas aquellas otras personas que las apoyan. Su eje de atención se centra en la AUTODETERMINACIÓN (pleno desarrollo de la "autonomía moral") y, en el CONTROL DE SUS PROPIAS VIDAS. Por tanto, hace especial hincapié en las CAPACIDADES humanas.

Y, de este Modelo de Vida Independiente (versión estadounidense), entiendo que nacen: el Modelo Social (versión anglosajona); el Modelo del "Enfoque de las capacidades"¹⁷ (versión estadounidense); y, el "Modelo de la Diversidad" (versión española).

El Modelo de la Diversidad, nacido en España, en 2006, de la mano de Palacios Rizzo y Romañach Cabrero, se constituye en una de las mejores formas de romper con la dicotomía: discapacidad/capacidad. Su eje de atención, por tanto, es toda una novedad: la DIGNIDAD de la persona con diversidad funcional (tanto, intrínseca como extrínseca).

Efectivamente, procede del Paradigma de Vida Independiente y, en ese sentido, significa que "da valor" a las vidas de las personas con diversidad funcional y que trabaja desde la perspectiva de los Derechos Humanos para su pleno ejercicio (concepción de "dignidad extrínseca").

Ahora bien, el matiz que aporta el Modelo de la Diversidad al Paradigma de Vida Independiente es que, no podemos olvidar que hay personas que no se pueden autodeterminar en ningún momento de su vida y de que, por tanto, prácticamente, en algunos de esos casos, no es posible establecer

conducido por la disponibilidad de nuevos tratamientos. Para mayor información, y a modo de ejemplo, se recomienda la lectura de SÁNCHEZ R. (2012): «**La mujer como víctima singular de la medicalización**». Acta Sanitaria. 06/02/2012. Disponible en web: http://www.actasanitaria.com/fileset/file_MUJER_Y_MEDICALIZACION_31909.pdf

¹⁷ TOBOSO MARTÍN, M. y ARNAU RIPOLLÉS, M^a. S. (2008): «**La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen**», en Revista *Araucaria*. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades. Año 10, Nº 20, Segundo semestre de 2008. Disponible en web: http://www.institucional.us.es/araucaria/nro20/ideas20_4.htm

un desarrollo de capacidades. Aquí, la Vida Independiente "hace lo que puede" para dar solución, mediante el apoyo de las capacidades de familiares o representantes legales.

Sin embargo, tal y como proclama su lema: "¡Nada sobre Nosotros/as sin Nosotros/as!", de algún modo, las personas que no se pueden valer por sí mismas en el ámbito moral apenas tienen oportunidad dentro de este Paradigma. Por ello, me parece de suma importancia, que se traslade el eje de atención a la propia DIGNIDAD, fundamentalmente, intrínseca. Al respecto, Palacios Rizzo y Romañach Cabrero (169), continúan diciendo:

[...] el paradigma aquí propuesto de *la diversidad* en el que se remarca, sin negar la premisa anterior, que el valor del ser humano en sí mismo, su dignidad intrínseca, se encuentra desvinculada y es independiente de cualquier consideración de utilidad social.

En este sentido, cabe reafirmarse en que todas y todos seamos bienvenidas y bienvenidos, quiere decir que este modelo afronta, resuelve y/o transforma el conflicto que genera la otredad, la diferencia, la diversidad..., en riqueza plural que constituye la esencia de las distintas realidades humanas, que están configuradas a través de las y los sujetos/as de carne y hueso, en sentido unamuniano. Veamos el siguiente esquema:



Éticas de la Di

En la actualidad, gracias a Guibet Lafaye y Romañach Cabrero¹⁸ (2010), la Bioética de/desde la diversidad funcional no sólo dispone del Paradigma de la Diversidad para fundamentarse, sino también, de lo que esta autora y autor han denominado como: Teorías «Éticas (de reconocimiento recíproco) de la Diversidad». Dicen así (1):

¹⁸ GUIBET-LAFAYE, C. y ROMAÑACH CABRERO J. (2010): «Diversity Ethics. An alternative to Peter Singer's ethics». DILEMATA. Revista Internacional de Éticas Aplicadas. Año 2- Núm. 3 (mayo 2010). ISSN: 1989-7022. Disponible en web: <http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/37>

Las éticas de la diversidad proporcionan fundamentos sólidos para defender la justicia y la igualdad de todas las diversidades humanas y son una alternativa a otros enfoques que amplían la comunidad moral, excluyendo a algunos seres humanos, como hace la ética utilitarista de Peter Singer.

Estas "Éticas de la Diversidad" o, "Éticas del Reconocimiento de la Diversidad", se desarrollan principalmente a partir de las **Teorías Éticas modernas sobre el Reconocimiento y la Redistribución**, cuyos máximos representantes son Axel Honneth y Nancy Fraser.

De acuerdo al Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, en su 22ª edición, nos dice que:

Reconocimiento

1. m. Acción y efecto de reconocer o reconocerse.

Y, continúa diciendo:

Reconocer.

(Del lat. *recognoscere*).

1. tr. Examinar con cuidado algo o a alguien para enterarse de su identidad, naturaleza y circunstancias.

Todas estas definiciones nos sirven para perfilar lo que se entiende/significa el término "Reconocimiento". Desde el ámbito de los Estudios sobre la Paz¹⁹ (Peace Studies), cabe decir que el Reconocimiento es concebido como un paso más allá de la "mera tolerancia" hacia el otro o la otra. De hecho, es un estadio indispensable para poder desarrollar una convivencia pacífica y una cultura de paz.

Cuando se trabaja desde las teorías del reconocimiento, se observa que, por un lado, se determina lo que es "el reconocimiento de la otra u otro"; pero, por otra parte, también se percibe que es igual de importante "auto reconocerse", porque sólo así, alguien se puede autorespetar y/o pedir que se respete... De este modo, y a través del reconocimiento, también configuramos nuestras

¹⁹ COMINS MINGOL, I. y MARTÍNEZ GUZMÁN, V. (2010): «Del miedo al alteridad al reconocimiento del cuerpo: Una perspectiva desde la Filosofía para la Paz», en *Investigaciones Fenomenológicas*, vol. monográfico 2, *Cuerpo y alteridad*. Disponible en web: http://www.uned.es/dpto_fim/invfen/Inv_Fen_Extra_2/3_MTNEZ_GUZMAN.pdf

entidades propias, así como distintas de las otras y los otros. De hecho, y a través del reconocimiento las dos partes nos autoreconocemos recíprocamente.

El reconocimiento es previo a la redistribución: una vez una persona se "auto-reconoce" y, "es reconocida por...", entonces, puede pasar a la redistribución, entendida ésta como aquella herramienta esencial facilitadora de recursos y estrategias que aporten justicia e igualdad en derechos (igualdad de oportunidades, igualdad de trato, igualdad de condiciones...).

Según Honneth²⁰ (1997), la discusión académica filosófico-política ha modificado su foco de atención. Hace más de tres décadas el énfasis se ponía en la redistribución como forma de reducir la desigualdad social. El problema que suscitaba la indignación moral y que, por tanto, instigaba el debate filosófico, era la distribución desigual de los bienes y de las oportunidades, una distribución considerada injusta dado que no obedecía a la lógica de los méritos. Para reparar esta injusticia se requería una reparación en forma de redistribución. Pero en los años ochenta se operó una modificación que puso en el centro de la reflexión, sustituyendo a la redistribución, el concepto de "reconocimiento". Este cambio supuso que la solución no se viera exclusivamente en términos de redistribuir los bienes que estaban repartidos de manera arbitrariamente injusta. Lo que importaba pasaba a ser el reconocimiento de la dignidad dañada de las personas y de los grupos minoritarios. No se trata, en este nuevo paradigma, de redistribuir los bienes y las oportunidades, sino de garantizar que la dignidad de las personas sea respetada.

Axel Honneth es el representante más destacado de la tercera generación de la Escuela de Frankfurt. Sus aportaciones interesan a la teoría sociológica y la sociología, a la filosofía práctica (en particular, la teoría de la justicia) y a la psicología social. Su principal contribución es su «giro teórico hacia el reconocimiento». En cuanto a la teoría del reconocimiento de Honneth, cabe hacer mención de lo siguiente:

²⁰ HONNETH, A. (1997): *La lucha por el reconocimiento. Por una gramática moral de los conflictos sociales*, Barcelona: Crítica.

A partir de Hegel, interpretamos que el reconocimiento de la dignidad de las personas excluidas o marginadas no se consigue por graciosa donación de los privilegiados sino por las "luchas por el reconocimiento" que se producen en los movimientos sociales.

Honneth amplía el estudio del reconocimiento de tres formas de reconocimiento a partir de tres formas de menosprecio, inspirado en Hegel:

Primer tipo de menosprecio: atenta la integridad física de la persona. Privación del propio cuerpo. Pérdida de autoconfianza. Alternativa: recuperación de la autoconfianza perdida mediante las relaciones primarias de amor y amistad (aquí, pueden ser fundamentales las **éticas feministas del cuidado y las éticas de la diversidad**). Se podría decir que la respuesta para superar esta modalidad de menosprecio, tanto por parte de las mujeres como por el de las personas con diversidad funcional, es luchar por una transformación que se puede resumir en la frase tan conocida de "Anatomía no es destino".

Segundo tipo de menosprecio: falta de respeto como desposesión de derechos y exclusión de la comunidad jurídica (sentido kantiano). Pérdida de autoconfianza y de respeto a sí mismos/as (exclusión de la comunidad jurídica y moral). Alternativa: reafirmación cognitiva de los derechos para todos los seres humanos (es decir, el reconocimiento de todos los seres humanos como sujetos morales y de derechos). Un magnífico ejemplo de aplicación de respeto a los derechos humanos es el trabajo que realiza Naciones Unidas, por ejemplo, a través de la **Convención de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer** (ONU, 18 diciembre 1979), y con la **Convención Internacional de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con discapacidad** (ONU, diciembre 2006).

Tercer tipo de menosprecio: Determinada forma de vida se considera indigna y se dañan los sentimientos de formas de vida diferentes. Pérdida de estima de los propios valores. Alternativa: solidaridad del grupo y de las diferentes formas de vida. Recuperación de los conocimientos y la simpatía por la singularidad y la irremplazabilidad de los proyectos de vida personales y colectivos de los/as otros/as. Ejemplo de esta modalidad de alternativa para afrontar este tercer tipo de menosprecio, en España, puede ser perfectamente la constitución de la denominada comunidad virtual "Foro de Vida Independiente y Divertad". Esta agrupación ciudadana de personas con y sin diversidad funcional, y con todo tipo de diversidades funcionales afronta la pérdida social y política de sus valores, mediante la lucha pacífica constante en busca de los derechos humanos.

Por todo ello, la autora entiende que la demanda del Modelo o Enfoque de la Diversidad se entronca directamente con estas Teorías Éticas del Reconocimiento Recíproco, puesto que estas tres modalidades de menosprecio que, verdaderamente, sufre el colectivo de personas con diversidad funcional a lo largo del tiempo, así como sus posibles alternativas, a las que deberíamos poder alcanzar, constituyen la realidad fáctica de las vidas de estas personas.

Guibet Lafaye y Romañach Cabrero (2010), a través de las nuevas Teorías Éticas de la Diversidad, identifican la ausencia de la diversidad funcional en las Teorías Éticas del Reconocimiento, aunque reconocen que perfectamente este corpus teórico puede servir a estas nuevas Éticas, sólo cabe incluirla. Por este motivo, se puede interpretar que las Éticas de la diversidad solicitan unas Éticas del reconocimiento ampliadas.

Estas Éticas de la diversidad resitúan las fronteras o límites de la comunidad moral en la inclusión de todas las diversidades humanas, en contraposición de la exclusión elaborada por la postura utilitarista.

Asimismo, estas éticas legitiman una sociedad futura en la que se garantiza el reconocimiento de la fragilidad y la diversidad humanas, a través de la dignidad intrínseca (valorar por igual todas las vidas de los seres humanos).

Las Éticas de la diversidad también se apoyan en las Éticas del Cuidado. De acuerdo a la autora y autor, entienden que se establece una menor asimetría de poder en la relación interpersonal entre las personas atendidas y las personas que atienden. En este sentido, Arnau Ripollés²¹ (2009), interpreta que el sentido tradicional de cuidado que utiliza el contexto feminista no siempre es positivo y, por ello mismo, puede generar, incluso, perversiones o desvirtuaciones en lo que es el acto del cuidado y, desencadenar en una cultura de violencia.

²¹ ARNAU RIPOLLÉS, M^a. S. (2009): «El "Cuidado" y sus perversiones. La Cultura de la Violencia». INTERSTICIOS. Revista sociológica de pensamiento crítico. Vol. 3, Nº 2. ISSN 1887-3898. Págs. 67-83. Disponible en web: <http://www.intersticios.es/article/view/4547/3176>

"Sistema opresor de dominación patriarcal-biomédico–capacitista–minusvalidista"

Dentro de la disciplina Bioética, la rama que trabaja la Bioética Feminista²², igualmente, como en otros contextos, identifica el sistema de dominación patriarcal, y su lógica dominante, en el ámbito de la biotecnociencia. En este sentido, y siguiendo a Fontenla²³ (2008), es interesante centrarse en cómo el patriarcado regulariza la morfología anatómico-biológica de las mujeres, dominando sus cuerpos, su reproducción y sus sexualidades. En relación a todo esto, dicha autora dice:

Desde los primeros trabajos de Kate Millet (1969), para el feminismo radical la sexualidad de las mujeres se considera prioritaria en la constitución del patriarcado. La autora con el término, se refiere a las relaciones sexuales como relaciones políticas, a través de las cuales los varones dominan a las mujeres. Shulamit Firestone (1976) postula como base de la opresión social de las mujeres, su capacidad reproductiva.

Anna Jonásdóttir plantea el problema básico de este sistema como: “una cuestión de lucha de poder socio–sexual específica, una lucha sobre las condiciones políticas del amor sexual”. Sigue a Millet y a Firestone al centrarse en la sexualidad y el amor al “cuestionar la forma presente de heterosexualidad dominada por el hombre y las articulaciones del poder sexista en la sociedad moderna en general” (Jonásdóttir 1993),

Otras corrientes consideran que las relaciones de reproducción generan un sistema de clases sexual, que se basa en la apropiación y el control de la capacidad reproductiva de las mujeres, y que existe paralelamente al sistema de clases económico basado en las relaciones de producción.

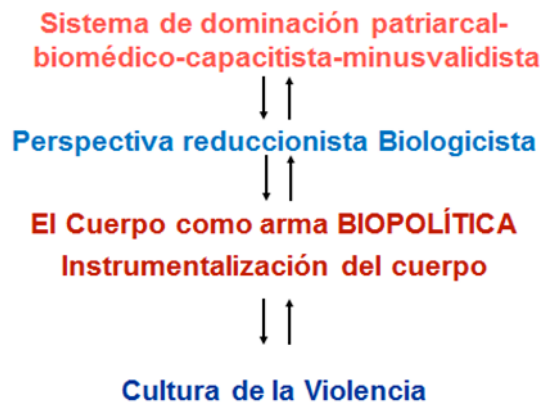
Dentro del denominado feminismo materialista, Lidia Falcón considera a las mujeres como clase social y económica, siendo los padres–maridos quienes controlan el cuerpo femenino y se apropian del trabajo productivo y reproductivo de aquellas. Por su parte, Christine Delphy afirma la existencia de una “relación de producción entre marido y mujer en la familia nuclear moderna, consistente en la relación de una persona o jefe, cuya producción se integra al circuito mercantil, con otra que le está subordinada, porque su producción, que no se integra a ese circuito, es convertida en algo invisible”. En virtud del matrimonio y del trabajo doméstico gratuito, las mujeres comparten una posición común de clase social de género.

²² MARSICO, G. (2003): *Bioética: voces de mujeres*, Madrid: Narcea Ediciones.

²³ FONTENLA, Marta (2008): «Patriarcado», en GAMBA, Susana (Coord.) *Diccionario de estudios de género y feminismos*, Biblos, Buenos Aires. Disponible en página web: <http://www.mujeresenred.net/spip.php?article1396>

Por su parte, la «Bioética de/desde la diversidad funcional» entiende que dicho sistema de dominación patriarcal y, su lógica racional dominante biomédica, también interfiere en la concepción del ser humano con diversidad funcional. Siguiendo con el paralelismo, el patriarcado también regulariza la morfología anatómico -biológica, en este caso, de las mujeres y hombres con diversidad funcional, dominando sus cuerpos, su reproducción y sus sexualidades.

Sin embargo, y para poder ofrecer una explicación adecuada sobre la condición humana de diversidad funcional, debemos entender este sistema estructural de dominación "de forma ampliada". Sólo así, nadie quedará en los márgenes de la omisión y, se podrá combatir mejor dicho sistema opresor. Por todo ello, la «Bioética de/desde la diversidad funcional», interpreta que es mucho más propio hablar de un: «SISTEMA OPRESOR DE DOMINACIÓN PATRIARCAL-BIOMÉDICO-CAPACITISTA-MINUSVALIDISTA». Veamos el siguiente esquema:



La principal opresión : o regularizamos los cuerpos humanos, a través de sus morfologías, sus sexualidades y sus reproducciones, extrapola lo personal a lo político, lo biomédico a lo bio-político, lo moral individual a una ética pública. Así, a partir de estas extrapolaciones se perciben las diversidades humanas como algo no bien visto, ni bien respetado. Desde estas estructuras opresoras las diferencias humanas, principalmente, provenientes de determinadas morfologías anatómico-biológicas, constituyen señas de identidad individual y/o colectiva "devaluantes", por lo que pierden valor moral, el reconocimiento socio-político y jurídico.

Este sistema de dominación hegemónico "ampliado" genera unas políticas eugenésicas socio-sanitarias (aborto eugenésico, esterilización forzosa, aborto coercitivo...) muy concretas, sutiles en ocasiones, y que pueden ser contrarias a distintos documentos internacionales que promueve

Naciones Unidas²⁴ para respetar los Derechos Humanos, tales como la ***Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con discapacidad*** (diversidad funcional), de diciembre de 2006.

El bioético Gregor Wolbring²⁵ (2008), profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Calgary (Canadá), desde hace unos años nos habla sobre el capacitismo ("ableism"), que entiende que es una forma de discriminación y de prejuicio social contra las personas con diversidad funcional, muy específica. En este caso, dicho posicionamiento capacitista se centra en la importancia y "plus valoración" de las capacidades humanas. Cuantas más capacidades humanas tiene un individuo, mejor valorado será. Y, por contra, aquellas personas que tienen menos capacidades, habitualmente, mujeres y hombres con diversidad funcional, aunque no exclusivamente, al ser poseedoras de menos capacidades, sufren por ello una "infravaloración". En relación a ello, me parecen interesantes las reflexiones hechas por Toboso Martín y Guzmán Castillo (2009), en cuanto que entienden desde el modelo social que la "discapacidad" es interpretada como construcción social (implica la "desbiologización" del discurso sobre la "discapacidad"), porque sólo así podemos superar la infravaloración. Sin embargo, esta interpretación crítica de la "discapacidad", no ha hecho extensiva dicha crítica al tema de las capacidades humanas que, se sigue pensando que son "inherentes" al ser humano, en sentido biomédico, obviando los factores socio-culturales que determinan qué son las capacidades y su tipología. Dicen así (72):

²⁴ En 2011, el Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas, en la sexta sesión (19 - 23/09/2011) recomienda al Estado Español:

[...] la abolición de la distinción hecha en la Ley 2/ 2010, acerca del período permitido por la ley dentro del cual se puede interrumpir un embarazo, basándose únicamente en una discapacidad.

²⁵ WOLBRING, Gregor (2008): «**The Politics of Ableism**», en Revista *Development*, 2008, 51, 2. Págs 252–258. Disponible en web: http://www.gvsu.edu/cms3/assets/3B8FF455-E590-0E6C-3ED0F895A6FBB287/the_politics_of_ableism.pdf

El modelo social, por tanto, se erige como una formulación teórica crítica de la discapacidad que aboga por desvincular la naturaleza social de la misma de su substrato fisiológico. Pero en cualquier caso, se erige sobre la dicotomía entre ambos planos, el fisiológico (la deficiencia, impairment), y el social (la discapacidad, disability). Al mantener esa dicotomía, no toma, al menos en sus inicios, al cuerpo como referencia fundamental para la elaboración de una interpretación crítica de la discapacidad. El cuerpo queda así abandonado a los dictámenes y prácticas de la ciencia médica y no se pone en escena como elemento fundamental del conflicto por la integración social (Ferreira, 2009).

Una de las críticas principales que recibe el modelo social es que, al igual que el modelo médico, van de un extremo a otro. Mientras el modelo médico focaliza toda su atención en el sustrato biofísico, el modelo social lo hace en el entorno social, olvidando pronunciarse sobre las corporalidades distintas. Al respecto, Shakespeare y Watson²⁶ (1996: 4-7) comentan que: *«Esta omisión del cuerpo ha conducido a un esencialismo social o cultural que ha producido una concepción insatisfactoria de las relaciones sociales (...) creemos que los Estudio sobre Discapacidad deben, de algún modo, introducir el cuerpo si pretenden seguir cumpliendo algún papel en el movimiento de las personas con discapacidad».*

Resumiendo, por tanto. Lo que urge ahora mismo es que, sin olvidar el cuerpo, históricamente concebido como arma de poder y desigualdad estructural, podamos superar ese sistema opresor de dominación, y su lógica racional hegemónica, para poder ir un poco más allá del "perfeccionamiento humano", en sentido biomédico, y sin menospreciar las distintas corporalidades humanas existentes (seres humanos con diversidad funcional, mayores, bebés, intersexuales, transexuales...), centrarnos en la dignidad humana y el enfoque de derechos humanos, tal y como apuesta el modelo de la diversidad y, su ética del reconocimiento recíproco de la diversidad.

Los fenómenos devotee (devoto/a), pretender (simulador/a) y wannabe (DPW), están convirtiéndose en un suceso que desencadena todo un análisis de profesionales e investigadores

²⁶ SHAKESPEARE, T. y WATSON, N. (1996): **«The body line controversy: a new direction for disability studies?»**. Hull Disability Studies Seminar.
<http://www.leeds.ac.uk/disabilitystudies/archiveuk/Shakespeare/The%20body%20line%20controversy.pdf>

vinculados a la sexualidad y a la diversidad funcional. Técnicamente, y desde un enfoque biomédico, se conciben como patologías o trastornos.

Aunque son realidades complejas a la hora de ser explicadas y, sobre todo, entendidas y, muy en especial, porque esa lógica racional hegemónica biomédica permanece en la estructura de nuestro pensamiento constantemente, la autora entiende que la rama «Bioética de/desde la diversidad funcional», perfectamente, puede pronunciarse en torno a estas cuestiones "desde otras miradas o enfoques", desde otras lógicas.

Los devotos/as (devotees) son personas, supuestamente, sin diversidad funcional que sienten atracción sexual por las personas que se encuentran en esta circunstancia, muy en particular, de las que tienen diversidad funcional y requieren grandes necesidades de apoyo generalizados; y, directamente, de aquellas personas que tienen miembros amputados (tanto una casuística como la otra, parece ser, se convierten en objetos de especial deseo, seducción y placer). Los simuladores/as (pretenders), también, y supuestamente, son personas sin diversidad funcional que deciden hacer uso de ayudas técnicas de todo tipo para, en determinados momentos, sentirse personas diversas. Y, por último, se encuentran las personas que desean convertirse en diversas, los/as wannabes, quienes, se "autoprovoan" lesiones, a poder ser irreversibles, o directamente amputaciones, lo cual también es irreversible, como es obvio, y que son concebidos como los "casos más extremos".

¡La Dis -capacidad a la carta! ¿Una cuestión Bioética?

Hace unos años, Romañach Cabrero (2003), uno de los principales Investigadores bioéticos "desde la óptica de la diversidad funcional" que existen en España, afirmaba lo siguiente:

Así, en esa posición de queridos, pero no deseados, y con la eterna esperanza de una cura que nunca llegará para todos, las personas con discapacidad han ido asumiendo su rol en la sociedad moderna, en la que forman parte de una más de las muchas minorías, pero con una peculiaridad: no existe nadie que pertenezca a esa minoría que quiera pertenecer a ella, porque es, al parecer, fuente de infelicidad segura.

De esta manera, todas las personas con discapacidad hemos ido a parar a un ghetto en el que nadie quiere entrar y del que todo el mundo quiere salir con la esperanza de la curación propia, inconscientes de que la discapacidad estará siempre aquí.

Ni qué duda cabe, desde la lógica racional dominante biomédica, que entiende que tener diversidad funcional implica imperfección humana, devaluación moral, menor calidad de vida, sufrimiento..., se hace evidente que *«[...] nadie quiera entrar y del que todo el mundo quiere salir con la esperanza de la curación propia»*, tal y como dice este autor.

A pesar de esta evidencia, conocemos distintas excepciones. En abril de 2002, conocíamos la noticia **"Sordos por decisión materna"**²⁷ en El País. Se nos explicaba que Sharon Duchesneau y Candace McCullough, terapistas mentales y residentes en los suburbios de Washington, son una pareja de lesbianas desde hace ocho años. Ambas tienen una diversidad funcional sensorial: una sordera. Y, cuando quisieron tener hijos/as, por inseminación artificial, tomaron una decisión muy polémica: eligieron que fueran también personas con sordera. Tanto la niña, Jehanne, de cinco años, como el niño, Gauvin, de cinco meses, lo son. El caso fue muy controvertido dentro de la disciplina Bioética y, en la social civil en general.

Desde esa lógica racional de dominación biomédica, esta petición viola el derecho del mayor bien posible para el futuro bebé. Y, en contraposición, desde la mirada interna de la comunidad sorda, que ya de por sí es bastante controvertida entre las personas signantes y las personas que defienden la oralidad como mejor vehículo de comunicación, podríamos llegar a entender que esta petición es igualmente lícita, como lo puede ser que se demande que el futuro hijo/a tenga ojos azules. Desde la «Bioética de/desde la diversidad funcional», si todas las personas merecemos la misma dignidad, la petición de traer al mundo un bebé con estas características, en principio, debiera ser una decisión individual, libre y no condicionada. En este primer supuesto, la demanda sería más bien el deseo de una "diversidad funcional" a la carta, puesto que la petición está apoyada en el argumentario ideológico de lucha y defensa de los derechos de las personas con diversidad funcional.

En 2007, conocíamos el caso de la noticia **"Ashley X, la niña esterilizada y congelada en el tiempo"**²⁸ en Infobae. En Seattle, EEUU, la madre y padre de una niña de 6 años con diversidad funcional física y cognitiva, en 2004, decidieron mantenerla como una niña de por vida. Para ello se le aplicó un tratamiento en el que le sacaron el útero y las mamas, y le dieron hormonas para

²⁷ http://elpais.com/diario/2002/04/09/sociedad/1018303205_850215.html

²⁸ <http://www.infobae.com/notas/nota.php?Idx=294775&IdxSeccion=1>

que no creciera. Este caso fue aprobado por el Comité de Ética Asistencial del hospital de esta ciudad.

En este segundo ejemplo, igualmente controvertido, nos encontramos con lo siguiente. Por un lado, la lógica racional biomédica hegemónica aprueba este tratamiento sobre un prejuicio social, es decir, "extra biomédico": Como la niña no tiene conciencia de sí misma, no merece la pena que se convierta en una mujer bio-físicamente hablando. Mantenerla a "tamaño reducido" para mayor comodidad de su madre y padre a la hora de realizar movilizaciones y atenderla. Evitar embarazo no deseado, en caso de que pudiera ser abusada sexualmente, impidiendo que tenga la menstruación. Y, evitar que sus pechos crezcan, porque prefieren su madre y su padre seguir percibiéndola como niña eternamente, y porque se avecinaba que iban a ser grandes²⁹.

Tal y como comenta Alicia I. Losoviz³⁰ (2007), la siguiente frase atribuida al padre y a la madre, justificando la implementación de dichos procedimientos médico -quirúrgicos: *"...agregaron que la remoción del útero implica que la niña nunca tendrá ciclos menstruales ni riesgo de tener cáncer uterino y consideraron que como se suponía que iba a tener senos grandes, se los removieron evitando un aspecto que atraiga a los abusadores"*. Esta fundamentación del "Ashley Treatment" ha sido dada a conocer en un blog en Internet donde la madre y el padre cuentan su historia.

Aquí tenemos el consentimiento de la Bioética "más ortodoxa", que se fundamenta en la lógica racional biomédica hegemónica. La petición de la madre y el padre, en calidad de representantes, que defienden supuestamente "el mejor bien posible" para esta niña. La realización de esta práctica por parte de los Doctores Daniel Gunther y Douglas Diekema, del Children's Hospital and Regional Medical Center, en principio, contraria a los principios de beneficencia y no maleficencia, así como a la *lex artis*.

¿Qué ocurre en este segundo ejemplo? Puede que esta demanda "sea vista", desde la lógica biomédica, como algo comprensible por parte de su madre y padre, que ya tienen bastante tragedia con la existencia de esta niña a quien van a tener que atender el resto de sus vidas. Es una práctica terapéutica. Sin embargo, y desde la lógica racional de derechos humanos de la «Bioética de/desde la diversidad funcional», parece que este ejemplo deba ser rechazado "por definición",

²⁹ De acuerdo al Programa: "Documentos TV" de TVE, del 01/02/2012, titulado: «Tetas. Un valor en alza», nos indica que el canon de belleza actual hace que muchas mujeres decidan aumentarse los pechos. En España, en 2009, pasaron por quirófano 150.000 mujeres. Las principales demandantes giran en torno a los 20 años y, mayores de 35 años. Cada vez más, las adolescentes se someten a este tipo de prácticas quirúrgicas. Disponible en web: <http://www.rtve.es/television/20120201/documentos-tetas-valor-alza/494462.shtml>

³⁰ http://www.bioeticaclinica.com.ar/bioetica_casos/bioetica_casos.html

puesto que es una violación del derecho humano de la niña a crecer y desarrollarse en igualdad de términos que la demás Ciudadanía "por razón de su discapacidad". Asimismo, y siguiendo las tres formas de menosprecio que explica Axel Honneth, esta práctica atenta contra la integridad física y moral de la niña. En este ejemplo, la petición sería "discapacidad a la carta", ya que la perspectiva todo el tiempo es la biomédica.

Un tercer ejemplo, especialmente controvertido, es el de personas wannabes que sí quieren entrar en el mundo de la diversidad funcional o, muy posiblemente, y para hablar en sentido estricto, en "el mundo de la discapacidad", y que se encuentra por las redes sociales. Por este medio, circula una noticia que lleva por título: "**Mujer lucha por convertirse en parapléjica a propósito**"³¹. En la noticia, conocemos el caso de una mujer wannabe (que viene del inglés: "Want to Be": "quiero ser"), que se quiere convertir en una mujer diversa. Esa es su toma de decisión, desde su autonomía "moral". Indiscutiblemente, su lógica racional "minoritaria" es bien distante del pensamiento hegemónico biomédico.

Por supuesto, la lógica racional dominante biomédica del "*sistema de opresión patriarcal-biomédico-capacitista-minusvalidista*", cuestiona tajantemente esta "otra lógica", la de estas personas solicitantes, que interpreta como "ilógica" y, por ello mismo, la concibe como una patología o trastorno. La denomina como "Desorden de Identidad de Integridad del Cuerpo" o BIID (sigla de Body Integrity Identity Disorder)³², haciendo un paralelismo con la patología del "Desorden de Identidad de Género" (más comúnmente conocida como: "transexualidad", donde existe una discordancia entre la identidad de género y el sexo biológico. Este ejemplo también es una patología desde el punto de vista biomédico).

Casos como éste, son un auténtico desafío para las bases argumentativas que constituyen la disciplina Bioética contemporánea, las cuales, se fundamentan en el enfoque tradicional biomédico. Este caso concreto, que ejemplifica la demanda pública de otros casos similares, desde esa perspectiva clásica, deja "perturbado" al sentido común. Para empezar, y supuestamente, nadie que se "encuentre en su sano juicio" debe querer "algo malo" para así mismo/a y, ni mucho menos, con repercusiones irreversibles en el propio cuerpo. En este punto es crucial recordar que desde la perspectiva biomédica la interpretación que se hace sobre la realidad de la diversidad funcional es como algo negativo, erróneo, defectuoso, incapacitante, no estético..., con lo cual,

³¹ http://ddiscapacidad.com/profiles/blogs/mujer-lucha-por-convertirse-en-parapl-jica-a-prop-sito?xg_source=activity

³² http://www.dailymotion.com/video/xh251d_biid-trastorno-de-identidad-de-la-integridad-corporal_school#.UQWtOWf096g

parece que no tenga mucha lógica que alguien quiera lo que es concebido por definición como "contrario a la naturaleza humana". Y, en segundo lugar, cabe decir que esta petición golpea directamente contra lo más sagrado de la Profesión Médica.

En este tipo de sucesos, la ética médica siente que viola la *lex artis* y los cuatro principios³³ básicos bioéticos de una buena práctica médica: El principio de no maleficiencia (la profesión médica tiene la obligación de "no hacer daño" a la persona paciente); el principio de beneficiencia (la profesión médica tiene la obligación de "hacer el bien" a la persona paciente); el principio de justicia (dicha petición, desde la mirada biomédica tradicional, entiende que es una "solicitud injusta" la de este grupo de personas y que no se debe llevar a cabo porque está penalizada y, por que es ilegítima por ser contraria al bienestar humano, por más que la persona paciente solicitante apele a que se respete su autonomía, haciendo referencia al principio de autonomía).

Dar respuesta a este tipo de solicitudes, como podemos ir viendo, es algo verdaderamente complejo. Es prácticamente imposible posicionarse "a favor" de este tipo de demandas, precisamente, porque las reconocemos como "contrarias a nuestra condición humana", recordemos, desde esa lógica racional dominante biomédica. Para bien y para mal, estas personas, aunque entienden que no son comprendidas prácticamente por nadie, igualmente, insisten en que desean que se les practique la "cirugía electiva" desde el sistema sanitario, entre otros motivos, para no arriesgar permanentemente sus vidas como hacen hasta ahora mismo para lograr su objetivo: conseguir un "cuerpo discapacitado" para tener una imagen corporal y personal completa.

Esta solicitud reclama el "derecho", a través del reconocimiento individual, social y jurídico, si fuera posible, a que pueda existir una cierta legitimidad ética y moral, ¿a querer ser diferente de cómo se es?. Pero, sobre todo, lo que se reclama es que pueda existir personal sanitario "preparado" para afrontar y poder dar una respuesta óptima a ese "deseo anti-normativo de la corporeidad" (cabe recordar que una "respuesta óptima" vista desde la perspectiva de estas personas, es la práctica de una "cirugía electiva", segura, hecha por buenos profesionales sanitarios y, realizada en condiciones hospitalarias adecuadas).

¿Qué es este ejemplo? ¿Una patología, en sentido estrictamente biomédico? "Desde dentro", la autora entiende que la voz y mirada de la diversidad funcional debe poner sobre la mesa este tipo de ejemplos y, que se puedan debatir en los distintos ámbitos de la Bioética. Ellos, entre otras cuestiones, pueden servir para que comprendamos que la vida y el pensamiento no son tan

³³ BEAUCHAMP, T. L. y CHILDRESS, J. (1999): *Principios de ética biomédica*. Barcelona, Masson.

simples como parecen. No son blanco o negro, sin más. Si no que existe una alta gradación de grises. Quizás, por tanto, pudiéramos comprender que practicar el "aborto eugenésico" por razón de diversidad funcional, no tiene lógica.

Ni qué duda cabe, esta solicitud se vuelve esencialmente transgresora con todo lo normativo. Golpea fuertemente la visión tradicional biomédica de la condición humana: el ser humano busca huir de la enfermedad (es decir, "la ausencia de salud"); interrelaciona enfermedad con anormalidad, dis-capacidad, dolor, sufrimiento, tristeza, menor calidad de vida, deformidad, fealdad, menor perfeccionamiento humano y, en consecuencia, tal vez, menos capacidades humanas para desenvolverse en la vida de manera, supuestamente, exitosa...

Cómo no, desde este parámetro es entendible concebir este tipo de demandas como una verdadera "monstruosidad" o aberración y, por tanto, desde esta lógica dominante biomédica, tiene su razón de ser interpretar dicha demanda como una patología. Es, algo a subsanar y/o curar, a reconducir para "normalizar" los deseos de esas personas. En consecuencia, tenemos como punto de partida "pensar objetivamente" que **nadie en su sano juicio** puede querer "hacerse daño" a sí mismo/a. Ya lo hemos expuesto.

En 2008, conocíamos el film de Carlos Brooks "Quid pro quo"³⁴ que narra la historia de un joven con diversidad funcional física, a consecuencia de una lesión medular, que es periodista y debe realizar un reportaje sobre las personas wannabes. Para poder llevar a cabo su reportaje, necesita adentrarse en el mundo de las personas wannabes, pretendens y devotees. El joven protagonista nos deja claro que no desearía tener una paraplejía, como tiene. Una de las personas a quien conoce, y con la que mantiene una cierta relación sexual, es con la protagonista, la actriz Vera Farmiga, quien interpreta a una mujer wannabe que desea quedarse en silla de ruedas, y le pide a él ayuda. Es interesante la reflexión que hace, cuando dice que: *«[...] soy una mujer discapacitada en un cuerpo andante»*.

Existen muchas personas que se sienten en desacuerdo con sus cuerpos, sobre todo, porque son auto-hetero-percibidos como distantes y distintos de la estandarización corporal que promueve la lógica racional dominante biomédica: cuerpos perfectos, jóvenes, productivos, estéticos, cuerpos normativos (Toboso Martín y Guzmán Castillo, 2009). Existe, por tanto, una construcción social sobre el cuerpo y la corporalidad. Hablamos de una filosofía del "Culto al Cuerpo"³⁵. Feministas

³⁴ <http://www.youtube.com/watch?v=5EHeQm5oYkw>

³⁵ <http://www.elmundo.es/elmundo/2012/08/16/tendencias/1345106387.html>

como la uruguaya Lilián Celiberti³⁶, siguen expresando que "el cuerpo de las mujeres sigue siendo territorio de poder bajo sospecha", entre otras formas, principalmente a través de la sexualidad y la reproducción. Conocemos casos de anorexia, o de insatisfacciones varias que derivan en cirugía estética. Rechazamos los cuerpos "envejecidos" y con posibles deformidades. Mujeres y hombres transexuales. Mujeres y hombres intersexuales. Mujeres y hombres con diversidad funcional. La pluralidad humana y de circunstancias, está servida, pero no siempre está permitida por la normatividad imperante y hegemónica.

Reflexiones a modo de conclusión

Es difícil concluir sobre algo que apenas conocemos todavía. Lo único cierto es que desde la lógica racional hegemónica de la biomedicina debemos compartir con Romañach Cabrero (2003) el hecho de que "nadie desea convertirse en persona con diversidad funcional". Asimismo, sucede con este segundo caso, de Ashley X, cuya madre y padre "desean huir" de la situación irreversible de su pequeña y, ya que no hay remedio, intentan pedirle a la biomedicina que haga "esfuerzos terapéuticos" por construir un ser determinado biofísicamente, de acuerdo a sus criterios, de la madre y del padre, en calidad de representantes.

En este trabajo, no hemos tratado el ejemplo del aborto eugenésico³⁷, sin embargo, esta medida terapéutica también es una manera de huir de la condición humana de la diversidad funcional.

Ahora bien, y por complejo que pueda resultar, hay personas que "están dispuestas a quedarse" en la diversidad funcional. Hemos visto el caso de la pareja lesbiana, que ambas tienen sordera, y que reclaman descendencia también con sordera. Y, por último, hemos conocido un poco más de cerca uno de los ejemplos considerados como "muy extremos", el de las personas WANNABES, que apenas tenemos conocimiento sobre el mismo. De hecho, y de manera frecuente, en determinados chats³⁸ donde abundan personas con diversidad funcional que buscan relacionarse con otras personas, con y sin esta circunstancia, tanto para amistad o para relaciones sentimentales y/o sexuales, únicamente se identifican las personas devotees.

³⁶ <http://www.feministas.org/spip.php?article569>

³⁷ ARNAU RIPOLLÉS, M^a. S. (2012): «Del Aborto "eugenésico" al aborto "post-parto". Reflexiones desde una Filosofía para la Paz en clave feminista y de diversidad funcional», en DILEMATA. Revista Internacional de Éticas Aplicadas. Año 4- Núm. 9 (mayo 2012). ISSN: 1989-7022. Págs. 193 -223. Disponible en web: <http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/153/147>

³⁸ <http://www.anundis.com/> y <http://ddiscapacidad.com/>

El cuerpo humano sigue siendo un instrumento biopolítico de poder... Estos ejemplos, todos ellos, y sin distinción alguna, ponen en evidencia que es casi imposible tomar decisiones libres e individuales... Esto es, que no existe un Reconocimiento real y efectivo para con uno/a mismo/a ni respecto de los/as de más. Por un lado, entendemos que la integridad física debe significar que el cuerpo no puede ni debe ser tocado ni alterado y, en contraposición, y para desarrollar la integridad moral y psicosocial y personal, nos parece legítimo alterar el cuerpo humano a través de la cirugía estética y/o plástica, por ejemplo. Pero... ¿qué respuesta le damos a este último ejemplo? ¿Qué le puede ofrecer la «Bioética de/desde la diversidad funcional», desde una lógica racional distinta a la biomédica, y fundamentada en los Derechos Humanos, a la demanda de alguien que necesita convertirse en un ser humano con diversidad funcional para sentirse completo/a y a gusto consigo mismo/a?

Sólo queda reiterar lo ya dicho con anterioridad. Esta modalidad bioética se fundamenta en el modelo de la diversidad y la ética del reconocimiento de la diversidad. Tiene en cuenta el punto de vista narrativo y de lo experiencial (el "desde dentro" se convierte en una mirada importante a la hora de dar explicación sobre los distintos hechos humanos). Esto significa que desde estos paradigmas morales y socio-políticos, toda persona independientemente de su diversidad humana, tiene el mismo derecho a ser tratada en igualdad de condiciones, porque tiene la misma dignidad humana intrínseca; y, también tiene derecho a ser reconocida por la comunidad "desde su diferencia".

Este paradigma sirve para las personas que ya existen como diversas, pero también para las generaciones futuras (bebés que nacen ya con diversidad funcional, porque sí, y aquellos otros/as que nacen con diversidad funcional por selección; o..., perfectamente, personas que adquirirán la diversidad funcional por accidente, enfermedad, por sufrir violencia, o, por deseo personal, como es el caso de las/os wannabes).

Entonces... ¿el sistema sanitario debe acoger todas estas modalidades de peticiones? Dar una respuesta afirmativa, parece que vaya a provocar una reacción inmediata "en contra", desde la visión biomédica y utilitarista (ejemplo: Peter Singer). De hecho, el sistema sanitario y la profesión médica, y la sociedad civil en general, no llevan bien aceptar este tipo de demandas. Ahora bien, si acogen positivamente casos como el de la niña, por ejemplo. ¿Por qué? ¿Por qué vemos un ejemplo como "contrario a la naturaleza humana" y el otro como una "acción casi humanitaria"? Sencillamente... porque, hoy por hoy, y desde las estructuras en las que habitamos, puede que tengamos muchas capacidades, pero desde luego, carecemos de la "capacidad para reconocer" a la otra u otro, desde su otredad, desde su dignidad, desde el respeto a las diferencias humanas.

Por eso mismo, entre otros motivos, es porque identificamos estas dos modalidades de peticiones como distintas y contrapuestas, cuando verdaderamente son semejantes y convergentes: existe una insatisfacción sobre el cuerpo que tenemos y, nos creemos con el derecho legítimo "a transformarlo". El caso de las personas wannabes, sabiendo que van a contracorriente del canon de belleza estético estándar. Y, el caso de la cirugía estética y/o plástica, con el deseo de aproximarse a ese canon de belleza estándar. En ambos casos, y en ocasiones, arriesgan incluso sus propias vidas a costa de alcanzar los objetivos deseados individual y colectivamente.

Búsqueda de soluciones ante la vulnerabilidad: dilemas y retos

Irma Alejandra Coronado

El "síndrome del recomendado es definido como la presencia de complicaciones no habituales y de imprevistos, muchos de ellos difíciles de explicar, en pacientes concretos en los que la intención es llevar a cabo una atención más esmerada y personalizada ya que son personas de mayor renombre o han sido recomendados por motivos de posición social, fama, parentesco, etc."¹ Aunque no se trata de un fenómeno ampliamente desarrollado en la literatura médica, al personal de salud no le resulta poco familiar esta circunstancia en torno al paciente recomendado. Incluso se ha analizado la circunstancia del médico como paciente y el riesgo incrementado de sufrir el fenómeno del paciente recomendado de alguna manera². Es así que la sobreprotección puede afectar los mecanismos que cada individuo posee para proteger su vulnerabilidad, y de esta manera contribuir a la generación de daño.

Este fenómeno invita a reflexionar sobre el complejo concepto de vulnerabilidad que se maneja en los círculos de discusión bioética. ¿Cómo es que los procesos de esmero en atención a un paciente pueden incrementar su riesgo de daño?

Hoy se contempla como una estrategia de abordaje de la vulnerabilidad, la identificación de grupos, sin embargo, este concepto puede resultar rígido e ineficaz en su aplicación por varias razones. Todos los seres humanos son vulnerables, al ser ésta una característica inherente a todos los seres humanos, cada sujeto cuenta con recursos biológicos, sociales y psicológicos que en mayor o menor medida le servirán para implementar procesos de protección individual. La responsabilidad social en cuanto a los individuos es identificar, para eventualmente proteger, al

¹Sanz-Rubiales ML, Del Valle-Rivero LA, Flores-Pérez S, Hernández de la Calle C, García-Recio F, López-Lara M. El síndrome del recomendado. *An Med Intern* 2002;19:430-3

²Hernández-Rodríguez MD, Gea-Fernández P, Medina-Vargas L, Melgar-García AC, Sánchez-Pinilla M. Hipertensión arterial dentro del síndrome del recomendado. *Hipertensión* 2002;19:327-8.

sujeto que en determinado momento no es capaz de hacerlo por sí mismo³. El manejarnos a través de la construcción de grupos vulnerables puede contribuir a excluir un gran número de circunstancias que requieren intervención. Por otro lado, aún dentro de los miembros de un grupo determinado como vulnerable, los individuos tienen diversos grados de vulnerabilidad, que la inclusión dentro del grupo, puede limitar y evitar dimensionar integralmente la complejidad de cada individuo. Es así que en el proceso operativo, se propone que asumir a todos los individuos como vulnerables genera el reto de identificar más bien los factores que impiden de manera personal protegerse ante dicha vulnerabilidad. Un abordaje en este sentido, contribuiría de manera más objetiva a encontrar estrategias equilibradas para apoyar y/o proteger a los sujetos que por su circunstancia específica no cuentan en un momento dado de su vida con los recursos de les permitan conservar su integridad.

³ Novoa E. Los usos bioéticos de la vulnerabilidad, un acercamiento al desplazamiento forzado interno en Colombia. Revista Colombiana de Bioética 2009;4:165-96.

La bioética en el cuidado del adulto mayor

Montserrat Ivonne Cruz Jiménez

Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Panamericana

Contacto: monserratcruzjimenez@gmail.com

Introducción

La población en México se constituye en proporción creciente de adultos mayores (24.85%¹) en los últimos treinta años. Esto es debido principalmente al desarrollo en avances principalmente médicos, biotecnológicos y cambios culturales que han disminuido la mortalidad y han incrementado la esperanza de vida (75 años)². Por lo que se han incrementado considerablemente las demandas de esta población, en servicios médicos, asistenciales y socioculturales, que integran el envejecimiento saludable y activo, provocando una problemática importante en la asignación, priorización y aprobación de recursos humanos y materiales, ante la cada vez más creciente escasez de los mismos.

Si se analiza detenidamente la situación actual en algunos países desarrollados, “la ancianidad es tenida con muy poco aprecio y estima, por el contrario en culturas como las indo-hispánicas se valora plenamente a los ancianos, considerándoles justamente como bibliotecas vivientes de sabiduría, custodios de un inestimable patrimonio de cultura en sus tradiciones humanas y espirituales”³. Los países desarrollados manejan actitudes y valores en los que se muestra poca estima a los ancianos, provocados por la mentalidad dominante de fuerza y productividad, que pone en primer término la utilidad inmediata y el factor económico-empresarial del hombre. “La cultura fragmentaria de este siglo veintiuno, lo ha transformado en un coloso tecnológico y un enano humanitario, ha marginado a los débiles como inservibles e inútiles para poder aguantar esa lucha competitiva de triunfo, en un ambiente utilitarista, donde dominan los fuertes sobre los débiles, enfermos y ancianos, y son descalificados, incluso de su dignidad. Y es esta época de la

¹ INEGI

² Zarza, (2011)

³ Lara, (2008)

ancianidad la que más necesita de los cuidados solícitos, amorosos y pacientes. De ello se debe ocupar la bioética de los desvalidos⁴”.

A causa de esta actitud los ancianos mismos se preguntan de su existencia es todavía útil, se sienten apartados de lo que verdaderamente importa.

En el enfoque bioético asistencial del anciano, demanda un replanteamiento de los modelos asistenciales, de los principios de equidad y distribución de recursos y del ejercicio de un enfoque nuevo de la ética profesional empapada de humanismo.

¿Quién es el anciano? ¿Cuál es su identidad? ¿Cómo quieren y necesitan ellos ser tratados? Preguntas urgentes de resolver y que nos incumben a todos.

Una etapa más

La vejez constituye una etapa más en la vida. Desde que nacemos este proceso comienza: cada día de la vida es un paso hacia ese fin. En esta época parece ser lo menos deseado: llegar a la ancianidad, con todas las limitaciones que conlleva. En otros tiempos y en otras civilizaciones se deseaba morir con muchos años y lleno de experiencias, de logros, de hijos, de nietos, de sabiduría. En la cultura occidental actual, con una fuerte mentalidad anti-natalista, lo importante es la productividad, un anciano es poco valorado porque “ya no sirve para nada”, conforme a los cánones que la sociedad postmoderna considera de utilidad. Los viejos son rechazados y en consecuencia muchas veces aislados de los demás. Los medios de comunicación venden un modelo de “*vida productiva*” que no pasa de los 35 a 40 años. Así son las contrataciones en la mayoría de las empresas; sólo a esa edad se puede realmente disfrutar la vida, (paradójicamente a costa de gastarla), ser dueño de los mejores coches, viajar; tener un trabajo exitoso, ser triunfador. Así se va relegando a los adultos mayores o ancianos -considerados los mayores de 60 años-, al olvido, al silencio, a un mundo que cada vez se convierte para ellos en pequeño, frustrante, monótono y difícil. A esto se suma la pérdida de vitalidad que acompaña el ocaso de la vida: cambio de apariencia física, mengua de funciones vitales y de fuerzas, dependencia cada día mayor de los demás. El anciano, hoy por hoy, es un ser que se siente solitario, despreciado, inútil, desplazado.

⁴ Lara, (2008)

Esta situación ocurre de manera similar, con gran impacto sobre lo físico y mental, en el campo de la salud. Estos prejuicios y actitudes hacia la vejez se dan incluso en el profesional de salud, quien, en principio debería entender mejor las condiciones y la etapa por la que atraviesan. Frecuentemente se considera que los ancianos son a quienes debe dedicarse menor tiempo y recursos, ya que “van de salida”. Incluso si hay oportunidad de elegir, tanto el médico, como la enfermera tienden a optar por atender a los más jóvenes por asumir que tiene más por vivir y relegar al anciano, que tiene menores esperanzas, -entre otras cosas-. Es contradictorio pensar que tantos esfuerzos y recursos se dirigen a disminuir la tasa de mortalidad y aumentar la esperanza de vida, al mismo tiempo que se piensa en acelerar la muerte de quienes no tienen ya calidad de vida y se desprecia el atenderlos con el “debido cuidado”. Es necesario un análisis serio de los factores que conducen a una apreciación objetiva de la situación del anciano en las circunstancias actuales.

La cuarta edad

Los cambios que se han operado en la pirámide poblacional en las últimas décadas han hecho que aparezca el término “cuarta edad” para hacer referencia a las personas que sobrepasan los 80 años⁵. Cada día es más frecuente conocer a alguna persona que sobrepase incluso los 100 años, y en buen estado de salud –para su edad-.

Sin embargo, vivir más no significa que se viva mejor en un mundo con dos realidades: la de los países ricos, desarrollados y los países pobres, o en desarrollo, donde el hambre, la falta de asistencia médica, las guerras, los desastres naturales, las desigualdades sociales y el enriquecimiento de una minoría forman parte de la vida cotidiana. Los mayores constituyen uno de los sectores más vulnerables de la sociedad, víctimas de penurias, maltratos, discriminaciones, incomprensiones, abandono y marginación.⁶ ¿Qué hacer en favor de la vejez para disminuir el sufrimiento y el abandono de esta población vulnerable?

Las campañas que procuran fomentar que los mayores opten por decidir terminar antes con su vida, que lo que el curso natural conduce, son similares las políticas antinatalistas, sólo que al otro

⁵ González, 2007

⁶ Lara, 2008.

extremo de la vida. Curiosamente son los extremos que requieren mayor atención y cuidado. Se da una paradoja increíble. Pareciera ser que la situación actual trata de eliminar lo que antes se procuró alcanzar a toda costa. ¡Es una contradicción no atender y procurar abreviar la vida de aquellos a quienes un poco antes se estimuló para incrementar su supervivencia! Ir en contra de la ancianidad, es desprestigiar una etapa más de la vida, tan valiosa como las demás, una época con sus propias particularidades y limitaciones, que enriquece al hombre y lo hace pleno, igual o en mayor medida que el resto de su vida. Es una tarea difícil, en gran medida porque las mismas personas que viven esta etapa no lo aceptan, sienten ese rechazo de la sociedad. Es necesario fomentar el auto-cuidado o dar un diagnóstico temprano para seguir un tratamiento oportuno e integral a cada adulto mayor. Urge mejorar la atención a esta población que va en crecimiento.

En México, la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública tiene registrado hasta 2009 un total de 414 profesionistas especializados en los adultos mayores. De los cuales 316 son médicos especialistas en Geriátrica, respecto al personal de enfermería, sólo se encuentran registrados 23 especialistas en cuidados del adulto mayor en todo el país. Con grado de maestría en Geriátrica o en ciencias con especialización en Geriátrica se encuentran registrados 7 profesionistas, mientras que de la maestría en Ciencias en Enfermería del Adulto Mayor se encuentran registrados otros 7⁷.

Son números ínfimos en relación a los requerimientos actuales. Las cifras oficiales indican que la población de adultos mayores se duplicó de 1990 a 2010, en relación con la población joven que la sostieneⁱ. La tasa se ha seguido incrementando en los últimos años: en el 2005 había 1.2% de adultos mayores de 80 años.

Para garantizar la salud, el auto-cuidado, auto-aceptación y aceptación a nivel social para el adulto mayor, es necesario empezar desde la educación elemental para hacer énfasis en valores, que hoy en día lamentablemente se presentan devaluados para las generaciones actuales, cambiar creencias vanas del significado adulto mayor, anciano o vejez de tal manera que se respete, admire y cuide, cumpliría con un cambio de cultura hacia la perspectiva de las etapas de la vida. Fomentar calidad de vida, o hacer ver el valor de la persona misma por el solo hecho de ser humano, seguido del apoyo familiar-social; en estos momentos de la vida de la persona mayor,

⁷ F. Ávila, E. López, I. Negrete, M. Montaña. 2009, pp 272.

necesitan de la cercanía de sus seres queridos, su compañía, su afecto. Cuando esta situación no sea factible y el anciano tenga la necesidad de recibir su asistencia de instituciones especiales, el personal debe de estar convencido de este tipo de actitudes con el anciano. Hay que crear y fomentar una cultura del cuidado al anciano. Esto enriquecerá el patrimonio social del ser humano. Saber tener en cuenta las experiencias y vivencias de estas personas que han cruzado ese umbral de los años jóvenes y siguen en pie, a pesar de que cada día es más cuesta arriba el camino.

Es urgente un replanteamiento de las políticas de salud en relación a esta población tan desprotegida. Traducida en múltiples iniciativas asequibles a todos los sectores. Algunas de ellas podrían ser:

- a. En los asilos de ancianos, “hogares”, o residencias, evitar la “actitud de indulgente *superioridad* hacia ellos de parte del personal que los atiende; quienes los consideran como niños desorientados⁸” o malcriados, que necesitan cuidado, pero a quienes no hay que hacer mucho caso, mientras se atiendan asiduamente a sus necesidades corporales, no importa darles comprensión, escucha, cariño, paciencia. La atención se orienta fundamentalmente hacia el cuerpo y no hacia la mente y la afectividad.
- b. Considerar que muchas personas mayores pasan sus últimos días en largos períodos de ansiedad y remembranza silenciosa, con estallidos de ira o petulancia. Saber atenderlos con infinita paciencia y respeto.
- c. Responsabilizarnos; manteniéndoles en nuestra afectividad y devolviéndoles la ilusión de vivir. Les debemos ayudar a que se den cuenta que el final de la vida sigue siendo vida y que en él se realizan valores que sólo en esa etapa pueden realizarse, al aceptarlo la persona adquiere una peculiar calma y cierta elevación y superioridad en sentido existencial.
- d. Humanización de la atención socio-sanitaria de nuestros ancianos, como uno de nuestros mayores objetivos.

⁸ Lara, (2008).

Ir más allá de la calidad de vida

La perspectiva material es claramente insuficiente para establecer un criterio objetivo y realista sobre la calidad de una vida humana. Toda vida humana posee una calidad intrínseca que va más allá del funcionamiento biológico y de la capacidad del ejercicio de la autoconsciencia. Basándose únicamente en el aspecto biológico material del anciano, se corre el peligro de justificar el suicidio asistido, mal llamado eutanasia. Lo grave en estos casos es que en un principio se acepta sólo la eutanasia voluntaria, pero rápidamente progresa también a la involuntaria, cayendo en un verdadero “terrorismo contra la ancianidad”. Hay que recuperar la dimensión de la persona humana que se llama dignidad. “Nuestra condición humana no termina en la biología ni se pierde con la inconsciencia”.

Guardini escribe: “La existencia del hombre puede y debe presentar un sentido muy elevado incluso cuando hace quiebra el vigor corporal. Cada momento de la vida humana está enriquecido por el conjunto de todos sus momentos. En cada uno de éstos vibra el todo – las obras realizadas, las metas perseguidas, el amor dispensado y recibido, los vínculos creados -. El ser humano es el mismo – aunque no lo mismo – en todos los momentos de su vida; el mismo en el sentido activo de quien se halla realizando su vocación y su misión”.

Conclusión

Aunque existen características comunes que asemejan a los ancianos, el envejecimiento es un proceso individual, único, irreplicable y propio de cada persona, tanto en lo biológico como en lo social. Gran parte de la población anciana que vive en países subdesarrollados atraviesa condiciones impuestas por la pobreza, padeciendo estragos y la violación de los más elementales derechos del ser humano. La búsqueda de soluciones actuales y futuras para los problemas de los ancianos, así como cambiar la visión que la sociedad en general y el individuo en particular tiene de la vejez, deben convertirse en preocupaciones impostergables de la humanidad.

Bibliografía

F. Ávila, E. López, I. Negrete, M. Montaña. La enseñanza de la geriatría en México <http://www.geriatría.salud.gob.mx/descargas/13.pdf> la enseñanza de la geriatría en México.

González A.R. Tercera edad: consideraciones éticas [en línea] Cuba: Bioética; 2007. [fecha de acceso 14 enero de 2013]. URL disponible en: <http://www.cbioetica.org/revista/73/730409.pdf>

Lara R. C. La bioética en el adulto mayor. BIOÉTICA Y CIENCIAS DE LA SALUD [en línea]. 2008 [fecha de acceso 13 de enero de 2013]; (Vol.5 N°3). Disponible en: http://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/ancianidad/BIOETICA_EN_CUIDADO_ADULTO_MAYOR.pdf

Zarza D. *Propuesta de avance institucional para la ENEO*, 2011, en : <http://www.juntadegobierno.unam.mx/pdf/eneo/plan-exteso-zarza.pdf> (consultado el 25 enero de 2013).

Guardini, Romano: "Las etapas de la vida". Ed.: Palabra, Madrid 1998.

La compleja dimensión de la vulnerabilidad

M. en C. María de los Dolores Delgado Ochoa*

M. en C. Julieta Cecilia González Ramírez

Dr. en C. Octaviano H. Domínguez Márquez

Hoy en día la palabra vulnerabilidad esta siendo utilizada para casi todo, pero en realidad que es, como se define, es respetada, que sabemos de ella?

Entre las diferentes definiciones de vulnerabilidad tenemos la siguiente: *“que es la situación de dependencia en que pueden estar personas o grupos sociales, que no permite o pone en riesgo la autodeterminación y la libre elección en sus ideales de vida y en su desarrollo, teniendo varios niveles por ejemplo: nuestra libertad (siempre condicionada a algo) y no tener cubiertas las necesidades básicas”*.¹

Kottow nos da lo siguiente: *“limitada capacidad de lograr consentimiento informado”* (Kipnis, citado en Levine, Faden et al., 2004); o personas vulnerables son aquellas *“que carecen de derechos y libertades básicas por lo cual están particularmente expuesta a explotación”* (Zion, citado en Levine, Faden et al., 2004).² Por lo cual debe ser vista como un *“aspecto inherente al ser humano u no como algo meramente contingente de lo cual*

* **M en C María de los Dolores Delgado Ochoa**, Coordinadora del Laboratorio de Histocompatibilidad y Presidente del Comité Hospitalario de Bioética del Hospital Juárez de México SS y Profesora invitada a la Maestría en Ciencias de Bioética de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional. Contacto: lolgera@hotmail.com

² **M en C Julieta Cecilia González Ramírez**, Profesora invitada a la Maestría en Ciencias de Bioética de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional y Vocal Externa del Comité Hospitalario de Bioética del HJM

³ **Dr. en C Octaviano H. Domínguez Márquez**, Coordinador de la Maestría en Ciencias en Bioética de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional.

podría prescindirse a través del progreso científico y médico” (Rend Rendtorrf y Kemp, 2000: 47).²

En 2011 el Dr. Solbakk cita lo siguiente “La vulnerabilidad expresa dos ideas básicas.(a) Expresa la finitud y la fragilidad de la vida en las que, en aquellas personas capaces de autonomía, se funda la posibilidad y necesidad de toda moral. (b) La vulnerabilidad es el objeto de un principio moral que requiere del cuidado de los vulnerables. Los vulnerables son aquellos cuya autonomía, dignidad o integridad son susceptibles de ser amenazadas. Como tales, todos los seres que tienen dignidad son protegidos por este principio. Pero el principio también exige específicamente no sólo la no interferencia con la autonomía, dignidad o integridad de los seres sino también que reciban asistencia para poder desarrollar todo su potencial” (Rendtorrf y Kemp, 2000: 398).³ Y para la Dra. Luna “Vulnerabilidad como una sutil herramienta que permita identificar toda la exuberancia que presenta la realidad y exhiba todas las diferencias y variaciones que ella ofrece.”⁴

En este sentido, “la vulnerabilidad social se refiere a la suma de las circunstancias que afectan a grupos de la población limitando sus capacidades para valerse por sí mismos”. Este término se aplicó inicialmente en el marco de los Derechos Humanos con el propósito de caracterizar grupos de la población que vivían en condiciones de gran fragilidad jurídica o política debido a la ausencia de sus derechos ciudadanos.⁵

A continuación se enlistan los principales grupos vulnerables que son considerados en México: a) Los niños y adolescentes,⁶ b) La mujer,⁷ c) Adulto mayor,⁸ d) Minorías,⁹ e) Personas con discapacidad,¹⁰ Personas en situación de coma¹¹, f) Incapacidad mentales¹², g) Personas con enfermedad terminal¹³, entre otros.

Para preservar la dignidad de los grupos antes citados en los años sesenta se proclamó la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH),¹⁴ aprobada por las Naciones

Unidas, si se evaluará el grado de goce de los derechos humanos en la república mexicana, difícilmente podríamos decir que el saldo es satisfactorio. Todavía se debe realizar esfuerzos enormes para mejorar las condiciones de los grupos vulnerables ya que sufren pobreza, violencia contra la mujer, no se respetan los derechos de niños, niñas, adolescentes y personas de la tercera edad, de migrantes o desplazados, personas con discapacidad, con padecimiento mental, de grupos indígenas, minorías religiosas, individuos en la diversidad sexual, o el mejoramiento de las condiciones de detención de las personas privadas de libertad, entre otras.

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (DUBDH), en el artículo No. 22 menciona: *“Los Estados deberían adoptar todas las disposiciones adecuadas, tanto de carácter legislativo como administrativo o de otra índole, para poner en práctica los principios enunciados en la presente declaración, conforme al derecho internacional relativo a los derechos humanos. Esas medidas deberían ser secundadas por otras en los terrenos de la educación, la formación y la información pública”*.¹⁵

El gobierno mexicano en sus tres órdenes de competencia tiene la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. Por lo cual el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

México cuenta con legislación prevista para respetar los derechos humanos de las personas vulnerables siendo la siguiente: En la Constitución Política de Los Estados Unidos Mexicanos¹⁶ se contempla en el artículo 1º *...los derechos humanos y sus garantías en donde queda prohibida la discriminación ...y en el artículo 4º en que “El varón y la mujer son iguales ante la ley”*...lo anterior debería aplicarse a todo nivel y en toda la república.

Con respecto a la vulnerabilidad de la población en cuestión de salud se tiene la Ley General de Salud¹⁷ en sus artículos recientemente modificado Artículo 41 bis donde todo

establecimiento público o privado debe de haber Comités Hospitalarios de Bioética y Comités de Ética en Investigación ¹⁸ , además en el Título V *Investigación para la salud* contempla 8 artículos de 96 al 103, en específico en el artículo 98 sobre la creación tres *comités: investigación; ética en investigación, de bioseguridad.*

Y en su Reglamento la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (RLGS): ¹⁹ *Establece que la investigación para la salud es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general, se contempla el consentimiento bajo información (CBI) para probandos, en la NOM 168 se establece el CBI para atención médica.*

A su vez se debe de respetar los datos personales de cualquier persona para lo cual se tiene la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (LFPDPPP) ²⁰ que *tiene por objeto la protección de los datos personales en posesión de los particulares*

Los diferentes grupos vulnerables que existen en nuestro país sería ideal que sufrieran la igualdad y el principio de no discriminación que es el derecho de toda persona a ser tratada de manera digna, sin exclusión, distinción o restricción arbitraria, que le haga posible el aprovechamiento y el libre acceso a las oportunidades socialmente disponibles. Si tal condición ideal se diera, no se justificaría dar trato preferencial temporal a cierto grupo para reponer o compensar el daño histórico y la situación de debilidad actual causada por prácticas de exclusión previas; para evitar dicha justificación en el año 2012 se emite el acuerdo para aprobar el Programa Nacional para Prevenir y Eliminar la Discriminación (PNPED). ²¹

Aún en nuestro tiempo es necesario mejorar la comprensión de este fenómeno y ampliar el debate colectivo para visualizar y colocar en los ámbitos comunicativos, académicos y políticos, el daño social que causa la discriminación y contraviene la perspectiva de los derechos humanos.

Un ejemplo que vivimos en el sector salud es el proceso de salud-enfermedad, además de aspectos económicos y sociales entramados en la conformación cultural. Es un fenómeno de los innumerables déficits que abarca países enteros y continentes. Con la distinción particular de los estudios en la ética organizacional. ²²

La vulnerabilidad es la conjugación de factores de riesgo en más o en menos intensidad que aborda a una determinada población, de mayor proporción para un grupo etario o de género, de tal manera, pueden ser más vulnerables en una organización social, las mujeres embarazadas, los neonatos, los infantes, los adolescentes, o quienes laboran en determinadas circunstancias, la mujer por el hecho de serlo y los viejos, además, al mismo tiempo varios de ellos.

También, en nuestro medio tienen una mayor vulnerabilidad los diversos grupos étnicos por una deficiente y negativa interculturalidad. Igualmente, los procesos de discriminación que excluyen de manera atrabiliaria y atropellante los derechos elementales de las personas. Y se sobreponen a otros valores.²³

Particularmente la atención en los servicios de salud, se enfoca a un aspecto parcial en el amplio campo de la salud y sólo la amplia visión de la salud pública permite engranar esa parte con el todo. Y compartir la consideración valórica que es común en la atención del personal de salud, a un individuo, familia o comunidad.

Desde un punto de vista bioético integrativo, es conveniente correlacionar de manera inextricable, los conceptos de calidad de vida, atención a la salud y vulnerabilidad, a través de la visión de diversos valores y principios ya establecidos, de acuerdo en la mención de Lolás²⁴, tales como: la dignidad de la vida humana, sin consideraciones condicionales o temporarias; la autonomía y libertad de elección como un paradigma insustituible; la justicia y equidad con sus acepciones de conmutación o distributiva, en busca de estadios de igualdad, como aspiraciones societarias permanentes.

Intervienen también, aspectos fundamentales de solidaridad para equilibrar en lo posible a aquellos grupos, dice Lolás en estado de “minoración”, en requerir apoyo y ayuda. Igualmente deben de considerarse el principio de precaución y desde luego el de responsabilidad que acusa un déficit grave como germen de otras deficiencias no sólo en un aspecto teórico, sino operativo. El sentido de responsabilidad, central en toda vivencia.

Las decisiones en torno a la vulnerabilidad ante los problemas de los servicios de salud se aprecian débiles, imprecisas, torpes y erráticas.

Las verdades epidemiológicas exhiben palmariamente los riesgos, daños y factores de vulnerabilidad en la salud de las poblaciones. De tal manera, en América Latina se observa por una parte, la extrema pobreza como caldo de cultivo en la patología de la pobreza y por tanto, procesos de malnutrición y de infectocontagiosidad, aún persistentes.

Por otro lado, la patología de la riqueza o de la suficiencia, ataca a una población inerme sin políticas asertivas de salud, ni estrategias y lineamientos que detengan los procesos crónicos no transmisibles que se desarrollan a la libre, cuyo substrato es la omisión de los aspectos bioéticos imprescindibles que guíen y determinen el cumplimiento de valores y principios para el beneficio esperado de la salud. Neutralizando los factores de vulnerabilidad como acto invaluable de justicia.

Bibliografía y citas

¹ León C F J Pobreza, vulnerabilidad y calidad de vida en América Latina. Retos para la bioética *Acta Bioethica* 2011; 17 (1): 19-29

² Kottow M A notaciones sobre vulnerabilidad *Redbioética/UNESCO*, 2011(4), 91-95

³ Solbakk J Vulnerabilidad: ¿un principio fútil o útil en la ética de la asistencia sanitaria? *Redbioética/UNESCO*, 2011(3), 89:101.

⁴ Luna F Vulnerabilidad: un concepto muy útil. Abandonando los Corsets teóricos: respuesta a vulnerabilidad: “¿un principio fútil o útil en la ética de la asistencia?” *Redbioética/UNESCO*, 2011 (4): 89-101.

⁵ Tealdi J.C *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. UNESCO - Universidad Nacional de Colombia, Bogotá 2008: 543-558. En: http://www.bioeticas.org/bio.php?articulo37&var_recherche=salud%20reproductiva (Consultado: 17/03/13)

⁶ Convención de los Derechos del niño, 1990 <http://www.unicef.org/spanish/crc/> (consultado: 3/03/13)

⁷ Bourdieu, P. *La Dominación Masculina*, Barcelona , Anagrama, 2000

⁸ ONU, 2002 www.un.org/es/aboutun/ (Consultado: 3/03/13)

⁹ OMS, www.who.int/research/es/ (Consultado: 3/03/13)

¹⁰ Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, 2001 http://www.ninds.nih.gov/disorders/coma/coma.htm#What_is_the_prognosis (Consultado: 3/03.13)

¹¹ Declaración Universal de los Derechos Humanos www.un.org/es/documents/udhr/(Consultado: 3/03.13)

¹² Sanz, J. “Problemática del paciente en situación terminal” En Díaz E. *Avances en Oncología*, Madrid, Aran.1988: 83-98.

¹³ Holland, J.C. (1982). Psychological issues in care of the terminally ill. *Directions in Psychiatry (Lesson 25)*.

- ¹⁴ Declaración Universal de los Derechos Humanos, www.un.org/es/documents/udhr/ (Consultado: 5/12/12)
- ¹⁵ Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, www.unesco.org/images/001461/146180S
- ¹⁶ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Última reforma publicada DOF 09-08-2012 (Consultado: 5/12/12)
- ¹⁷ Ley General de Salud www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf (Consultado: 05/12.12)
- ¹⁸ Decreto de reforma que se adiciona el artículo 41 bis y se reforma el artículo 98 de la Ley General de Salud, DOF 14/12/2012
- ¹⁹ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, 11/04/2007.
- ²⁰ Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, DOF 06/07/2010
- ²¹ Programa Nacional para Prevenir y Eliminar la Discriminación, DOF 16/04/2012
- ²² Soto, P., E., Cárdenas, M., J., A., *Ética y culturas nacionales en Ética en las organizaciones*. México, McGraw Hill. 2007: 287-288.
- ²³ Antaki, I., *El Manual del ciudadano contemporáneo*. México. Ed. Planeta Mexicana, S.A. de C.V., 3ª. Reimp., 172.
- ²⁴ Lolas, S., F., et al. *Investigación en Salud. Dimensión ética*. Chile. CIEB, Univ. de Chile. 2006: 104-105.

La violencia hacia los niños

Jocelyn Alejandra González Bastida

Lic. De Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Panamericana

Contacto: fashion_1390@hotmail.com

La violencia en México es un factor importante de muertes infantiles, miles de niños en México crecen en un ambiente de violencia, donde los afecta en su desarrollo e incluso puede llegar a ser fatal. Se realizó un estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la violencia contra niños del presente año por lo menos 2 niños con menos de 14 años mueren al día a causa de violencia.

La principal recomendación es la prevención y eliminación de la violencia en los niños, ya que es algo alarmante. UNICEF Secretaría de la Educación Pública (SEP), la organización civil Grupo de Educación Popular con Mujeres (GEM) juntos lanzaron un proyecto llamado "Contra la violencia, Eduquemos para la paz: por mí, por ti y por todo el mundo" para combatir la violencia en México empezando por las escuelas de diferentes años y grados así como la educación a los adultos por medio de talleres, actividades y dinámica así como UNICEF publicó una carpeta llamada "Contra la violencia. Eduquemos para la paz."

Es necesario tomar medidas drásticas de protección a los niños que sufren estas vejaciones en un mundo donde se predicán mucho los derechos humanos pero en la vida diaria no se aplican. Cada familia, como grupo fundamental de la sociedad es el medio natural para el desarrollo, crecimiento y bienestar, de todos sus miembros en especial de los niños, donde deben encontrar las condiciones para crecer integralmente: madurar y ser una persona equilibrada que influya más en la sociedad.

Es importante difundir la importancia de respetar a los niños a través de la educación y formación de los padres en los valores y principios esenciales, enseguida por medio de una vigilancia más estricta de la sociedad para evitar todo abuso del menor.

Concientizar a las personas sobre el derecho de integridad de los niños libres de violencia física para ser protegidos de cualquier forma de agresión, ya que pueden afectar a los niños el resto de su vida privándolos de un desarrollo integral.

El 20 de noviembre de 1959 se publica la Declaración Universal de los Derechos Humanos de los Niños donde se establece que: "El niño, por su falta de madurez física, y mental, necesita protección y cuidado especial, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento".

Es alarmante conocer que las cifras de violencia intrafamiliar, sobre todo hacia los menores de edad, van en aumento. Su vulnerabilidad los convierte en objeto de las frustraciones y decepciones de los adultos con los que conviven, en una sociedad sumamente estresada y necesitada de apoyo para sus angustias y problemática.

La violencia es una emergencia mundial ya que durante siglos los niños sufrían de violencia sin que fuera vista y oída, pero ahora que se detecto el problema, debemos actuar para proteger su derecho de integridad.

Maltrato infantil

Violencia Física o Psicológica	73.6%
Violencia Psicológica	17,9%
Violencia física grave	25,4%
Violencia física leve	28,5%
Violencia física grave ejercida por el padre	11,9%
Violencia grave ejercida por la madre	21,3%
Violencia psicológica de parte de su padre	19,7%
Violencia psicológica de parte de su madre	19,5%

Resultados

- Existe una correlación entre violencia intrafamiliar y adicciones, problemas graves en los jóvenes (suicidios, agresivos, delincuentes)
- Esta crisis es cuando falta de afecto / exceso / falta de comunicación
- Desahogo de los adultos, salen sus frustraciones hacia los niños.

- La violencia afecta a los niños en todos los sentidos
- En las últimas décadas ha empezado a darse a conocer ampliamente el grado de difusión de actitudes físicas y mentales violentas hacia los niños por parte de los padres y otros cuidadores.
- La historia de la infancia es una pesadilla de la que hace poco hemos empezado a despertarnos.
- En la violencia cuanto más atrás se mira, menor es el nivel de protección y mayor el número de niños asesinados, abandonados, golpeados, atemorizados y de los que se abusa sexualmente.
- Los niños son incapaces de denunciar por medio a represalia del agresor
- La violencia de los niños tiene cuestiones como las relaciones de poder asociadas al género, la exclusión, y la ausencia de protección por parte de un tutor adulto y de reglas sociales que protejan o respeten a la infancia
- En casos extremos resulta en lesiones graves o incluso muerte.
- La violencia puede ser causa de que el niño huya de su hogar, exponiéndole así a más peligros.
- La violencia destruye la autoestima de los niños y niñas y puede imposibilitarles para ser unos buenos padres en el futuro.
- Los niños y niñas que padecen violencia son más proclives de adultos a la depresión y al suicidio

Bibliografía

UNICEF. Disponible en URL: <http://www.unicef.org> Acceso: 5-marzo-13

ONU. Declaración Universal de los Derechos del niño. 1959. Disponible en URL: <http://www.cndh.org.mx> Acceso: 5-marzo-13

AMPSF. Asociación Mexicana de Padres de Familia Separados: Disponible en URL: <http://ampfsmexico.com.mx>

El mejor interés en pediatría

Ledesma F, Menendez C, García H, Barraza N, Ciruzzi S, Ferreria JC, , Iervolino MA, Mazzuchelli T, Miranda C, Novali L, Ortega L, Ponce C, Quintana S, Rodriguez E., Shejter V, Scrigni A, Selandari J.

Comité Hospitalario de Ética.

Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"

Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

República Argentina

Contacto: comitedeetica@garrahan.edu.ar

Juan, es un niño de 5 meses de edad portador de osteopetrosis, la cual es una enfermedad rara y mortal a corto plazo si no se realiza trasplante de médula ósea (TMO). Su familia es oriunda del interior del país y tiene otra hija con la misma enfermedad, María, la cual fue trasplantada en el hospital en 2004.

La mamá de ambos se comunicó con el equipo de trasplante hace un mes, cuando Juan tenía 4 meses, para avisar del nacimiento del niño, portador de la misma enfermedad de su hermana, y sin esperar derivación concurre al hospital para que se le realice el trasplante de médula ósea. A su llegada, el niño fue evaluado por un equipo multidisciplinario y se le realizaron diversos estudios, observándose que se encontraba anémico, ciego, sordo y con retraso madurativo.

La familia, está conformada por los padres y siete hijos: dos sanos, tres hipoacúsicos neurosensoriales, y dos con osteopetrosis. Los padres son primos hermanos y están juntos desde los 14 años. El papá trabaja todo el día y la mamá se ocupa de los niños. Los hermanos hipoacusicos están escolarizados y concurren a una escuela especial con la que la familia mantiene un buen vínculo. La asistente social de la escuela conoce en profundidad la situación familiar y los ayuda en todo lo posible. María, que fue trasplantada a los 5 meses, y ahora tiene 8 años es sorda, ciega y tiene un retraso madurativo severo. No está escolarizada porque no existe ninguna institución pública ni privada que trabaje con niños con discapacidades múltiples. Viven a 20 km. de la capital de la Provincia, en un área rural, en una casa pequeña. La mamá no tiene nadie que la ayude desde que murió la abuela de los niños. En un comienzo le costó manejarse con tantos hijos discapacitados, pero de a poco lo ha ido logrando. Sus hijas sanas, de 18 y 16 años van a la escuela y la ayudan en el cuidado de sus hermanos discapacitados.

Llama la atención que no consultaran precozmente luego del nacimiento de Juan, ya que se les había realizado asesoramiento genético y sabían que la enfermedad podía repetirse.

La mamá manifestó al equipo tratante que la situación era muy difícil y que no podía decidir sola, por lo que se citó al papá, quien mostró interés por saber la evolución espontánea de la enfermedad y su posible causa de muerte en contraposición a las posibilidades que ofrece el TMO. Se les explicó que la expectativa de vida de la enfermedad librada a su evolución es de 5 o 6 años y que el objetivo del trasplante no solo era la supervivencia, sino la calidad de vida. El papá admitió que le resultaba difícil aceptar que su hijo muriese sin haber hecho nada. El papá está acostumbrado a tomar decisiones heroicas, mientras que el equipo de salud debe tener en cuenta las ventajas y desventajas de todas las alternativas. El equipo tratante les contó que se iba a presentar el caso en el Comité de Ética para realizar una deliberación más profunda, les aclararon en qué consistía la presentación al Comité, como estaba conformado el mismo y que posteriormente a la reunión se les iba a hacer una devolución de los resultados. Ellos estuvieron de acuerdo.

El caso fue presentado al Comité de Ética por el equipo de TMO, quienes consideraban que debido a lo tardío del diagnóstico, y a las secuelas irreversibles que el niño ya presentaba (ceguera, sordera y retraso) Juan quedaría en una situación similar a la de María. Por otro lado tampoco se podían ignorar las complicaciones que podían asociarse al procedimiento (rechazo, infecciones, etc.) y que tendrían a la madre retenida en Buenos Aires por tiempo indeterminado. Este criterio del equipo tratante es contradictorio con la expectativa de los padres de realizar el TMO como única opción para su hijo. Surge durante la deliberación, la importancia de los datos médicos y la evaluación del contexto familiar, donde ya existe otra hija con la misma enfermedad que fue trasplantada en estado avanzado, y que está imposibilitada de recibir estímulos auditivos o visuales, y por su retraso madurativo se encuentra aislada de su entorno. Solo acepta comer con las manos, se mueve sin rumbo fijo, grita aunque ella misma no puede escucharse y duerme cuando se cansa. No controla esfínteres. La sordera la separa de la gente, la ceguera de las cosas, y el retraso mental severo impide cualquier tipo de estimulación.

Luego de una muy extensa deliberación, se decidió la no realización del trasplante en Juan por lo siguiente:

El mejor interés del paciente, ya que no se considera al TMO como el tratamiento apropiado, primero, por sus posibles complicaciones, y segundo, porque ofrece expectativas de una pobre calidad de vida, en una enfermedad ya avanzada y con consecuencias severas e irreversibles.

Recaltar lo que significaría para el resto de los niños que la mamá tuviera que estar por lo menos tres meses en Buenos Aires acompañando a Juan, con los escasos recursos familiares con los que cuenta para asistir a otros cuatro niños discapacitados.

Hacer hincapié en la importancia de que tanto un equipo de salud mental como de cuidados paliativos los acompañe. El equipo de trasplante de MO se comunicará con el hematólogo para que continúe su seguimiento en su ciudad de origen.

La comunicación a los padres de la decisión tomada fue realizada por el equipo tratante acompañados por dos miembros del Comité de Ética. Se les explicó con detenimiento los motivos argumentados y se respondieron todas sus preguntas. Fue una reunión extensa donde se observó el alivio que sintieron a medida que comprendían los alcances de la decisión y que por otra parte Juan iba a tener el tratamiento necesario para el manejo de los síntomas que fueran apareciendo durante la evolución natural de la enfermedad. Agradecieron al equipo tratante, y su decisión posterior fue regresar con Juan a encontrarse con su familia.

Bioética y calidad de vida en la tercera edad

Agustín Loría Argaiz

Médico oftalmólogo. Presidente del comité de bioética del Hospital Cemain Tampico

Tamaulipas, México

Contacto: dr_loria@hotmail.com

Introducción

Bioética y calidad de vida en la tercera edad. Recordando que la bioética es una interdisciplina y una transdisciplina. Desde el punto de vista de que la Bioética tiene que ver con todo aquello que es bios - vida, nos enfocaremos al bios – vida de la tercera edad, para evaluar su calidad de vida en una población del sur del Estado de Tamaulipas , México, que es donde resido. La Bioética, entendida como preocupación por la vida , comprende no sólo la supervivencia del hombre sobre la tierra, sino globalmente de todos los seres vivos. (1) Justificación: La Trascendencia de esta investigación está relacionada con el análisis de la perspectiva de salud, social y laboral de las personas en la tercera edad ,cuyo objetivo primordial identifica la posición que el propio grupo refiere como una necesidad en su calidad de vida. La edad media de los mexicanos pasará de 27 años en 2000 a 43 años en 2050. .El aumento de la población anciana y los problemas del creciente sector de la población anciana obligan a crear una verdadera política social integral, ausente en México y América Latina. (2)(3). Una tercera parte de los adultos mayores no sabe leer ni escribir. La educación impacta en la calidad de vida de la población y los adultos mayores no son la excepción ,quienes enfrentan la vejez con un nivel de instrucción adecuado, poseen más herramientas para responder activamente y adaptarse a los retos y oportunidades de esta etapa del curso de la vida en México, los adultos mayores son depositarios de los rezagos por décadas acumulado , lo que los ubica en situación de desventaja respecto a otros grupos Alrededor de 70% no completó su Primaria. En cuanto a la participación económica, alrededor de una tercera parte de los adultos mayores aún trabaja .Alrededor de 65 % de los hombres 60 a 64 años permanece activo económicamente, incluso a los 80 años uno de cada 4 varones sigue trabajando..El trabajo de los hombres de edades avanzadas se vincula estrechamente a las actividades agropecuarias. La mayoría de los adultos mayores que trabajan perciben ingresos laborales muy bajos,casi la mitad

de los adultos mayores cuentan con seguridad social. En cuanto a la salud: El envejecimiento de la población implicará una mayor demanda de servicios de salud . El envejecimiento implicará mayor incremento de la discapacidad. Otro desafío es que se incremente la esperanza de vida, libre de discapacidad .(2)(4) En uno de cada 4 hogares hay un adulto mayor y en uno de cada 20 solo viven adultos mayores. Los cambios en la mortalidad de la población mundial se reflejan en una mayor sobrevivencia, la cual aumentará considerablemente en la primera mitad de este siglo ,al pasar de alrededor de 65 años en 2000-2005 a 74 años en 2045-2050. Actualmente la esperanza de vida de las mujeres (67.6) es superior en alrededor de 5 años a las que registran los varones(63.3) .En los países menos desarrollados el crecimiento es de 2.4% agrupa a 753 millones y agrupará a 1374 millones .Su nivel de fecundidad es el más alto con una tasa de 5.1 hijos promedio por mujer y con la menor esperanza de vida de 49.6 años.

Actualmente los países más desarrollados tienen las poblaciones más envejecidas, pero en unas cuantas décadas muchos países en desarrollo alcanzarán esos niveles de envejecimiento.se espera que el porcentaje de adultos mayores que reside en países en desarrollo se incremente aun mas en las primeras décadas , de tal forma que casi 80% de los 1900 millones de personas de 60 años o más que habrá en 2050 residirá en los países que hoy tienen menores niveles de desarrollo. (2). La población de México será de 130 millones en 2050 y la esperanza de vida alcanzará entonces los 80 años. Esta propuesta de investigación hace énfasis en el análisis de las características que presenta la población de la tercera edad, buscando factores que ponen en riesgo su calidad de vida(5),(6) .En el análisis de los dilemas éticos sociales e individuales (a la sociedad y al individuo) como solidaridad ,abandono o discriminación. Así como falta de justicia distributiva. En la zona conurbada Tampico-Madero-Altamira es posible observar personas de este grupo etéreo, a los cuales en pocas ocasiones se les han identificado actitudes con respecto a su posición laboral, del entorno familiar e indicadores sobre su calidad de vida, por lo cual este proyecto describe, analiza, y puede dar lugar a una propuesta para el sector salud de emprender programas de apoyo a este grupo.

Este estudio es factible debido a la proporción de la población de personas de la tercera edad que habitan en esta zona . Según datos de la CONAPO, la proporción dela población total en 2010 es de 8.7; el índice de dependencia DE ADULTOS MAYORES ES DE 13.2 , el índice de envejecimiento de 33.8 y el índice de dependencia demográfica 57.2 , con una esperanza de vida para hombres

de 20.8 y mujeres de 22.7 a los 60 años, por lo cual este proyecto cuenta con una población blanco y accesible para poder llevarlo a cabo dentro del marco de esta zona(3).

Introducción al marco teórico

La Grecia antigua realizó el vínculo entre las civilizaciones de la ancestral Asia y la Europa salvaje. Para esos griegos adoradores de la belleza, la vejez con su deterioro inevitable, no podía menos que significar una ofensa al espíritu, motivo de mofa en sus comedias. Las numerosas leyes atenienses que insisten en el respeto a los padres ancianos, hacen suponer que no eran muy acatadas. La vejez se consideraba en sí misma una tara(7) Sin embargo Platón relaciona la vejez feliz a la virtud. Al introducir la cultura, la corporalidad y la subjetividad del anciano, la bioética del cuidado de largo plazo se desplazará hacia un concepto de ética y adulto mayor. En cuanto a la calidad de vida, el concepto de calidad de vida, el constructo calidad de vida, aparece desde la segunda mitad de los años 60, en la literatura científica, llegando a consolidarse en los años 70.

El primer rasgo de la calidad de vida, es su carácter subjetivo. Comunicar la sensación personal de satisfacción o plenitud es difícil. La virtud social de la simpatía, que puede concebirse como un recurso moral que atesoran las comunidades, puede profesionalizarse como intuición empática y es de ayuda en el ejercicio de las profesiones éticas que tratan con personas. De lo anterior se infiere que la evaluación de este carácter de la calidad de vida requiere de especial cuidado en lo metodológico. Como el dolor, como la emoción como todo estado vivencial interior, el objetivar la satisfacción supone transformar una sensación o un afecto en una percepción "externalizar" y convertir a expresión concreta lo que puede ser vaga e imprecisa afección(8).

Objetivo general

Describir aspectos de salud, sociodemográficos y de perspectiva laboral en los adultos de la tercera edad de la zona conurbada Tampico-Madero-Altamira.

Objetivos específicos

1.-Analizar las condiciones de salud de las personas de la tercera edad. 2.-Identificar los indicadores sociodemográficos de las personas de la tercera edad. 3.- Determinar la actitud hacia

una perspectiva. laboral de este grupo etáreo. 4.- Análisis ético de los dilemas que plantea la situación de este grupo de población o etáreo.

Criterios de inclusión

1.- Ser Adulto Mayor de 60 a 70 años. 2.-Se encuentre o no laborando 3.-Que no tenga discapacidad (para actividades de la vida laboral y cotidianas) 4.-Que pertenezca a la zona conurbada Tampico-Madero-Altamira. CRITERIOS DE EXCLUSION: Enfermedades discapacitantes. Que no desee participar en el estudio. B.- Población: La población blanco corresponde a los adultos con periodo de edad de 60 a 70 años, que residen en la zona de estudio. La población accesible corresponde a las áreas de oportunidad laboral, clínicas de atención de primer contacto y grupo familiar. Se determina un total de 150 personas que reúnan los criterios de inclusión para ser entrevistadas por el investigador.

Instrumentos de medición

Material: El conjunto de instrumentos de medición de las variables en estudio corresponde a : 1.- El cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez (13 Sánchez palacios Concepción 2004); (CENVE) 2.- El cuestionario de autoestima de Rosemberg; (6) 3.-Test de Optimismo Disposicional de Sheier y Carver) (6) 4.- La escala de actitud hacia el propio envejecimiento, es una subescala que pertenece al cuestionario de satisfacción geriátrica de Filadelfia (Lawton)(6) y 5.- El perfil de salud de Nottingham.(Hunt et al).(6). 6.- Las variables sociodemográficas se registrarán por medio de una Entrevista Estructurada siendo: edad, nivel de estudios ,sexo y estado civil; en esa misma entrevista se recogerán variables psicosociales que corresponden a variables de convivencia familiar, salud subjetiva,percepción subjetiva de edad y participación en actividades sociales y religiosas, así como la variable de nivel de actividad física.

Análisis de resultados

La presente investigación realizada en personas de la tercera edad, pretende resolver una interrogante sobre las actitudes hacia la vejez, analizando variables como la autoestima, el perfil de salud, la actitud hacia el propio envejecimiento y el comportamiento social. El estudio se

distribuye por género con un 45% (67) correspondiente al sexo masculino y corresponde al género femenino el 55% (83) el análisis del estado civil, de condición casado, con el 59% (88), de condición soltero el 11% (46), con respecto al estado de viudez el 26% (39) , se presentaron el 1.3% (2) como divorciado y el 3.3% (5) unión libre. También se analizó el nivel de estudios realizado, el cual muestra, primaria el 34% (51) secundaria 26% (39), el 11% (17) preparatoria, a nivel técnico se encuentra el 11% (17) , profesional el 17% (26). Se realizó un análisis de las características relacionadas con la esfera emocional, familiar, de perfil de salud y de sociabilidad, viven solos en su propia casa el 10% (15), acompañado por familiar el 79% (119) ; o viven en casa de algún familiar el 11% (16).El 13% (20) ; al cuidado de algún familiar y el 87% (130) no se encuentran a cargo o cuidado de familiares. Percibe su estado de salud, en comparación con las personas de su misma edad el 50% (75) similar al de la mayoría, el 42% (63) mejor que la mayoría y solamente el 8% (12) peor que la mayoría. En cuanto a la pregunta de: Con que frecuencia acude al médico?; Encontramos: las siguientes respuestas.: una vez al mes: 25% (37) . cada 3 meses: 27% (40). Dos a tres veces al año: 29% (43); Una vez al año o menos el 20% (30).- Para la pregunta: independientemente de la edad que tiene ¿con cuantos años se siente usted? Respondieron: con menos años de los que tengo: 45% (68); con los mismos años que tengo 46% (69) ; con mas años de los que tengo 9% (13).. el tipo de actividades comunitarias en las que participa y la frecuencia con que lo hace: frecuentemente 2 a 3 veces por semana o diario contestaron 11% (17); De vez en cuando 2 a 3 veces por mes o menos contestaron: 19% (29); y Nunca contestaron: 69% (104).

En cuanto a su pertenencia a un club o asociación deportiva o cultural: Contestaron que frecuentemente 2 a 3 veces a la semana o diario : 12% (18) ; De vez en cuando (una o 2 veces al mes o menos) contestaron 20% (30) ; y Nunca contestaron 68% (102). Realizar o acudir a actividades religiosas: Contestaron que frecuentemente 2 a 3 veces por semana o diario; 49% (74) ; señalaron que de vez en cuando (una o dos veces al mes o menos) : 32% (49) y que nunca apuntaron 17% (26). En cuanto a ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor el nivel de actividad física que tiene usted normalmente? (al menos una hora 3 a 4 veces por semana; gimnasia, pasear, algún deporte) : dijeron 23% (35); 3 a 4 veces al mes (bailar , pasear, jardinería) :mostraron 31% (46); Realizo solo actividad doméstica normal (compras gestiones, comida, arreglo de la casa,) afirmaron 33% (50); Estoy casi inactivo físicamente (ver T.V. , jugar a las cartas , coser),marcaron 13% (19). En cuanto a voluntariado social: frecuentemente (2 a 3 veces por semana o diario) apuntaron: 11% (16); De vez en cuando o dos veces al mes o menos)

indicaron 19% (28). En cuanto a nunca: contestaron 71% (106). La segunda fase corresponde al análisis de resultados de escalas que evaluaron estereotipos negativos hacia la vejez, el perfil de salud, autoestima y actitud hacia el envejecimiento. La evaluación de autoestima en las personas de la tercera edad, medida bajo la escala de Rosemberg, nos muestra los siguientes resultados: Con valor mínimo de 17 y un máximo de 40, refiere un promedio de 30.4 DE 4.4 Por medio del análisis de percentiles, 75, el valor es de 34. Actitud hacia el propio envejecimiento: La medición de la actitud hacia el propio envejecimiento, nos muestra que el 19% (29) presenta una actitud de satisfacción y el 18 % (59) presenta una actitud negativa hacia el propio envejecimiento. Perfil de salud Del perfil de salud, de la dimensión de energía, el 66% (99), tienen un buen perfil de salud, mientras que el 34 %, refiere algún problema de salud. En la dimensión de la percepción del dolor, el 44% (66), refieren no tener una molestia dolorosa; mientras que el 56% refieren tener alguna molestia.

En la dimensión de reacciones emocionales, el 40% (60), no refiere presentar algún tipo de alteración emocional, de las reacciones emocionales, algunas cosas que deprimen, se encuentra el 24 % (36); el resto refiere alteraciones emocionales de otra naturaleza En la dimensión del sueño, el 46.7%, no presenta alteraciones del sueño; mientras que el 54% Refiere alteraciones en su patrón de sueño; siendo la más frecuente, la medicación nocturna, con el 28.7% (43). En la dimensión de aislamiento social, no se presenta alteraciones en el 59% (89); mientras que El 41% refieren alguna alteración de tipo aislamiento social. En relación a la movilidad en la tercera edad, el 48% (72) no refieren alteraciones en su movilidad; Mientras que el 52% refieren alguna alteración en su movilidad diaria; siendo la más relevante la Dificultad para agacharse con el 16.7% (25) El análisis de la variable, estereotipos negativos hacia la vejez, se analiza en relación al sexo, aplicándose una prueba de diferencias de medias, con los resultados siguientes para las tres dimensiones de la escala Para la dimensión del sistema Salud, el género masculino presenta un promedio de 13.9 DE 3.2, en comparación con el género femenino con promedio de 12.4 DE 3.6, esta diferencia, es significativa,, con resultado de $t = 2.3$ $p = .02$.

Con respecto a la dimensión de carácter y personalidad, el género masculino tiene un promedio de 13.2 DE 3.3, comparado con el género femenino, con promedio de 12.3 DE 3.7; esta diferencia no es significativa, el resultado de la prueba es de $t = 1.4$ $p = .14$. La dimensión de Motivacional social, presenta para el género masculino un promedio de 13.3 DE 3, comparado con el género femenino, que alcanza un promedio de 12.4 DE 3.5; esta diferencia se considera no significativa, el valor de la

prueba obtenido es $t = 1.6$ $p = .10$. El análisis del valor global de la prueba, muestra que el género masculino, con promedio de 40.5 DE 8.5, tiene una diferencia significativa con respecto al género femenino, que tiene promedio de 37.4 DE 10 ($t = 1.9$ $p = .04$). Se realizó una matriz de correlación entre las diferentes escalas, en una primera parte se asocia la escala de estereotipos negativos hacia la vejez y sus dimensiones con la escala de autoestima y actitud hacia el propio envejecimiento, los resultados obtenidos muestran las correlaciones significativas entre los siguientes grupos: El estereotipo negativo de salud se asocia con el estereotipo negativo de motivación social ($r = .76$, $p = .01$). El estereotipo negativo de salud se asocia al estereotipo negativo de carácter y personalidad ($r = .71$, $p = .01$). El estereotipo negativo de salud se asocia con la escala de autoestima ($r = -.33$, $p = .01$). El estereotipo negativo de salud se asocia con la escala de actitud hacia el envejecimiento ($r = .37$, $p = .01$). El estereotipo negativo de motivación social se asocia al estereotipo de personalidad ($r = .75$, $p = .01$). El estereotipo negativo de motivación social se asocia en la escala de autoestima ($r = -.46$, $p = .01$). El estereotipo negativo de motivación social se asocia a la escala hacia el propio envejecimiento ($r = .44$, $p = .01$). La escala de autoestima se asocia con la escala de actitud hacia el propio envejecimiento ($r = -.38$, $p = .01$).

En una matriz de correlación se asocio la escala de actitud hacia el propio envejecimiento con el perfil de salud de Nottingham en sus diferentes dimensiones, se presenta una correlación significativa con el perfil de salud, de dolor, ($r = .43$, $p = .01$); con el perfil de salud, de reacciones emocionales ($r = .46$, $p = .01$); de la dimensión del perfil de salud sobre sueño ($r = .44$), $p = .01$); En la dimensión de aislamiento social ($r = .43$, $p = .01$); en la dimensión de movilidad ($r = .48$, $p = .01$). Se llevó a cabo un análisis de regresión múltiple, teniendo como variable dependiente la escala de autoestima, y variables predictoras, en sus diferentes dimensiones de las que resultan significativas para predecir autoestima son las siguientes: Estado civil ($p = .07$); estereotipo negativo correspondiente a motivación social ($p = .008$); perfil de salud correspondiente a percepción de dolor ($p = .05$); perfil de salud en la dimensión de reacciones emocionales ($p = .01$); y perfil de salud en relación a movilidad ($p = .06$).. Por su forma de convivencia, la mayoría de las personas de la tercera edad vive en casa acompañado con un familiar.

En general se puede interpretar como que aún viven con su pareja, ya que la mayoría refiere estar bajo la condición civil de casado. Sin embargo la más alta autoestima fue para la condición de soltero. La mayoría no se encuentra teniendo a su cargo familiar. Lo cual por una parte les da

cierta independencia. Y la mayoría refiere sentirse en cuanto a su estado de salud, similar al de los demás., La frecuencia con que acuden al médico es de aproximadamente 2 a 3 veces al año, la mayor parte de ellos, siendo importante identificar los factores que influyen en la decisión de acudir pocas veces al año al médico en algunas personas. La mayoría se siente con la misma edad que tiene, es decir no se sienten más avejentados, aunque tampoco más jóvenes. La mayor parte de estas personas nunca participan en actividades comunitarias. La percepción apropiada de salud se encuentra asociada con mejor motivación social, con una personalidad más positiva y con mayor autoestima; la percepción de salud también refleja una asociación con una actitud más positiva hacia el propio envejecimiento. El estudio de la actitud hacia el propio envejecimiento se asocia con las dimensiones del perfil de Nottingham, presentando en ese grupo mejor tolerancia al dolor, mejores reacciones emocionales y una percepción del sueño más tranquila, no se perciben aislados socialmente y refieren una mejor movilidad en sus actividades de la vida diaria.

Análisis ético

Dilemas bioéticos: ¿Porqué teniendo servicio médico sufren dolores, insomnio , angustia; y además aislamiento social y soledad?. Aunque no se analizó el nivel socioeconómico , la mayoría (los más fueron entrevistados en las salas de consulta externa del Hospital Cemain Tampico). parece tener acceso a los servicios médicos; otros dilemas,; querer trabajar y no poder; poder trabajar y no encontrar trabajo. ...¿Cómo influir para que la gente se involucre en labores de voluntariado? ¿Porqué habiendo instancias gubernamentales que brindan un sinnúmero de apoyos teóricos, según arroja esta investigación no está involucrada más gente? ¿Cuál es la justicia distributiva en estos casos? Porque habiendo una ley que prevé todo lo relativo a la salud, recreación, trabajo, etc. ¿ no están cubiertas todas las capas poblacionales.? De acuerdo con Vivancos , (11), consideramos que la situación de la ancianidad “implica una calificada exigencia de resguardo, en la cual importan no solamente la lucha por las declaraciones y reconocimientos de sus derechos, sino el especial esfuerzo en traducir estos derechos en conductas materiales verdaderamente compatibles con la humanidad y la solidaridad que se debe a individuos que han dado todo de sí en la oportunidad en que fueron actores sociales y que pueden seguir brindando , durante mucho tiempo después , su experiencia y sabiduría “. Marcar la corresponsabilidad entre el estado y las familias con un anciano a su cargo debe ser una exigencia social indiscutible, pero Además es necesario que de esta corresponsabilidad se siga una integración y una normalización de sus vidas .Decir esto equivale a afirmar que el anciano forma parte por derecho

propio de la comunidad social y debe llevar una vida tan normal como sea posible. Habrá que integrarlo y convivir con él de la mejor manera posible (no verlo como una carga social y familiar).(12),(14). Tenemos que ayudarnos los unos a los otros , pues no solo es signo de humanidad sino que, de alguna manera, ayudando a estos nos ayudamos a nosotros mismos, pues apostamos por un futuro mejor. Hay que cuidar (en el presente) como nos gustaría que nos cuidaran a nosotros dentro de unos años (para el futuro) Solidaridad intergeneracional).

Hay que dar gratis lo que recibimos gratis. Si nos han cuidado de pequeños de manera gratuita, ¿Quién se atreve a no hacer lo mismo por ellos ¿.Aquí el deber paternal y filial están al mismo nivel.(Gratuidad) (12)La ética solidaria sirve para hacer un mundo más justo y más humano, para defender los derechos de los seres humanos, para buscar el bien en todo. Pero la ética se puede hacer de 2 maneras: “desde la mente”; desde las reflexiones teóricas que nos indican que es lo que tenemos que hacer , o “desde el corazón”, desde el sentimiento, desde lo que nos toca por dentro (desde la práctica directa); es ahí donde debemos hacer hincapié en trabajar nuestra "humanidad", desde el corazón, desde el amor , desde la ternura... “Tener respeto , cariño y solidaridad hacia los mayores, son signos no sólo de humanidad, sino de calidad humana. Apostemos por estos valores: solidaridad, respeto y cariño, sobre todo porque muchas veces es lo único que les puede quedar y porque son los valores que realmente humanizan y dignifican el misterio inabarcable de toda persona anciana...”. Termino mencionando una reflexión del gran García Márquez, refiriéndose a los millones de adultos mayores que hoy viven en nuestras pequeñas, y grandes poblaciones en México y América Latina “ a los viejos les enseñaría que la muerte no llega con la vejez, sino con el olvido". (4)

Propuestas

Se identifican una parte de las personas entrevistadas que nunca participan, la mayoría, en actividades comunitarias. Se propone involucrarlos vía DIF, que ya tiene programas establecidos; promoverlos. Involucrarlos en actividades de voluntariado. Educación a la sociedad para una actitud más positiva hacia las personas de la tercera edad. Para mostrarles mayor respeto, así como para bridarles preferencias en trámites, etc. Se identifican también alteraciones osteomusculares que impiden mayor actividad, así como alteraciones emocionales y aislamiento social. La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Estado de Tamaulipas (13) CONTEMPLA: En su Artículo Primero que tiene por objeto proteger, garantizar y difundir los

derechos de las personas adultas mayores sin distinción alguna, para propiciarles una mejor calidad de vida y garantizarles su permanencia como sector estratégico y de experiencia para el desarrollo social, económico, político y cultural. En su Artículo Segundo dice: la vigilancia y aplicación de esta ley estará a cargo de : El ejecutivo del Estado, a través de la Secretaría de Salud, El Sistema Para el Desarrollo Integral de la Familia y otras dependencias en sus ámbitos de responsabilidad... Y en su Artículo Tercero nos dice que contempla, Consejo Asesor, integración Social, Asistencia Social, Atención Médica, Geriátrica y gerontología... 1.- CASAS DE ANCIANOS (INTEGRARLOS A LAS CASAS CLUB Y CLUBES DEL ADULTO MAYOR, QUE YA MANEJA EL GOBIERNO DEL ESTADO A TRAVÉS DEL SISTEMA D.I.F.(SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA PARA PROMOVER TERAPIA OCUPACIONAL A TRAVES DE TALLERES , CURSOS , PLÁTICAS Y ACTIVIDADES RECRETIVAS, ASI COMO DE PORTIVAS.PARA INTEGRARLOS A LO SOCIEDAD

2. VALORACIONES PSICOMÉDICAS. MÍNIMO UNA VEZ AL AÑO, PARA CONSERVAR Y PROMOVER SU SALUD. 3. TALLERES PARA DISMINUIR EL AISLAMIENTO SOCIAL, ASI COMO PARA INTEGRARSE A ALGUNA ACTIVIDAD PRODUCTIVA.PROMOVER LAS MODALIDADES DE EMPLEO QUE YA CONVOCA EL D.I.F EN LA CAPITAL DEL ESTADO. 4. PROMOVER LAS ESTANCIAS DE DIA PARA LOS CASOS DE LOS ADULTOS DEPENDIENTES QUE NECESITAN SER CUIADOS PORQUE SU FAMILIA VA A TRABAJAR. 5. Podría considerarse el apoyo de organizaciones de la sociedad civil, con el Estado como rector para alcanzar un cobertura mayor y más rápidamente. Como nos dice González Vázquez: "una mayor articulación entre los productores de demanda (la sociedad civil) y los generadores de resultados (gobierno) constituye una cuestión estratégica fundamental para fortalecer la cobertura". (Este estudio es descriptivo, hecho en población de nivel socioeconómico medio y medio bajo. Se piensa en promover otro estudio, por ejemplo en el área de aislamiento social, proponer un estudio de familia con un muestreo más amplio y de tipo aleatorio en la zona. A fin de mejorar la justicia distributiva, habrá que ver la manera de involucrar más personas en los programas de gobierno, que en el papel parecen excelentes, a través básicamente del sistema D.I.F. y de la Secretaría de Salud. Además de estar respaldados por la ley de los derechos de las personas adultas mayores del estado de Tamaulipas.

Bibliografía y citas

- 1.-ESCOBAR T.J. BIOETICA Y DERECHOS HUMANOS COLECCIÓN BIOS Y ETHOS. ED. EL BOSQUE. BOGOTÁ COLOMBIA 2ª. ED 2001; P.P. 19 Y 41
- 2.-PAPELES DEL CONSEJO NACIONAL DE POBLACION (CONAPO.).2010.CONSULTADO EN INTERNET EN FEB DE 212.

3-Sánchez G. D. ADULTOS MAYORES EN LA PLANEACION DEL ESPACIO TURISTICO RURAL EN TAMAULIPAS. PAPELES DE POBLACION. Ene-Mar. No.55 Toluca, México. 2008. P.p. 59-94

4.-Sánchez G. D. ENVEJECIMIENTO DEMOGRAFICO URBANO Y SUS REPERCUSIONES SOCIOESPACIALES EN MEXICO. RETOS DE LA PLANEACION GERONTOLOGICA. Revista de Geografía, Norte Grande.Diciembre,No 038 Chile. 2007. P.p. 45-61

5-TREJO M. C..El Viejo en la Historia. Acta Bioethica .Año Vii, No.1.,2001 OPS,Chile. p.p. 107 – 119.

6.-García-Viniegras C. R.; V. González B, M,Fernández G., Julio Ruiz R. CALIDAD DE VIDA Y SALUD EN LA TERCERA EDAD.UNA ACTUALIZACION DEL TEMA. Revista Electrónica de Psicología Iztacala,U.N.A.M. Vol. 8 No. 3 2005, p.p.1-16

7.-Lolas Stepke F. EL PROCESO DE ENVEJECER Y LA CALIDAD DEL CICLO VITAL. Revista Ars Medica, Vol 8, No. 8 p.p. 32-38

8-Sánchez P. C. Estereotipos Negativos Hacia la Vejez y su Relación con Variables Sociodemográficas, Psicosociales y psicológicas.Tesis Doctoral. U. de Málaga,España. 2004.

9.-Vivancos Angela. LOS DERECHOS DE LOS ANCIANOS.RevistaArs Medica,vol 8, No. 8 CHILE.p.p. 1-22.

10-García Férez J. BIOETICA Y PERSONAS MAYORES. PORTAL MAYORES.(2003)<http://www.imsersomayores.csic.es>consultado feb de 2012.

11.-LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN EL ESTADO DE TAMAULIPAS. (2007)

12.-Huenchuan N. S. POLITICAS PUBLICAS Y POLITICAS DE VEJEZ. ASPECTOS TEORICOS-CONCEPTUALES. CEPAL. Internet feb 2012.

Enfoque bioético de la infección por VIH/Sida en grupos vulnerables

Miriam Beatriz Machado Amador

Resumen

Introducción: La infección por el VIH/SIDA afecta cada vez más a determinados grupos de riesgo, incluso desborda sus límites, la vía de transmisión fundamental es la sexual, la bisexualidad favorece la propagación y rompe el mito de mayor vulnerabilidad masculina; todas las personas con vida sexual activa desprotegida pueden enfermar independientemente de su edad, sexo, credo, etnia, nivel cultural y/o posición socioeconómica. En el marco de este contexto nos surge una pregunta ¿Cómo explicar desde un enfoque bioético la vulnerabilidad en la epidemia por VIH/ SIDA? Método: Se realizó una revisión sobre aspectos históricos, filosóficos, epidemiológicos, mecanismos de transmisión, manifestaciones clínicas, diagnósticos y terapia antirretroviral y se buscó su relación con los principios de la Bioética clásicos y los más actuales. Las variables analizadas fueron la discriminación, el estigma, la vulnerabilidad, terapia antirretroviral y las acciones del Estado para detener la epidemia. Resultados: la discriminación y estigmatismo están relacionados con el respeto a la legalidad vigente en el país; la vulnerabilidad se relaciona con el principio de protección y prevención; la disponibilidad de antirretrovirales y la adherencia terapéutica al principio de autonomía y el de ejercer una libertad responsable; las acciones del Estado para detener la epidemia con los de justicia y más allá de la justicia, tanto a nivel social como individual, con el principio de solidaridad. Conclusiones: Consideramos que la incorrecta aplicación o violación de los principios de la Bioética en relación con los factores estudiados, contribuye a la propagación del virus y favorecen la vulnerabilidad a la infección por VIH/SIDA en Cuba y a nivel mundial ,provocando que las acciones gubernamentales, colectivas e individuales no logren el impacto necesario en la prevención , control de la epidemia y promoción de estilos de vida saludables. Recomendamos analizar y continuar investigando esta problemática con un enfoque bioético.

Introducción

La infección por el VIH/SIDA es una enfermedad de transmisión sexual por lo que todas las personas con vida sexual activa y relaciones desprotegidas pueden enfermar independientemente de su edad, sexo, credo, etnia, nivel cultural y/o posición socioeconómica. Por sus altas tasas de propagación se han identificado como las poblaciones de mayor riesgo de contraer y propagar la infección a los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), las(los) trabajadoras(res) sexuales (de ahora en adelante personas que practican el sexo transaccional o PPST), y las personas que comparten jeringas entre otros. Además una parte de la población femenina puede ser afectada a partir de la preferencia bisexual de sus parejas lo cual ha favorecido la propagación del virus entre las mujeres y roto el mito de mayor vulnerabilidad masculina. Es por esto que cualquier visión de un mundo sin nuevos casos o muertes por VIH – SIDA depende del control de la epidemia en estas poblaciones vulnerables muchas veces afectadas además por factores sociales como la pobreza, violencia y marginalidad, la discriminación , el estigma social , las inequidades generacionales y de género; factores todos que incrementan la vulnerabilidad al VIH

Entre los conflictos éticos relacionados con el la infección por el VIH/SIDA, podemos señalar además los problemas relacionados con el secreto profesional, la calidad y el carácter sagrado de la vida, el aborto y la anticoncepción, los problemas relativos al nacimiento y la muerte, el ensañamiento terapéutico, la reproducción humana y las investigaciones biomédicas. (1,2).

Estos aspectos éticos relacionados con la practica medica tienen gran importancia en el mundo actual, no solo porque constituyen un dilema para el individuo infectado por VIH/SIDA, más allá tienen que ver con los factores que favorecen el incremento de la epidemia a nuestro criterio, fuimos motivados en el hecho de la magnitud de éste problema de salud mundial no resuelto con las estrategias utilizadas hasta la fecha.

En esta investigación nos proponemos realizar un análisis desde una perspectiva bioética y a partir de los principios presentes en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de las estrategias que durante los últimos años se han diseñado en Cuba como respuesta a la epidemia por VIH – SIDA encaminadas a lograr un impacto en la población general y que repercuten en los grupos de riesgos identificados.

Objetivos

Objetivo general: Abordar desde un enfoque bioético algunos factores presentes en la infección por el VIH/SIDA en grupos vulnerables y fundamentar su la importancia del enfoque Bioético en el diseño e implementación de estrategias y políticas publicas para el enfrentamiento de esta epidemia.

Método

A partir de la revisión bibliográfica de documentos oficiales y públicos que fueron localizados a partir del sitio de Estadísticas de Salud (3) donde se describe la epidemia de VIH – SIDA en Cuba según sexo y dentro de los hombres se destaca la preferencia sexual. Haciendo énfasis en el perfil epidemiológico de los grupos vulnerables formados por HSH y mujeres se analiza desde un enfoque bioético la vulnerabilidad de estas poblaciones. Describimos como variables cualitativas la discriminación, estigmatismo, vulnerabilidad, y el impacto que sobre ellas han tenido algunas medidas tomadas en los últimos años para el control de esta epidemia. Puesto que los autores no poseen acceso a la base de datos de VIH/SIDA del Ministerio de Salud Pública y los datos tampoco están disponibles en el anuario estadístico de salud las principales fuentes de información utilizadas fueron:

- A. Informes de la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) de Cuba.
 - ∞ Encuesta a Personas con VIH/Sida-2011(4) [
 - ∞ Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/SIDA 2011. Resumen de Resultados(5)
- B. Artículos publicados en las revistas de Higiene, Epidemiología y Microbiología y Revista Cubana de Salud Pública.(6,7)

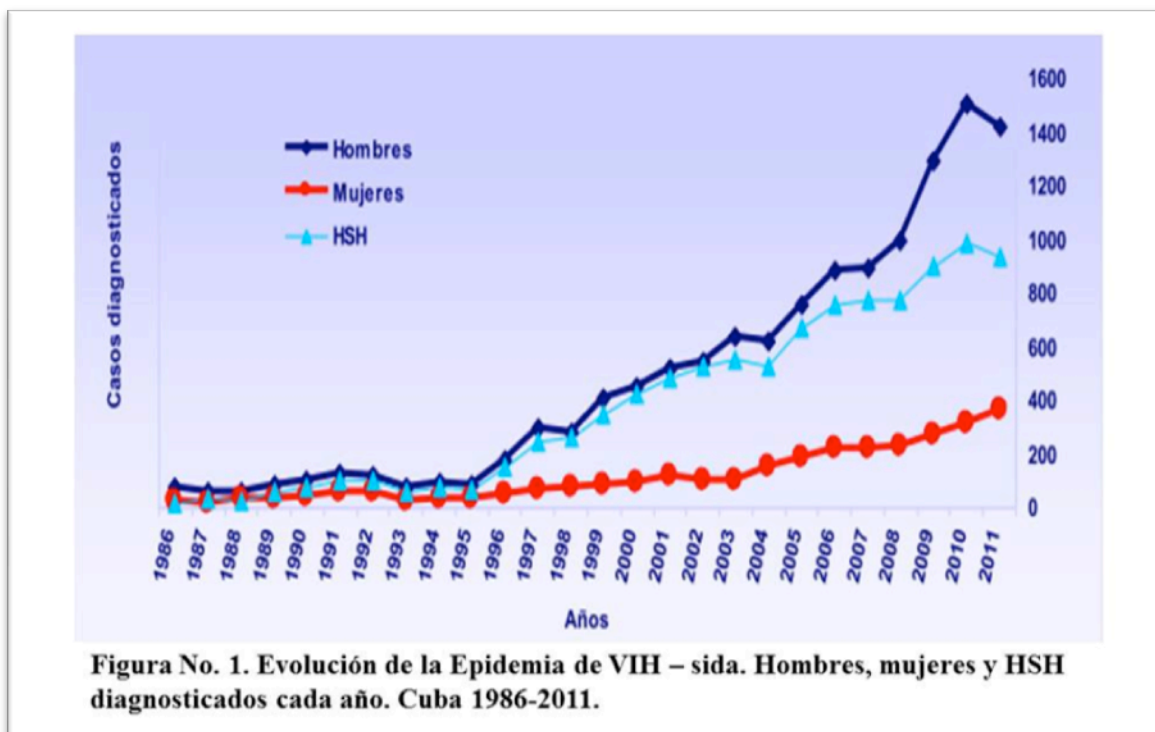
Resultados

La epidemia por VIH – SIDA en Cuba

En Cuba, las primeras personas positivas al VIH fueron reportadas a principios del año 1986 (figura 1). La tasa de incidencia de personas VIH positivas presenta una tendencia ascendente, incremento regular que se hace mayor a partir del año 1995 con un pequeño declive del número total de casos diagnosticados en el año 2010 en todos los grupos excepto las mujeres. La media

anual de seropositivos diagnosticados es de 385 casos, y fue el año 1987 el de menor incidencia, con 76 diagnósticos y una tasa de incidencia de 7,24 personas positivas al VIH por cada millón de habitantes. (6)

Estudiando a lo largo del tiempo, el diagnóstico de los hombres VIH positivos es superior al de las mujeres Sin embargo dentro del sexo masculino la mayor parte de los diagnosticados como positivos al VIH fueron homo bisexuales, grupo que ha mantenido un predominio a partir del año 1989, describiendo una curva francamente ascendente en el periodo 1989 – 2005 a pesar de descender en los últimos años (7).



Fuente: Tomado de Informe de la Encuesta a Personas con VIH/Sida-2011.

Distribución de los diferentes grupos de riesgo de infección y propagación de VIH – SIDA en la población cubana

Según estimados de la Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/Sida-2011, la población cubana de 12 a 49 años presenta un equilibrio en cuanto a sexo; está compuesta por un 49.1% de mujeres y 50.9% de hombres de los cuales cerca un cuarto de millón (204 810) son HSH, lo que representan el 6.3% de los hombres cubanos y el 7% dentro de los hombres que han tenido relaciones sexuales alguna vez. Según su comportamiento sexual cerca

de la mitad de ellos (46.7%) son bisexuales, es decir hombres mantienen relaciones sexuales con otros hombres pero también con mujeres. Las PPST, estimadas en 98135, representan el 1.5% de la población de 12 a 49 años, el 2.0% de los hombres y 1.1% de las mujeres comprendidas en esas edades. (Figura 2) En cuanto a los hombres que practican sexo transaccional resultados de la encuesta permitieron corroborar que la tercera parte de ellos (34.3%) tienen prácticas homo-bisexuales, en tanto el resto realizan este tipo de intercambio con mujeres. También se verificó que la mayoría de los HSH (89.3%) no practican sexo transaccional.

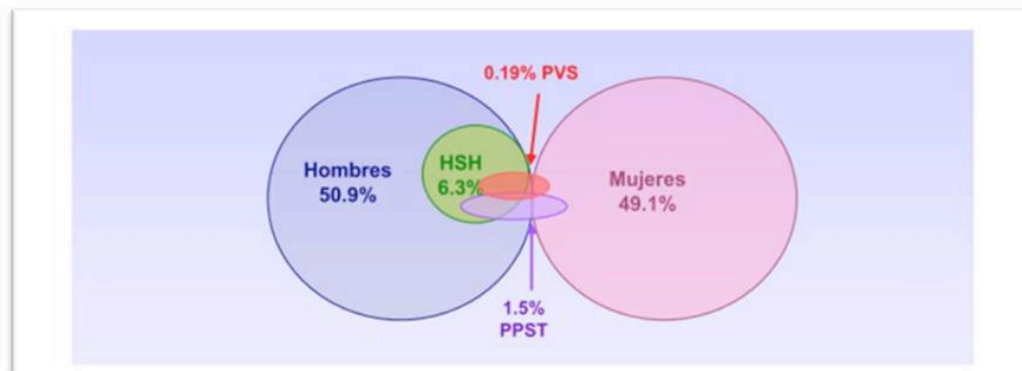


Figura No. 2. Estructura de la población cubana de 12 a 49 años según los grupos vulnerables (mujeres, HSH y PPST) y personas viviendo con sida (PVS).

Fuente tomada de: Informe de la Encuesta a Personas con VIH/Sida-2011.

Diferenciales de vulnerabilidad social en grupos de riesgo de infección y propagación de VIH - SIDA

Nivel educacional

La población cubana en general tiene un alto nivel educacional. El 62.9% tiene enseñanza media superior o superior terminada y entre ellos el 11.3% son universitarios. Las mujeres cubanas son más instruidas que los hombres (66.6% de ellas tienen enseñanza media superior o superior terminada), teniendo un peso importante en estas diferencias las proporciones de universitarios que son 5 puntos porcentuales más elevadas en las mujeres que en los hombres (13.8% versus 8.8%).

Los HSH también tienen un alto nivel de instrucción, el 69.3% de ellos tienen enseñanza media superior o enseñanza superior terminada y entre ellos el 12.7% tiene nivel universitario, siendo ambas proporciones superiores a las que se registran entre la población masculina en general. Las

PPST son en general relativamente menos instruidas que el resto de la población y particularmente en lo referido a la enseñanza superior. Son menores dentro de este grupo las proporciones de universitarios (10.1% versus 11.3% en la población general). Además comparativamente con la población general son mayores las distinciones entre las mujeres. Es relativamente menor dentro de ellas la proporción de universitarias (10.5% versus 13.8%) y son más frecuentes las que no tienen ningún nivel terminado (4.4% versus 0.7%).

Actividad laboral

La mayor parte de la población cubana comprendida en esas edades, se encontraba trabajando o estudiando (80.7%) la semana anterior a la encuesta, aunque el comportamiento por sexo fuera distinto. En el caso de las mujeres algo más de una cuarta parte de ellas (27.4%) labor que realizaban también exclusivamente el un 3.8% de los HSH. Un 4.8% de estos declaró no realizar ninguna actividad socioeconómica, siendo esta proporción relativamente más elevada que la que se registra entre la población masculina en general.

Las PPST muestran una participación ante el trabajo o el estudio similar a la que se registra dentro de la población general. Cuatro de cada cinco (80.1%) se encontraban trabajando o estudiando, aunque por sexo el comportamiento sea diferenciado respecto al que se registra en la población y especialmente en las mujeres. Mientras el 68.5% de las mujeres de la población general estudian o trabajan, entre las féminas que practican sexo transaccional la proporción es del 63.1%, es decir 5.4 puntos porcentuales inferior. También resultan comparativamente más elevadas entre las mujeres que practican sexo transaccional las proporciones de quienes buscan trabajo (3.7% versus 0.8%). Otra característica que también distingue a las PPST del resto de la población, es que son particularmente más elevadas dentro de este grupo las proporciones de quienes no realizan ninguna actividad (5.0% versus 1.8%).

Provincia de residencia

En Cuba, La Habana resulta ser la provincia mayormente poblada y concentra cerca de la quinta parte de la población (18.8%) siguiendo en orden de proporciones Santiago de Cuba (9.4%) y Holguín (9.2%). Estas tres provincias agrupan algo más de la tercera parte de la población (el 37.4%). En el caso de los HSH en esas provincias se encuentra el 46.4% de ellos. Además de La Habana y Holguín, se observan proporciones de HSH superiores a la media nacional en Pinar del

Río, Matanzas, Ciego de Ávila y Granma. Las PPST provienen fundamentalmente de La Habana, Villa Clara y Santiago de Cuba agrupando cerca de la mitad de las mismas (49.5%).

Movilidad territorial

La mayoría de la población cubana (89.1%), se mantuvo en su residencia habitual en el año previo al levantamiento de la encuesta y la movilidad territorial entre los hombres fue ligeramente superior a la que se registró entre las mujeres (11.4% versus 10.4% respectivamente). Sin embargo entre los HSH y las PPST son comparativamente superiores las proporciones de quienes cambiaron su residencia habitual durante un mes o más en el último año, siendo esta característica más frecuente entre las PPST (28.2%) que entre los HSH (16%). Entre las PPST también se observan comportamientos diferenciados que indican que la migración interna es más recurrente entre los hombres con este tipo de prácticas que entre las mujeres (30.9% versus 23.3%).

Frecuencia con que bebe alcohol

El 0.7% de la población de 12 a 49 años (1.2% de los hombres y 0.1% de las mujeres) refirió consumir alcohol todos los días y el 8.8% de ellos y el 0.9% de ellas lo consumen al menos 2 veces por semana, lo que prácticamente convierte a quienes se encuentran en esta condición en personas con adicción alcohólica (cuadro 2.10). Adicional a ello, el 35.1% de hombres y 12.7% de mujeres refieren ser bebedores ocasionales, es decir, consumen alcohol una vez por semana o menos, lo que de conjunto con los que beben con mayor frecuencia hacen que el 43.9% de los hombres y el 23.6 % de las mujeres puedan estar en riesgo de tener relaciones sexuales bajo sus efectos.

Los HSH y las PPST, constituyen los grupos más vulnerables a la infección por VIH en el país y comparativamente ingieren bebidas alcohólicas con mayor frecuencia que el resto de la población. El 39.8% de los primeros y el 65.1% de las PPST declaran ser consumidores de alcohol y alrededor de uno de cada diez (10.9% de los HSH y 12.0% de las PPST) consumen al menos 2 veces por semana, incrementando así su exposición al riesgo ya que sabido que bajo los efectos del alcohol es más difícil negociar el uso del condón.

Tabla 1: Distribuciones de los distintos grupos poblacionales según escolaridad, actividad laboral, provincia de residencia, movilidad territorial y frecuencia con que ingiere bebidas alcohólicas por sexo. Cuba 2011.

Variable	Población general				Personas que practican sexo transaccional		
	N=6425101				n=98135		
	n=26137						
	Ambos sexos (%)	Mujeres (%)	Hombres (%)	HSH (%)	Ambos sexos (%)	Mujeres (%)	Hombres (%)
Escolaridad							
Enseñanza primaria	9,4	9,2	9,5	3,5	1,8	0,3	5,1
Enseñanza secundaria	27	23,5	30,5	26,3	3,4	28,5	22,1
Enseñanza media	51,6	52,8	50,5	56,6	24,3	56,5	62,5
Enseñanza superior	11,3	13,2	8,8	12,7	60,4	10,5	9,9
Ninguno	0,7	0,7	0,7	0,9	10,1	4,4	0,4
Actividad laboral							
Trabaja	63,3	80,4	74,8	80,4	70,6	54,2	79,5
Estudia	17,4	7,3	17,6	7,3	9,5	8,9	9,9
Busca trabajo	1,3	2,1	1,8	2,1	1,6	3,7	0,5
Quehaceres del hogar	13,7	3	0,5	3	11,1	28,8	1,3
No realiza ninguna actividad	1,8	4,8	2,6	4,8	5	3,1	6
Provincia de residencia							
Pinar del Río	5,2	5,1	5,2	6,0	3,6		
Artemisa	4,6	4,6	4,7	4,1	3,2		
La Habana	18,8	18,9	18,5	26,6	19,6		
Mayabeque	3,4	3,4	3,4	2,7	4,5		
Matanzas	6,2	6,2	6,2	6,4	6,5		
Villa Clara	6,8	6,8	6,8	6,1	13,2		
Cienfuegos	3,6	3,6	3,7	3,3	0,6		
Sancti Spiritus	4,1	4,1	4,0	1,4	2,2		
Ciego de Ávila	3,9	3,9	3,8	4,5	3,4		
Camagüey	7,0	7,0	7,0	6,3	4,2		
Las Tunas	4,9	4,9	4,9	3,4	2,9		
Holguín	9,2	9,2	9,2	12,9	7,0		
Granma	7,5	7,5	7,6	7,7	9,2		
Santiago de Cuba	9,4	9,5	9,4	6,9	16,7		
Guantánamo	4,6	4,7	4,6	1,5	4,0		
Isla de la Juventud	0,8	0,8	0,8	0,2	0,7		
Movilidad							
Vivieron fuera de su residencia habitual durante 1 mes o más en el último año	10,9	11,4	10,4	16,2	28,2	30,9	23,3
No cambiaron de residencia habitual en el último año.	89,1	88,6	89,6	84,2	71,8	69,1	76,1
Frecuencia con que bebe alcohol							
Todos los días	0,7	1,2	0,1	2	1,8	2,6	0,3
4 a 6 días por semana	0,4	0,4	0,1	0,9	0,7	0,3	1,5

2 o 3 días por semana	3,9	6,9	0,7	8	9,5	10,9	5
1 vez a la semana	8,9	14,6	3,1	11	14,1	18,1	6,6
Menos de una vez por semana	15,1	20,5	9,6	17,8	28,7	32,4	21,7
Nunca	70,4	55,3	86	59,8	43,8	33,5	62,9
No sabe o no responde	0,6	0,8	0,4	0,4	1,4	1,1	2

Fuente: Modificado de Informe de la Encuesta a Personas con VIH/Sida-2011.

Aspectos bioéticos a tener en cuenta en el diseño e implementación de estrategias y políticas públicas saludables dirigidas a la prevención y control de la epidemia por VIH – sida en grupos vulnerables y/o de alto riesgo

La epidemia de VIH – sida en Cuba continúa siendo un importante problema de salud aún no resuelto con las estrategias utilizadas hasta la fecha. La magnitud de la misma en grupos reconocidos como vulnerables y/o de alto riesgo muestra que las principales estrategias deben dirigirse precisamente a estos grupos.

Varias organizaciones internacionales e investigadores como Ferrer y Álvarez (8,9) han realizados estudios con enfoques bioéticos relacionados con la infección por el VIH/SIDA. Coincidimos con ellos en que la persistencia de algunos de estos problemas se debe a la violación o incorrecta aplicación de los principios de la Bioética. En el caso de los grupos vulnerables y/o de alto riesgo se ven más afectados por factores como la discriminación y estigmatismo, y al acceso a los tratamientos (terapia antiretroviral), condiciones que aumentan su vulnerabilidad al VIH si no son tomadas en cuenta cuando se planifican las acciones del Estado para limitar la propagación de la infección por este virus.

I- Discriminación y estigmatismo

En las disposiciones generales de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (10) se dictan varios artículos el número 11 se refiere a la no discriminación y no estigmatización; plantea que ningún individuo o grupo debería ser sometido por ningún motivo, en violación de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a discriminación o estigmatización alguna, los estados deben cumplir con tales disposiciones adecuándolos a los diferentes contextos.

La estrategia nacional relacionada con la no discriminación de las personas que viven con VIH/SIDA en materia civil, penal administrativa y laboral existente en Cuba protege a todos los ciudadanos. De ellos no están exentas las personas que viven con el VIH/SIDA. Para ellas se han creado y/o

modificado diversas leyes y/o resoluciones en vigor, corresponde al principio bioético de respeto a la legalidad vigente en el país. Tal estrategia permite además respetar el principio de Bioética de justicia, al persistir criterios errados se violan tales principios y la discriminación se mantiene; tener relaciones sexuales desprotegidas nos convierten en personas con conductas sexuales de riesgo independientemente de la orientación sexual, muchos piensan que la homosexualidad masculina solo como conducta de riesgo y no como una opción de orientación sexual

II-Vulnerabilidad:

En los inicios de la epidemia por el VIH/SIDA se pensó por la incidencia de casos en hombres homosexuales ,que sólo los hombres eran vulnerables a la infección, en los momentos actuales, el número de mujeres afectadas es cada vez mayor, se plantea entonces que las mujeres son mas vulnerables por varias razones ; la figura No 1 evidencia que a medida que aumenta la incidencia de casos diagnosticados aumenta el número de fémina infestadas, incluso en el año 2011, se observa un discreto incremento en relación con los HSH . Según las cifras casi el 50% de los hombres son bisexuales lo cual aumenta la vulnerabilidad femenina, los hombres con orientación sexual homo bisexual respetando el principio bioético de autonomía pueden guardar el secreto de que mantienen o han tenido en algún momento de su vida ésta orientación sexual, mas si respetasen el principio bioético de no maleficencia, el de protección y prevención bien podrían informar a su pareja hetero para que se proteja.

Vale entonces tomar en cuenta los principios de la Bioética al momento de trazar estrategias y políticas públicas dirigidas a la prevención y control de la epidemia por VIH – sida. En Cuba donde se respetan los derechos civiles, penales y laborales de toda la población incluyendo a los HSH y/o personas que viven con VIH y donde se han trazados múltiples estrategias sin embargo aún los grupos vulnerables estudiados resultan afectados por la epidemia, supone que la vulnerabilidad puede estar relacionada fundamentalmente más con el componente biológico ya descrito por la ciencia y la autorresponsabilidad de los individuos para si y para con los demás, que es el principio de no maleficencia, los principios de bioética se deben aplicar a toda la población pero en lo fundamental a los grupos vulnerables, una prueba de ésto es la situación en nuestro país, consideramos que en realidad es difícil separar unos principios de otros sean los clásicos y los más actuales, y quizás el análisis holístico permite obtener mejores resultados y por tanto brindar recomendaciones para la solución de los problemas.

Las parejas deben trabajar para mantener un saludable sentido de su propia sexualidad, que no es solo tener relaciones sexuales, pues cumple varias funciones, es la forma en que nos comportamos, también es la expresión de los sentimientos y valores espirituales y humanos, consideramos debe analizarse este tema aplicando el principio bioético de beneficencia.

II- a: Vulnerabilidad de las Personas que Practican Sexo Transaccional en Cuba

Según los estimados de la Encuesta a Personas con VIH/Sida-2011 la edad modal de la féminas de éste grupo es en promedio inferior a la mitad de la registrada en la población total (17 años versus 40 años). Lo cual aumenta la vulnerabilidad femenina, las mujeres mientras mas jóvenes inicien sus relaciones, tienen más probabilidades de ser infestadas por hombres de mayor edad que ya estén infestados por el VIH y que al no estar conscientes ellas de su vulnerabilidad por ser jóvenes y/o adolescentes, en éste sentido no negocien el uso del condón, violándose el principio de no maleficencia y más allá de esto, el principio de protección, para conseguir efectivamente un nivel adecuado de justicia.

Es relativamente menor dentro de este grupo la proporción de universitarias (10.5% versus 13.8%) y son más frecuentes las que no tienen ningún nivel terminado (4.4% versus 0.7%). Comentar que el abandono de estudios superiores y la practica de sexo transaccional es un derecho que se atribuyen éstas personas, se pone en evidencia el principio de autonomía, es el respeto por las decisiones libres y voluntarias, pero ésta decisión puede aumentar su vulnerabilidad. El artículo 5 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (11) plantea sobre la Autonomía y responsabilidad individual que se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás.

En cuanto a vínculo laboral entre las féminas que practican sexo transaccional la proporción es del 63.1%, es decir 5.4 puntos porcentuales inferior de la población general. También son comparativamente más elevadas dentro de las féminas que son PPST las proporciones de quienes buscan trabajo (1.6% versus 1.3%) o no realizan ninguna actividad (5.0% versus 1.8%). Quizás las brechas en las cifras no sean tan sustanciales, pero se diferencian de las mujeres de la población general e imponen inequidad en materia de salud y la inequidad es una forma de violación de los principios de la bioética.

En cuanto a movilidad territorial éste grupo y los HSH se caracterizan por tener mayor movilidad territorial que el resto de la población (el 16% estuvo fuera de su casa durante un mes o más en el último año) consideramos que para ambos grupos la movilidad puede ser un factor que aumenta

su vulnerabilidad , que deben tener en cuenta el principio de no maleficencia que es primariamente no dañar física ni mentalmente , además del principio de precaución, y el de responsabilidad independientemente y sobre todo si tienen inestabilidad en la permanencia de sus domicilios. En este sentido valdría la pena investigar las causas de este fenómeno y tener en cuenta además los principios de los deberes de responsabilidad familiar y responsabilidad comunitaria.

III-El tratamiento con antirretrovirales

Cuando no se garantiza la terapia necesaria para los pacientes infectados se están violando principios de autonomía y justicia. En cuanto a adherencia al tratamiento las personas que viven con VIH/SIDA se les puede respetar el derecho de autonomía al determinar si se adhieren al tratamiento o no, mas allá de ésto se debe lograr que ejerzan una libertad responsable, éste es uno de los principios de bioética que garantiza una mejor calidad de vida para si para con los demás.

En nuestro país se garantiza una atención integral, personalizada a todos los portadores del VIH y enfermos del SIDA con tratamientos gratuitos de antirretrovirales y otros medicamentos.() Recordemos que el acceso a una atención médica e calidad y a los medicamento esenciales, especialmente para la salud de las mujeres y los niños, ya que la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien social y humano es uno de los principios de Bioética válido a nivel mundial(11,12)

IV-Acciones del Estado para limitar la propagación de la infección por el VIH

La Declaración del Milenio de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la resolución de la asamblea 55/2 enumera los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que deben ser cumplidos para el año 2015. El objetivo número 6 incluye específicamente la obligación de los Estados de controlar la epidemia del VIH/SIDA, y lo expresa en estrecha relación con el resto de objetivos, que tratan áreas muy relacionadas con otros derechos fundamentales. El Estado cubano brinda la oportunidad a todos los ciudadanos de recibir educación y asistencia medica gratuitas , brinda además ofertas laborales; cumple entonces con el principio bioético del respeto a los derechos o a la legalidad vigente; principio de equidad, igualdad en las posibilidades de acceso y en la distribución de los recursos de la salud, de justicia individual y social así como con el de solidaridad ; los grupos vulnerables por tanto pueden resultar favorecidos por ésta política gubernamental,

algunos datos lo evidencian según la encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida (5)

En todo el territorio cubano la lucha contra la epidemia se realiza a través de la constitución del grupo operativo para el enfrentamiento y lucha contra el SIDA (GOPELS). El sector Salud como líder debe ser capaz de lograr que sus integrantes apliquen los principios de justicia y beneficencia; que se perfeccione el trabajo con un enfoque holístico, más integral a través del plan intersectorial y el plan estratégico nacional. (13)

Vale decir que en Cuba se ha divulgado ampliamente el tema a través de los medios de difusión masivos, con la distribución de plegables, las audiencias sanitarias las consejerías, y demás acciones como la distribución gratuita de condones y/o disponibilidad a muy bajo costo en las farmacias entre otros. pero aun no es suficiente, a pesar de la prioridad que le ha otorgado el Gobierno cubano al Programa de las ITS/VIH/SIDA con el apoyo de varias organizaciones internacionales, destinando cuantiosos recursos, con tecnología de punta, pero llevar adelante una educación para evitar la infección es un proceso mas complejo. No resulta nada fácil influir en el comportamiento, la meta será el mejoramiento y desarrollo humano, en el cual todos estamos comprometidos

Consideraciones generales

La no valoración bioética del impacto de las políticas y estrategias dirigidas a la prevención y control de la epidemia por VIH- sida, fundamentalmente en los grupos vulnerables, contribuye a la propagación del virus y favorece una mayor vulnerabilidad a la infección por VIH/SIDA, provocando que las acciones gubernamentales, colectivas e individuales no logren el impacto necesario en la prevención y control de la epidemia. Recomendamos analizar y continuar investigando esta problemática con un enfoque bioético.

Bibliografía y citas

- 1-. Scholle S. Social, legal and Ethical Issues of the "Third Epidemic". PHO Boletin. (6):1989.
- 2- Burgos Mario. Algunas consideraciones acerca de la construcción institucional del SIDA en Argentina. Japón: II Congress on Health, Environment and Culture; 1995.

- 3- Sitio de Estadísticas de Salud (<http://www.sld.cu/sitios/dne/>)
- 4- Encuesta a Personas con VIH/Sida-2011 [<http://www.one.cu/publicaciones/cepde/EncuestaSida/Informe%20resumen%20de%20la%20Encuesta%20a%20PVs%202011.pdf>]
- 5- Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/SIDA 2011. Resumen de Resultados
- 6- Miranda Gómez O, Fariñas Reinoso AT, Coutín Marie G, Nápoles Pérez M, Lara Fernández H, Bueno Marrero LE Panorámica de la infección por el VIH en Cuba, 1986-2007. Rev Cubana Hig Epidemiol 2009, 47(2). Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032009000200004&lng=es&nrm=iso]
- 7- Miranda Gómez O, Fariñas Reinoso AT, Coutín Marie G, Nápoles Pérez M, Lara Fernández H, Bueno Marrero LE Panorámica de la infección por el VIH en Cuba, 1986-2007. Rev Cubana Hig Epidemiol 2009, 47(2). Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032009000200004&lng=es&nrm=iso]
- 8-Protocolo para la identificación de discriminación contra las personas que viven con el VIH. Conocida GINEBRA, SUIZA 2001.
- 9- UNESCO/ONUSYDA: El enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH-SIDA. Programa de investigación, 2003.
- 10-Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura Division de la Ética de las Ciencias y de las Tecnologías Sector de Ciencias Humanas y Sociales 1, rue Miollis - 75732 Paris Cedex 15 – Francia www.unesco.org/shs/ethics SHS/EST/BIO/06/1 © UNESCO, 2006
- 11-Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura Division de la Ética de las Ciencias y de las Tecnologías Sector de Ciencias Humanas y Sociales 1, rue Miollis - 75732 Paris Cedex 15 – Francia www.unesco.org/shs/ethics SHS/EST/BIO/06/1 © UNESCO, 2006
- 12-Derechos Humanos y VIH. Legislación, política practicas en 5 países de Centroamérica, OPS/OMS. Representada en Panamá, ISPN 978-9962-642-32-9
- 13-Plan Estratégico Nacional ITS/VIH/SIDA 2001-2006 Aprobado por Resolución NO.110 del Ministerio de Salud Pública Centro Nacional de Prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/sida [ID: directorioinstituciones-331

Aspectos bioéticos relacionados con la necesidad y oportunidad de denunciar la actividad sexual en adolescentes menores de 14 años en Chile

Adela Montero*

Electra González

Vania Martínez

Ingrid Leal

Blanca Bórquez

Introducción: el 2004 la ley 19.927, aumentó la edad de consentimiento sexual de 12 a 14 años. La disminución progresiva del inicio sexual, ha situado a profesionales e instituciones de salud en la disyuntiva de denunciar la actividad sexual voluntaria en adolescentes menores de 14, consultantes por salud sexual y reproductiva, siguiendo directrices jurídicas, pero vulnerando la confidencialidad y secreto profesional.

El problema fundamental surge de esta necesidad u obligación perentoria de denunciar y la adecuada atención en salud de adolescentes, respetando su derecho a la atención de calidad, primando los principios éticos de la relación clínica.

Objetivos: identificar los principios bioéticos comprometidos y cursos de acción para resolver conflictos derivados de la denuncia de actividad sexual en adolescentes menores de 14.

Material y Métodos: descripción y análisis de situaciones clínicas relacionadas con denuncia de actividad sexual voluntaria en menores de 14, según normativa legal chilena.

Resultados: hemos observado las siguientes situaciones que comprometerían principalmente los principios de No Maleficencia y Justicia: rechazo de atención para no denunciar con/sin derivación a otro centro asistencial; denuncia a tribunales; pérdida de adolescentes consultantes por deterioro del vínculo de confianza ante relaciones asimétricas, impositivas, o cuando el profesional denuncia o presiona para que se efectúe, quebrantando la confidencialidad.

* Magíster en Bioética. Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral de la Adolescencia. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Chile. Contacto: amontero@med.uchile.cl

Respetando el principio de Beneficencia, la atención multidisciplinaria, evaluando responsablemente una real vulneración de derechos, permitiría mayor adhesión a la atención, previniendo las consecuencias de actividad sexual precoz no protegida.

Conclusiones: las adolescentes menores de 14, son particularmente vulnerables. Es necesario considerar que su derecho al acceso a la atención sanitaria, no esté limitado por la legalidad vigente, determinando vulneración de derechos fundamentales, con consiguiente menoscabo para su salud. Resulta necesario contar con servicios y equipos amigables, evitando enjuiciamientos o discriminación, deliberando con prudencia sobre la real necesidad y momento para denunciar.

Los derechos y deberes en salud, una nueva legalidad en Chile

María Isabel Rivera Obando, Elizabeth Núñez Carrasco
Comité de Ética Institucional, Universidad de Santiago de Chile
Contactos: mariaisabel.rivera@usach.cl elizabeth.nunez@usach.cl

En Chile el 1 octubre del año 2012 se inició la implementación de la ley de derechos y deberes de los pacientes cuyo sentido es el establecimiento de derechos y deberes en relación con las acciones vinculadas a la atención de salud, resguardando principios básicos de atención en salud que deben ser aplicadas tanto en el ámbito público como privado. Frente a este nuevo escenario en Chile surge las siguientes interrogantes ¿porque se debe realizar una ley que respete los derechos y deberes de las personas en salud? ¿qué principios bioéticos se resguarda? ¿existe un legado cultural que apoye esta nueva ley?. Se realizó mediante el método hermenéutico un análisis con un relato de vida de una profesional de la salud que realizó su vida laboral durante la década de los años 60 en adelante, visualizando la definición de personas vulnerables y principios éticos fundamentales. Durante el análisis surgen categorías de significado como cuidado cautivo y transición del conocimiento y la practica en personas vulnerables. Algunas conclusiones que emergieron fueron: el cuidado en salud poseía una paradigma de paternalismo al igual que los servicios sanitarios de salud, la ley impone un cambio ético y cultural que esta sustentado en respeto de la autonomía de las personas, beneficencia, no maleficencia y la justicia traduciéndose en derechos sanitarios que el Estado de Chile protege.

Los Deberes y Derechos en Salud

Durante más de diez años se tardó en dictarse la Ley de Deberes y Derechos en salud que se encuentra inspirada en los principios de dignidad y autonomía de las personas en las prestaciones de salud tanto en instituciones públicas y privadas de Chile. De esta forma los Derechos que cautelan la autonomía y la confidencialidad de la información de salud de las personas son: tener información oportuna y comprensible de su estado de salud. Recibir un trato digno, respetando su

privacidad. Ser llamado por su nombre y atendido con amabilidad. Recibir una atención de salud de calidad y segura, según protocolos establecidos. Ser informado de los costos de su atención de salud. No ser grabado ni fotografiado con fines de difusión sin su permiso. Que su información médica no se entregue a personas no relacionadas con su atención. Aceptar o rechazar cualquier tratamiento y pedir el alta voluntaria. Recibir visitas, compañía y asistencia espiritual. Que su médico le entregue un informe de la atención recibida durante su hospitalización. Consultar o reclamar respecto de la atención de salud recibida. A ser incluido en estudios de investigación científica sólo si lo autoriza. Donde sea pertinente, se cuente con señalética y facilitadores en lengua originaria. Que el personal de salud porte una identificación. Inscribir el nacimiento del hijo en el lugar de residencia de la madre o el padre y no del hospital donde ocurrió el parto. Que su médico le entregue un informe de la atención recibida durante su hospitalización.

Asimismo los deberes de las personas en salud son: entregar información veraz acerca de su identidad, lugar de residencia como también toda la información que posean acerca de su enfermedad. Cuidar las instalaciones y equipamiento de los recintos de salud donde recibe atención. Proveer de un trato respetuoso al personal que trabaja en las instituciones de salud. Respetar el reglamento interno de cada establecimiento de salud. Informarse acerca de los horarios de funcionamiento, de las modalidades de atención y formas de pago. Informarse acerca de los procedimientos de reclamos y consultas establecidas.

El contenido de esta ley instala de manera explícita los principios éticos como son autonomía de las personas y la confidencialidad de la información de las personas en salud, sin embargo una vez dictada surge el cuestionamiento sobre ¿por qué se debe realizar una ley que respete los derechos y deberes de las personas en salud? ¿qué principios bioéticos se resguarda? ¿cuál es legado cultural que apoya la implementación de esta ley?. Estos cuestionamientos exigen observar cuales son las prácticas del equipo de salud en la actualidad y de verificar si la implementación de esta ley posee semilla en la comprensión de las personas como sujetos autónomos. Para lograr un acercamiento en la vivencia de las prácticas de salud se realizó un relato de vida que permitió comprender la vivencia de una enfermera frente al cuidado de los niños y niñas en Chile durante su trayectoria profesional que parte a fines de la década de los años 60 y culmina en el 2010.

El cuidado cautivo de los niños en salud

A principios del siglo XX, Illanes (1993); Larraín (2001) & Molina (2010) coinciden que el tema clave en Chile, era la percepción de crisis de la mayoría de los chilenos y cuyo origen era levantamiento de la temática de la cuestión social. Una manifestación de la cuestión social, era la pobreza y hacinamiento de las personas en las ciudades. Illanes (1993) enfatiza que la tasa de mortalidad infantil descrito en el Anuario Estadístico de la República de Chile en 1920, era de 306 por mil nacidos vivos, siendo el componente principal la carencia de condiciones sanitarias básicas de la población. La presencia de enfermedades infecto-contagiosas como viruela, cólera, alfombrilla, tuberculosis, tifoidea y sífilis, eran frecuentes en los hogares. Por ello el Estado Chileno inicia una focalización de las estrategias de salud centrada en la curación de enfermedades de las personas más vulnerables los niños y niñas del país.

El cuidado de los niños y niñas al interior de los hospitales requería de un ambiente terapéutico que significaba agua, alcantarillado, luz eléctrica, calefacción, alimentación, medicamentos y una atención profesional cualificada y técnica, en este contexto una enfermera que realizó su ejercicio profesional en un hospital de niño durante toda su vida laboral, describe como era cuidar a fines de la década de los años 60:

“yo lo viví en el hospital como que nosotros teníamos a los niños prácticamente como secuestrados como que en el fondo nos hacíamos como dueñas del niño y que impedíamos la entrada de las mamás y de los papás, ya?”.

Unas de las características del cuidado durante este período es que los niños enfermos eran de propiedad del hospital y del equipo de salud -cuidado cautivo- sus integrantes poseían toda la fuente de conocimientos para la recuperación del niño dada su instrucción y su experiencia sobre qué es lo más conveniente para el paciente. Además de esto simbólicamente la presencia de los padres en los integrantes del equipo de salud, provocaba problemas para la permanencia del niño en el hospital ya que se creía que los padres traían infecciones, y provocaban mayores crisis emotivas de los niños al ver a su padres. Se desprende de las vivencias que la función que cumplía la enfermera en este espacio era el normativo, esto quiere decir, que controlaba las normas y las hacía cumplir, sin embargo estas acciones de cuidado lo desarrollaban comprendiendo que era beneficioso para la salud de los niños y niñas, esta forma se mantendría por varias décadas hasta la década que irrumpen las especializaciones de las enfermeras en nuestro país.

“yo llegué al hospital y después hice estos cursos era muy restringido todo, restringida la visita, y era más, en algún momento había una visita, que era la visita de permanencia y nosotros teníamos una ventanita en una puerta así... y por ahí se turnaba la gente para mirar media hora a los niños de lejos...”

“Tu pensabas que los papas eran los que venían y traían que se yo las infecciones de afuera etc.”

“me interesa entonces tanto para la parte emocional, el niño va a quedar llorando cuando los papas se iban a ir y se iba a enfermar”.

La entrevistada comenta que sin embargo existe un giro de dichas prácticas impulsado por los avances en la ciencia, la institucionalidad y la transición desde una enfermería vinculada al rol médico o eje curar a un saber centrado en el cuidado humano, que se inicia durante la década de los años 90.

“...bueno entonces hicimos toda una...ehhh vino toda una necesidad de incorporar a los padres auspiciado también por el Ministerio y por toda la evidencia que se sabía, incorporamos, empezamos a incorporar a los padres en unas visitas que todavía eran visitas”

“... porque en este período nosotros empezamos a cuestionarnos bastantes cosas que nosotros hacíamos y en vista de vivencias que teníamos anteriormente...”

De esta forma la entrevistada visualiza cómo la visita de los padres se transforma en un espacio adecuado para estar en contacto con los padres. Esta vinculación se encuentra asociada a un hilo conductor: la de información y educación a los padres sobre el estado de salud del niño. De algún modo, la enfermera al estar con los padres en la visita, podía identificar factores que influyeran en la recuperación del estado de salud del niño, como así mismo que los padres identificaran como mayor claridad el rol de la enfermera. Sin duda esta transformación desde un cuidado cautivo del niño y centrada en lo curativo se transforma hacia una un cuidado que comprende y es empática con las necesidades del niño y sus padres. Esta forma de practica profesional, hace sentir a la entrevistada más empoderada y coherente con el desarrollo de la ontología del cuidado, que ella siente y que la enfermería declara.

“...a incorporarse también la enfermera en esta visita que era como una mayor... porque que pasaba venían los papas y justo la hora de la visita era a las 3 de la tarde, las 2 y media la enfermera estaba almorzando entonces era el estar, el conversar con los padres el informarlos de todo lo que le pasaba al niño que se yo. Y ahí empezamos ya a involucrarnos y en ese momento te diría yo”

“Cuál es el impacto, que los padres en este caso los familiares del niño empiecen a reconocer a la enfermera como tal. Como la persona que es importante que cuida al niño, que tiene la información, que se preocupa .Y que no es la persona que cuando llegan tiene la misión y dice no, no se puede, que no se puede entrar etc. “

Conclusiones

De acuerdo a una revisión desde la memoria de una profesional de la salud que trabajo con una grupo de personas las más vulnerables del periodo se puede observa como las practicas de las personas que trabajan en salud en nuestro posee un legado cultural centrado en el modelo biomédico que ha marcados generaciones tras generaciones y que se encuentra caracterizado por un estilo de relación personal de salud-paciente asimétrica en donde le paciente es una caja vacia sin conocimientos y por ende sin decisión sobre su trayectoria en salud. En contrapartida de esta relación quién posee todo el conocimiento es el profesional de salud o personal de salud quién decide de acuerdo al bien hacer. Sin embargo podemos también señalar que la existencia de giros en la relación del personal de salud y las personas que transitan hacia la horizontalidad de la relación impulsados por los avances en la ciencia y en sus formas de investigar con personas, en las declaraciones sobre derechos humanaos, los derechos del niño entre otras, y la voluntad políticas de los Estoados en hacerla suyas.

Con respecto a las personas vulnerables en salud es posible visualizar desde una perspectiva histórica podemos señalar que en ese contexto país no sólo son los niños y niñas el grupo más vulnerables sino también sus padres. Increíblemente a pesar de ser adultos poseían fragilidad, al no contar con la autonomía de estar con sus hijos una vez ingresados al hospital. En la actualidad es posible observar en las instituciones de salud hospitalarias existe de manera permanente el ingreso de los padres a los recintos para otorgar seguridad y amor a sus hijos. Desde esta perspectiva es posible asumir que la definición que otorga Levine y col. (2004) citado en Solbakk Jan (2011) sobre vulnerabilidad que implica que “rasgos de la investigación misma, el ambiente institucional, o el contexto social y económico que pueden poner a los participantes en peligro”. Por ello el transito del Chile en lo político, social y económico ha colocado que manifiesto que

otros personas de acuerdo a sus contextos son vulnerables, por ello esta ley de algún modo instala el aseguramiento de principios éticos como derechos fundamentales en salud.

Bibliografía

Illanes , M. A. (1993). *En el nombre del pueblo, del Estado y de la Ciencia, (...)*.Santiago, Chile: Colectivo de Atención Primaria .

Larraín, J. (2001). *Identidad Chilena*. Santiago, Chile: LOM.

Núñez E., Enfermeras Chilenas 1970-1980: décadas de transformación de la identidad, una revisión desde la memoria. Disertación doctoral. Facultad de Enfermería. Universidad Andrés Bello (Chile), 2012.

Molina, C. (2010). *Institucionalidad sanitaria chilena 1889-1989*. Santiago, Chile: LOM.
Relato de Vida de Enfermera.

Solbakk Jan (2011) Vulnerabilidad: ¿un principio fútil o útil en la ética de la asistencia sanitaria?. Revista Redbioética/UNESCO, Año 2, 1(3), 89-101, hallado en 24/03/2013
http://www.unesco.org.uy/ci/fileadmin/shs/redbioetica/revista_3/Solbakk.pdf

Atención al fenómeno de las drogas desde la casuística

Lic. Jorge Vélez Vega

Universidad Autónoma de Querétaro

Contacto: hotmail_done@hotmail.com

En lo subsecuente analizaremos el fenómeno de las drogas desde la metodología casuista. No sólo para advertir cómo funciona dicho método, sino para justificar de cierta manera una salida al problema que ha devenido por la implantación de la guerra contra las drogas. Y es que la situación se ha agravado de tal forma que lo único que se puede pensar es en la reiteración de la guerra. Sin embargo, está dentro de nuestras posibilidades pensar una solución que no implique necesariamente violencia contra el individuo, quien, a partir del deseo, de su deseo, se acerca a las drogas. Debemos aceptar, de antemano, que el fenómeno de las drogas se nos presenta como dinámico, y que sus manifestaciones varían no sólo por lo que se consume sino también respecto del cómo se hace. Es por esto que pensar un mundo sin drogas se vuelve utópico. En atención a esto, la postura será la siguiente, a saber, justificar la legalización de las drogas en un espacio específico, que ha sido llamado Sala de Consumo de Drogas (SCD), cuyo surgimiento ha sido puesto a prueba en los países europeos. Asimismo, nos respaldaremos en cinco puntos fundamentales que propone el Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas¹, a saber:

Basarse en una evaluación objetiva de prioridades y pruebas empíricas

Cumplir plenamente con las normas internacionales de derechos humanos

Centrarse en reducir las consecuencias nocivas del consumo y de los mercados de drogas

Fomentar la integración social de grupos marginados

Trabajar para construir relaciones abiertas y constructivas entre gobiernos y sociedad civil

¹ IDPC, 2012a

De esta manera, siguiendo la metodología casuista, procederemos teniendo en cuenta lo siguiente: a) Los hechos concretos en México, b) los casos paradigmáticos, c) leyes en México, d) el peso de las autoridades y d) las conclusiones probables.

Los hechos

Acorde a la *Encuesta Nacional de Adicciones 2012*², el uso de drogas ilegales ha aumentado significativamente en los últimos años. No sólo la marihuana es la droga que presenta el aumento, sino también las metanfetaminas, así como la heroína. Si bien, como ha sido registrado, el consumo de esta última es más alto en la frontera con los Estados Unidos, cayendo en prácticas de riesgo como la administración intravenosa que aumenta la transmisión de VIH/SIDA, además de hepatitis de los tipos B y C.

El que el aumento en el consumo de estas drogas sea “significativo” no quiere decir que en algún momento se desarrollará al contrario, erradicando así el problema de las drogas. Más bien, por ser un fenómeno dinámico, se debe atender y practicar un nuevo paradigma para su tratamiento e intervención. Hemos sido testigos de que la famosa “guerra contra las drogas”, implementada a partir de 2006 por el presidente Felipe Calderón, ha sido ineficaz y, más bien, ha generado otro tipo de daños, que se han demostrado a través de miles de muertes y por el fortalecimiento de los grupos delictivos, que han generado aires de inseguridad y paranoia colectiva. De esta manera, la guerra, implementada como estrategia para cazar, contener y detener el narcotráfico, se presenta como un vil fracaso. Pues más que atender a los consumidores los ha descuidado, criminalizándolos (y tal vez culpando al mismo tiempo) al igual que aquellos que trafican la droga. Por otro lado, también somos testigos de que a pesar de las estrategias de control, prevención, intervención y tratamiento de los centros de rehabilitación el fenómeno sigue aumentando. Ante esto, se debe implementar una nueva estrategia de intervención, que se debe presentar como un nuevo paradigma y que no repita los mismos patrones de la situación actual.

Los casos paradigmáticos

Antes de mencionar los casos paradigmáticos, tengo que decir que es la Sala de Consumo de Drogas (SCD). Las SCD “son espacios protegidos usados para el consumo higiénico de drogas previamente adquiridas, en un ambiente libre de valoraciones morales y bajo la supervisión de

² CONADIC, 2012.

personal calificado”. Personal que está conformado por médicos, enfermeras, educadores, estudiantes como asistentes, trabajadores independientes y, en algunos casos, sociólogos y psicólogos. Los objetivos que pretende cumplir toda SCD³ son los siguientes:

Mejorar el acceso a los servicios de atención de salud para los grupos más vulnerables de personas que consumen drogas

Mejorar su salud básica y su bienestar

Contribuir a la seguridad y la calidad de vida de las comunidades locales

Disminuir el impacto del consumo de drogas en espacios públicos sobre las comunidades

Objetivos que pretenden cumplir ofreciendo los siguientes servicios:

Inyección supervisada

Intercambio de agujas y jeringas

Atención básica de salud

Intervenciones sociales y educativas

Además de esto, en términos generales, pretenden reducir los riesgos y daños de salud provocados por las drogas, así como disminuir la alteración del orden público.

Históricamente, los SCD nacieron en la transición de la década de 1980 a la de 1990, en países como Suiza, Alemania y Países Bajos. Empero, en años sucesivos, se fueron añadiendo a la lista Australia, Canadá, España, Luxemburgo y Noruega. Trataremos esos tres casos pioneros para ver las similitudes que comparte, así como su estrategia de intervención y sus resultados.

³ IDPC, 2012b.

Infección por VIH/Sida y acceso a la salud en contextos de vulnerabilidad

Eduardo María Warley

Médico. Jefe de Unidad Infectología HIGA Dr Diego Paroissien

Docente Adscripto. Cátedra de Enfermedades Infecciosas. Universidad de Buenos Aires.

Contacto: eduwarley@yahoo.com.ar

Fernando Warley

Médico. Asistente en investigación clínica. Unidad de Infectología HIGA Dr Diego Paroissien.

Ayudante. Cátedra 1 de Farmacología. Universidad de Buenos Aires.

Resumen

El conurbano bonaerense alberga alrededor de la mitad de los pacientes infectados por VIH/sida en la Argentina. Elevados niveles de desempleo y pobreza caracterizan a los pacientes infectados por VIH que reciben atención en los centros de salud de la región.

Estudios efectuados por nuestro grupo muestran una elevada frecuencia de diagnóstico tardío de infección por VIH y de inicio tardío de la terapia antirretroviral, superior a la media del país, lo que incrementa las internaciones, la morbilidad y mortalidad asociada al VIH. La tasa de mortalidad global en los pacientes diagnosticados tardíamente es de alrededor del 12 por 100 pacientes/año comparada con una tasa menor del 1 en los pacientes con diagnóstico precoz de la infección.

La situación descrita es de manera significativa más frecuente en los hombres respecto de las mujeres quienes presentan evidentes deficiencias para acceder al diagnóstico y tratamiento temprano del VIH.

Deben definirse nuevas pautas que permitan abordar el problema del diagnóstico tardío. Promover la realización de estudios serológicos en los hombres es una necesidad como lo muestran los datos del conurbano reportados.

La expansión del testeo debe efectuarse en condiciones que aseguren el respeto a los derechos individuales, la confidencialidad y un adecuado acceso a la información y al tratamiento.

Creemos que son las condiciones de desigualdad las que producen la conformación de contextos de vulnerabilidad que condicionan la realización de prácticas que predisponen más fácilmente a contraer la infección o a padecer la enfermedad y limitan el adecuado acceso al cuidado de la salud.

Un enfoque global, no fragmentado de la epidemia es necesario para alcanzar los objetivos en prevención, diagnóstico y tratamiento. Nuevas preguntas deben ser formuladas para el desarrollo de proyectos de investigación e intervención. El trabajo en equipos interdisciplinarios es esencial para la definición de las preguntas más adecuadas

Introducción

Desde la aparición de las terapias antirretrovirales de alta eficacia (HAART) la infección por VIH/sida se ha convertido en una enfermedad crónica para aquellos pacientes con un adecuado acceso a las mismas. Por lo tanto, la tasa de mortalidad ha disminuido de una forma importante a partir de 1996¹⁻³.

A pesar que Argentina asegura la provisión gratuita de los tests para diagnóstico serológico de infección por VIH y el acceso a las terapias, diversos estudios muestran que una elevada proporción de pacientes conocen su infección en etapas tardías con valores de recuento de linfocitos CD4 por debajo de lo requerido por las guías para el inicio de tratamiento; a su vez frecuentemente se desarrolla algún evento oportunista que incrementa la morbimortalidad asociada al VIH/sida y los costos en el cuidado de los pacientes, resultando en una situación de alto impacto en la salud pública.⁴⁻⁵ Resultados similares han sido reportados en otros países^{6,7}. El porcentaje de pacientes diagnosticados en etapas tardías de la enfermedad es superior en los países en desarrollo respecto de los desarrollados^{8,9}

De acuerdo a los datos reportados por el programa nacional de SIDA se estima que en Argentina viven alrededor de 110.000 personas con VIH, 4 de cada 1.000 jóvenes y adultos están infectados con el virus y el 40% de ellos desconoce su condición. La prevalencia entre los hombres que tienen sexo con otros hombres es del 12%; entre los usuarios de drogas, del 7%; entre las mujeres que realizan trabajo sexual, del 2%; y entre las personas transexuales, del 34%. Las curvas de incidencia, prevalencia y mortalidad por sida se han “amesetado” en el último quinquenio. La tasa de diagnósticos de infección por VIH se mantiene en valores cercanos a 12 por 100 mil habitantes y el 90% de las nuevas infecciones se deben a relaciones sexuales desprotegidas.

La tasa de sida continúa rondando el 4 cada 100 mil habitantes y la tasa de mortalidad se ubicó en 3,3 por 100 mil durante 2010. Con respecto a la mortalidad, luego de haber alcanzado un pico en 1996, comenzó a descender hasta estabilizarse en 2005.

Alrededor del 75% de los casos acumulados de VIH corresponden al área metropolitana de Buenos Aires y la región central del país (ciudad y provincia de Buenos Aires, Santa fe, Córdoba y Entre Ríos). Con cerca del 30% de los casos reportados de infección por VIH el conurbano bonaerense (el cinturón de ciudades que rodean la ciudad de Buenos Aires) es la región con mayor número de casos siendo el modo primario de transmisión heterosexual el mas frecuente aún entre los hombres¹⁰.

Diferentes estudios muestran que en la región del conurbano alrededor del 40% de los nuevos diagnósticos se efectúan en etapas sintomáticas de la infección y entre 50 y 60 % con un recuento de células CD4 menor a 200 células por ml. La frecuencia de diagnóstico tardío en los hombres es alrededor del doble respecto de las mujeres.

El diagnóstico tardío de la infección por VIH es uno de los principales desafíos actuales que nos presenta la epidemia en todo el mundo. Cifras de alrededor del 30% en los nuevos diagnósticos de personas con infección por VIH se reportan en países desarrollados. En los países de bajos e intermedios recursos esas cifras se elevan a alrededor del 50 al 60%¹¹⁻¹²

El diagnóstico tardío incrementa la frecuencia de internaciones en los hospitales, los días de estada y la morbilidad y mortalidad asociada al VIH. La tasa de mortalidad global en los pacientes que se diagnostican tardíamente es de alrededor del 12 por 100 pacientes/año comparada con una tasa menor del 1 en los pacientes con diagnóstico precoz de la infección.

Diversos estudios de cohorte muestran un aumento del riesgo de desarrollo de patologías definitorias de SIDA así como de otras NO definitorias como enfermedad cardiovascular, renal y hepática y tumores NO definitorios de SIDA asociados a un bajo nivel de CD4 al momento de diagnóstico de infección.

Un bajo nadir de células CD4 al momento del diagnóstico aumentaría el riesgo a futuro de eventos no definitorios de SIDA así como afectaría el desarrollo neurológico y cognitivo de las personas infectadas.^{13,14}

Por otro lado, según estudios desarrollados en EEUU las personas que desconocen su infección (alrededor del 40% de los infectados en la Argentina) estarían involucradas en la mayor parte de las nuevas infecciones por VIH lo que indica el impacto del diagnóstico tardío en la transmisión del VIH.¹⁵

VIH/sida y concepto de vulnerabilidad

El principio de vulnerabilidad para la protección de las personas ha sido aceptado en investigación, asistencia sanitaria y bioética e incluido en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco (2005). Sin embargo la interpretación de dicho principio es motivo de diferentes interpretaciones y debates que oscilan entre los que conciben una interpretación amplia de la vulnerabilidad como inherente a la condición humana y propia del ser y la que implica una clasificación particular y relativa de las personas o poblaciones en necesidad de protección adicional.¹⁶⁻¹⁷

En el contexto del VIH/Sida, la vulnerabilidad se ha definido como “los diferentes grados y naturalezas de la susceptibilidad de los individuos y las colectividades a infectarse, enfermarse o morir a causa del VIH/sida, los cuales dependen de su situación frente al conjunto integrado de aspectos culturales, sociales, políticos y económicos que los ubican en relación con el problema y con los recursos para enfrentarlo”. Significa que existen aspectos individuales, sociales, culturales, y económicos que interactúan entre sí, afectan la vida de las personas, y definen contextos que incrementan la susceptibilidad ante la infección por VIH/sida.¹⁸⁻¹⁹

Históricamente desde el punto de vista conceptual se pasó desde una visión de “grupos de riesgo”, a la de “prácticas de riesgo”, hacia la de “concepciones sociales de riesgo” que ha dado lugar al concepto de vulnerabilidad. Mientras el concepto de riesgo lleva a un abordaje a nivel individual el concepto de vulnerabilidad busca respuestas en el ámbito de la estructura social y política.

Según expresara la Dra Laura Recorder, “Un punto de partida necesario para abordar el problema sobre las causas, los orígenes y /o las circunstancias del diagnóstico tardío de VIH y Sida es repensar las ideas sobre vulnerabilidad reforzando la noción de contextos de vulnerabilidad. ¿Por qué? Para evitar el argumento de que las causas, orígenes o circunstancias del diagnóstico tardío se encuentran y deben ser buscadas principalmente en las dimensiones sociales y culturales de determinados conjuntos sociales. Creo necesario superar la comprensión y el análisis de la dimensión sociocultural de la vida, como obstáculo para la atención de los procesos de salud y enfermedad (ya sea que estemos pensando en promoción, la prevención o la asistencia). Esto supone pensar lo sociocultural como constitutivo y no como factor de alguna otra cosa. Una dimensión vertiginosamente dinámica y variable, diversa e indefectiblemente histórica.”

Pensar en contextos de vulnerabilidad supone comprender que la posibilidad de exposición de las personas a la infección es el resultado de un conjunto de aspectos, individuales, colectivos y contextuales que se combinan en una mayor susceptibilidad al virus e inseparablemente, supone también el mayor o menor acceso a los recursos para protegerse. Es un enfoque que incorpora con centralidad los condicionamientos sociales, culturales, económicos, ambientales y políticos de la epidemia del VIH. En esta línea los esfuerzos deben dirigirse a la identificación de las susceptibilidades poblacionales, para trabajar en la promoción de respuestas sociales al problema.²⁰

Contextos de vulnerabilidad e investigación

Si bien el concepto de “contextos de vulnerabilidad” es incorporado al momento de analizar la evolución de la epidemia la mayoría de los estudios de investigación se focalizan en las llamadas “poblaciones de riesgo” y en cierta medida reproducen una visión relacionada al concepto de factor de riesgo epidemiológico.

Desde el punto de vista de los modelos de investigación, la mayor parte de ésta es realizada desde una visión disciplinaria, separando las denominadas ciencias naturales de las llamadas ciencias sociales, lo que limita una visión integradora focalizada en los problemas.

Un estudio reciente efectuado en la Argentina trata de caracterizar las condiciones de las mujeres recientemente infectadas. La mayoría de ellas refieren haberse infectado a través de la vía heterosexual y poseer una pareja estable no definiéndose características que las ubiquen dentro de las “poblaciones de riesgo”²¹. No existen estudios similares en relación a los hombres aunque la vía heterosexual es la reportada más frecuentemente en ellos tanto para la región del conurbano como para la Argentina en general. Son éstas poblaciones no incorporadas dentro de la caracterización de “poblaciones vulnerables” las que vemos con mayor frecuencia enfermar y morir en los hospitales del conurbano. No existen recursos de apoyo por parte de los programas y/o agencias vinculadas al VIH/sida ni tampoco son tenidos en cuenta al momento de brindar fondos para estudios de investigación. Su falta de visualización y caracterización puede en parte explicar el amesetamiento en las tasas de infección y mortalidad. Desentrañar como se construyen y desarrollan las redes de relaciones que expanden la epidemia podría utilizarse para el control y tratamiento del VIH.

Conclusiones

A pesar de los indudables avances en relación al diagnóstico y tratamiento de la infección por VIH-sida existe una brecha importante entre los objetivos planteados y los logros alcanzados. En relación a ello las regiones conurbanas de las grandes ciudades Latinoamericanas presentan las mayores problemáticas. El conurbano bonaerense no escapa a esa realidad. Es necesario comprender y jerarquizar que algunos contextos condicionan la realización de prácticas que predisponen más fácilmente a contraer la infección o a padecer la enfermedad; mientras otros ofrecen menos oportunidades para ello.

El conurbano bonaerense, especialmente en su segundo cordón, presenta marcadas desigualdades socio económicas que promueven la creación de contextos de desigualdad que operan de manera central en la evolución de la epidemia. Desigualdades de género, migratorias, laborales y las producidas por el estigma y la discriminación se asocian a las socioeconómicas generando contextos que limitan el acceso al cuidado de la salud y a la prevención y tratamiento del VIH/sida.

Necesitamos más y mejor investigación a niveles local y regional que den cuenta de cómo operan esas desigualdades. La investigación e instrumentación operativas pueden ser instrumentos valiosos para ello.

Un enfoque global, no fragmentado de la epidemia es necesario para el logro de los objetivos en prevención, diagnóstico y tratamiento. Nuevas preguntas deben ser formuladas para el desarrollo de proyectos de investigación e intervención. El trabajo en equipos interdisciplinarios es esencial para la definición de las preguntas más adecuadas

Preguntas como:

“¿Cuales métodos de comunicación pueden funcionar para que todos los pacientes incluyendo aquellos en los contextos mas vulnerables puedan acceder al diagnóstico y tratamiento?”, “¿cómo se pueden crear redes con organizaciones comunitarias para lograr el acceso temprano al diagnóstico y las terapias?”, “¿Cómo pueden nuestras instituciones y nuestra cultura ser utilizadas para generar en lugar de limitar la respuesta a la epidemia?”

En definitiva: “¿Cómo podemos movilizar los recursos existentes (sistema de salud, investigadores, organizaciones de la sociedad civil y comunitarias) para alcanzar nuestros objetivos en prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH?”

BIBLIOGRAFIA

1. Palella FJ, Delaney KM, Moorman AC, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection, *N Engl J Med* 1998; (13): 853-860 Schechter MT, et al.
2. Hogg RS, Heath KV, Yip B, et al. Improved survival among HIV-infected individuals following initiation of antiretroviral therapy. *JAMA*.1998;279:450-454.
3. Mocroft A, Ledergerber B, Katlama C, et al. Decline in the AIDS and death rates in the EuroSIDA study: an observational study. *Lancet*.2003;362:22-29.
4. Warley E, Tamayo Antabak N, Desse J, et al. Características de la infección por HIV/Sida según sexo. *MEDICINA - Volumen 69 - Nº 3, 2009*
5. Zala C, Hogg R, Salomón H, Chan K, Ceriotto M, et al. Outcomes of HAART in HIV infected individuals in Argentina , XVI Internacional AIDS Conference, Toronto, Julio 2006
6. Sabin CA, Smith CJ, Gumley H, et al. Late presenters in the era of highly active antiretroviral therapy: uptake of and responses to antiretroviral therapy. *AIDS* (2004) 18:2145–51.
7. Battegay M, Ursula Flückiger J and Elzi L Antiretroviral therapy of late presenters with advanced HIV disease. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* 2008 62(1):41-44
8. Braitstein P, Brinkhof MW, Dabis F, et al. Mortality of HIV-1-infected patients in the first year of antiretroviral therapy: comparison between low-income and high-income countries. *Lancet* (2006) 367:817–24.
9. Sepkowitz K. One disease, two epidemics—AIDS at 25. *N Engl J Med* (2006) 354:2411–4
10. Boletín sobre el VIH-sida en la Argentina. No 29. Ministerio de Salud de la Nación. AÑO XV – NÚMERO 29 – DICIEMBRE de 2012. En : <http://www.msal.gov.ar/sida/boletines.html> (Consultado el 20/03/2013)
11. Beltrán M, Gil R, Nasiff V, Sanga N, Loza S. 30 meses de seguimiento prospectivo del tratamiento antirretroviral combinado en una cohorte hospitalaria de pacientes infectados por el HIV-1 de San isidro. *MEDICINA de Buenos Aires. Argentina. Vol 14. 52. Junio 2006.*
12. Kigozi, I, Dobkin, L, Martin, J, et al. Late-disease stage at presentation to an HIV clinic in the era of free antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr* , 2009: vol 52. 280-289
13. Warley, E, Tamayo Antabak N , Desse J, et al. Características de la infección por HIV/sida según sexo en una región del Gran Buenos Aires. Períodos 1998-2002/ 2003-2005. *MEDICINA (Buenos Aires) 2009; 69: 305-310*

14. Warley, E, Tamayo Antabak N, Dese J, et al. Desarrollo de neoplasias e infecciones definitorias de SIDA después de iniciar la terapia antirretroviral de alta eficacia. MEDICINA (Buenos Aires) 2010; 70: 49-52
15. Marks G, Crepaz N, Janssen RS. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. AIDS. 2006;20:1447–1450.
16. Solbakk J. Vulnerabilidad: ¿un principio fútil o útil en la ética de la asistencia sanitaria?. Revista Redbioética/UNESCO, Año 2, 1(3), 89-101, Enero-junio 2011
17. Luna F. Vulnerabilidad: un concepto muy útil. Abandonando los “corsets teóricos”. Revista Redbioética/UNESCO, Año 2, 2(4), 2011
18. AYRES, J. y JUNIOR, I., citados en: Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres. Ministerio de la Protección Social – Fondo de Población de las Naciones Unidas, Bogotá, 2009, p. 19
19. Mujeres en Contextos de Vulnerabilidad. Ministerio de la Protección Social – Fondo de Población de las Naciones Unidas, Bogotá, 2011. En: www.unfpa.org.co/publicaResultado.php?tema=5. (Consultado 16/03/2013)
20. Recoder L. El diagnóstico de VIH. Prácticas del equipo de salud y acceso al testeo en personas en contexto de vulnerabilidad. Revista 1ras Jornadas de la Sociedad Interdisciplinaria de SIDA del conurbano bonaerense. Noviembre de 2010
21. Caracterización de las mujeres recientemente diagnosticadas con VIH en Argentina En: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/MujeresVIHPV/pdf/informeFinalMujeresVIH.pdf> (consultado el 20/03/2013)