

Bioética de protección

Miguel Kottow (Chile) - *Universidad de Chile*

La tradición del concepto de protección. Con el nacimiento del Estado-nación y la elaboración filosófico-política del contrato social –ficticio pero paradigmático–, quedó establecida como función primordial del Estado la protección de sus súbditos, ya fuese frente a los riesgos y fracasos de la vida natural individual –Rousseau– o directamente para neutralizar la violencia entre los individuos –Hobbes–. Posteriormente, desarrolló Mill el concepto de *protección a los derechos ciudadanos*, dando el fundamento a los pensadores contemporáneos para confirmar que de todas sus posibles funciones, el Estado mantiene la obligación de cautelar la vida y el patrimonio de su ciudadanía, aun cuando se desentienda de todo otro compromiso. El pensamiento liberal contemporáneo también adopta la forma mínima del *Estado Guardián Nocturno*, que confía al Estado el cuidado de las libertades negativas al mismo tiempo que lo exime de desarrollar políticas proactivas –derechos positivos– a favor de la protección de las personas. La sociología contemporánea confirma asimismo la centralidad de la protección entre las funciones del Estado, al señalar que la reducción del aparato estatal provocada por la globalización ha tenido como efecto más trascendente el desamparo del ciudadano y la escisión de la sociedad en dos grandes grupos: los *consumidores* que participan en el mercado y los *excluidos* carentes de los recursos para comprar servicios básicos de protección, habiendo perdido también el amparo de un Estado vuelto insolvente. Al dejar desprovista de protección social a la ciudadanía, el Estado solo ejerce una operatividad mutilada cuyo funcionamiento residual es subalterno a intereses foráneos, como ilustran los progresos macroeconómicos de muchas naciones del Tercer Mundo, donde la disparidad socioeconómica va en escandaloso aumento. También la filosofía moral desarrolla la posición nuclear de la protección en las relaciones de los seres humanos. Hans Jonas, al desarrollar su *principio de responsabilidad*, recurre a dos figuras paradigmáticas para ilustrar la primacía de la protección: el *recién nacido*, cuya sola presencia desvalida invoca a brindarle resguardo, y las *futuras generaciones*, que requieren ser protegidas mediante recurso prudente y frugal de la tecnociencia para no poner en riesgo la sobrevivencia de la humanidad. Emmanuel Lévinas funda la relación interpersonal en el encuentro entre Yo y el otro, en cuyo rostro se lee el desamparo y la solicitud de protección, desencadenando un momento ético primario en que el yo asume la labor diacónica de cuidar a ese otro. R. Brandt, seguidor del concepto escocés de la simpatía como aglutinante moral,

reconoce la necesidad de agregar al espíritu solidario ciertas normativas sociales de protección.

Ética de protección y bioética. Su presencia en el pensamiento fundamental de la filosofía política y de la ética no le habían dado a la protección un perfil muy claro en el discurso de la ética aplicada, hasta que se incorporó explícitamente a la bioética. La *ética de protección* se entiende de dos modos, por un lado, en su forma *sensu strictu* como un llamado a la igualdad social, al empoderamiento de los excluidos y al cuidado de los desmedrados, por otro lado, en la acepción *sensu latu* de una perspectiva ética general que aspira a nuevas formas de cosmopolitismo enmarcadas en una ética de hospitalidad incondicional, como la plantea Derrida. En un entendimiento más ceñido, el postulado de la protección solo se cumple en la acción, no es una ética conceptual sino pragmática. Mientras que muchas éticas son presentadas como enunciados, es característico de la protección que se realiza exclusivamente en la aplicación, a través de programas de acción específicos que, para la bioética, se refieren a prácticas sanitarias, ante todo, públicas, a desarrollar asimismo en otros ámbitos biomédicos como la investigación y la medicina clínica. Una ética de protección se concibe naturalmente más allá de la bioética. La ética filosófica habla del ser humano en cuanto ente abstracto, y no se refiere a los derechos de hombres y mujeres, sino a los Derechos Humanos, a la justicia en cuanto estado ideal y utópico. También la bioética principialista se desafilia de la realidad cotidiana. La ética de protección, en cambio, abandona el terreno de la reflexión y se consagra a la acción, reconoce las necesidades reales de seres humanos existentes, para quienes no hay consuelo en la filosofía sino en la asistencia. La ética de protección es concreta y específica; *concreta* porque atiende a individuos reales que sufren desmedros o insuficiencias de empoderamiento que son visibles, y *específica* porque cada privación es identificable y distinguible, como lo han de ser los cuidados y el apoyo remedial. Las acciones terapéuticas son, por tanto, protecciones específicas y concretas, sea en lo social o en lo individual. A diferencia de la ética tradicional, reconoce la ética de protección que los seres humanos son diversos en su dotación natural y material, así como en su empoderamiento, siendo preciso desarrollar un pensamiento moral para el estado de desigualdad en que la humanidad siempre ha vivido. El reconocimiento de la protección como una *ética para la desigualdad* ha llevado al desentendimiento de suponerle indiferencia por las metas de justicia y de autonomía irrestricta, de ser presuntamente insensible al ordenamiento social liberal donde se supone, falazmente, igualdad de oportunidades para todos. Las críticas no se

sustentan, pues toda ética solo será razonable y convincente si respeta y fomenta estas dimensiones. En realidad ocurre lo contrario, la ética que proclama la igualdad no llega al terreno de la realidad, pues su aprobación de lo justo, lo ecuánime y el respeto a los Derechos Humanos queda en declaración sin traducirse en acciones. En una visión menos esencialista, los Derechos Humanos y la justicia universal se refieren no tanto a la humanidad como al ciudadano concreto, por cuanto “*el hombre es constituido por la ciudadanía y no la ciudadanía por el hombre*”. La ética de protección ve cómo cada persona, cada grupo o comunidad y cada nación se enfrentan y se relacionan con interlocutores y contrapartes débiles que requieren apoyo y resguardo. La protección se juega en el terreno de las realidades personales y sociales. No hay intención alguna de remplazar las éticas basadas en justicia con una ética de protección, pero sí de insinuar una inversión de su oportunidad de acción. Los inmaduros, los mentalmente incompetentes, los socialmente desaventajados requieren acciones protectoras para llegar a igualarse con los demás o, si ello no es posible, de recibir el cobijo para vivir sin penurias y con algunas satisfacciones. Aquella parte de la humanidad que ha logrado alcanzar el empoderamiento político y social, que puede negociar exitosamente la cobertura de sus necesidades y la satisfacción de sus deseos, no requiere una ética de protección sino la evitación de discriminaciones y el respeto de la igualdad.

La relación de protección. El argumento de la protección es que los seres humanos se encuentran muy diversamente posicionados frente a los atributos y las oportunidades sociales, que no serán ecuánimes en tanto no se establezca una ética de protección que permita a los excluidos, a los débiles, a los desmedrados recibir el resguardo necesario para desarrollar sus capacidades en libertad. Aunque parco en la utilización del concepto protección, Amartya Sen fundamenta su teoría igualitaria y democrática del empoderamiento social señalando que las bondades de la libertad individual y económica presuponen una infraestructura social protectora (Sen, 2000). No es posible apelar a los Derechos Humanos cuando estos no han sido respetados. En tales situaciones, se piensa en una *inversión dialéctica* de derechos: quien asume derechos es el poderoso, en forma de un “derecho a la intervención humanitaria”. Los derechos quedan despolitizados, con el riesgo de ser biopolitizados, y dan paso al “*nuevo reinado de la ética*”, como refiere Žižek, apoyado en pensadores como Rancière e Ignatieff, y acercándose, sin explicitarlo, a una ética de protección, pero en el cual ve y acusa un sesgo de paternalismo autoritario. Por definición, hay un desnivel de competencias entre el más fuerte o

protector y el necesitado de protección, con lo cual el compromiso de protección es voluntario y unilateral por parte del protector. El más débil puede adolecer de un *déficit de autonomía* –discapacitados mentales– o de *dificultades en su ejercicio* –individuos en desarrollo, desempoderados sociales–, requiriendo el amparo de una persona o instancia con capacidad de decisión y gestión. La relación de protección es fluida y cambiante, no prestándose tanto a una relación contractual, que es fundamentalmente normativa, sino a la de un pacto donde prima el compromiso de entrega más que el intercambio igualitario de bienes. Moralmente el *pacto de protección* no es rescindible, pues retirar el resguardo a quien está siendo amparado lo pone en riesgo de quedar más desprotegido que antes. El que se compromete a proteger debe hacerlo por todo el tiempo necesario, pero no más allá, pues cuando la protección ya no es requerida, sería impositivo si el protector continúa decidiendo y gestionando en nombre del protegido. El protector se hace cargo del cuidado y la representación de la autonomía en déficit, constituyéndose la figura relacional del paternalismo benefactor o protector que asume los cuidados de la autonomía del más débil que está imposibilitada de ser ejercida, precisando un guardián preocupado de cautelar sus mejores intereses. Esta relación de protección solo se extiende a las áreas de autonomía deficitaria y se extingue cuando el protegido se libera de las restricciones y asume el ejercicio pleno de su capacidad de decisión, cuidando de no caer en un paternalismo autoritario que desconoce y cercena la autonomía de las personas. Las interacciones personales inspiradas en una ética de protección corren el riesgo de caer fácilmente en dependencias malsanas y en paternalismos inveterados. Aun cuando exista desigualdad entre agentes y afectados, será éticamente deseable que cada uno ejerza su autonomía a cabalidad, no obstante lo cual siempre quedan residuos de desinformación y opacidad, que obligan a tomar decisiones en incertidumbre. Es en esa incertidumbre donde se genera el aspecto fiduciario de la relación, en que se confía en la prestancia y rectitud del otro para resguardar los intereses del requirente. La crisis de confiabilidad que ha sido detectada en las sociedades tardomodernas invita a intentar su recuperación mediante el llamado explícito a una ética interpersonal basada en la protección.

Ética de protección y salud pública. Es en la salud pública donde la ética de protección encuentra su aplicación mejor delineada (Schramm & Kottow, 2001), pudiendo establecerse una tetrada de perspectivas valorativas aplicables a los programas y proyectos sanitarios a fin de ponderar su calidad ética. Primero, la acción planeada debe responder a una necesidad sanitaria real y central en la vida de la comunidad colectiva, cuya urgente

solución justifique los costos y riesgos de intervenir; segundo, la autoridad sanitaria debe estar en posesión de una herramienta eficaz –con probada capacidad de resolución de problemas– y eficiente –relación beneficios-costos sustentable– para combatir el problema presentado, recurriendo a las mejores soluciones existentes sin darse por conforme con lo circunstancialmente disponible; tercero, los inevitables efectos indeseados de la acción sanitaria han de ocurrir en forma imparcial y aleatoria, todos los participantes debiendo tener las mismas probabilidades de beneficiar y de sufrir efectos negativos. Este requerimiento de aleatoriedad evita las acciones discriminatorias en que se conoce de antemano a los individuos más susceptibles a sufrir complicaciones. Finalmente, cumplidos a cabalidad los tres aspectos anteriores, se hace obligatoria la participación de todos, justificadamente coartando la autonomía de los reticentes a fin de asegurar la mayor eficacia posible al programa. La aplicación de estos criterios éticos asegura que se obtendrá el máximo de protección posible. También la desigualdad internacional requiere una ética de protección consciente que el débil no puede negociar o participar en un mercado de bienes y servicios, con posibilidades de buen éxito. Las relaciones éticas entre poderosos y desposeídos mal pueden ser entendidas como acuerdos o compromisos entre iguales, porque tal igualdad no existe y se hace cada vez más improbable. También aquí debiera pensarse en términos de naciones protectoras y protegidas, aun cuando ello sea contraintuitivo por dos motivos: primero, porque el lenguaje de la política internacional se apoya más en la dominación que en la interacción paritaria y, segundo, por cuanto el esquema protector-protégido es fuertemente reminiscente del pasado colonial y de la distinción entre centro potente y periferia dependiente, esquemas de los cuales aún quedan inquietantes resabios. Se dan ciertos paralelismos entre el principio de responsabilidad y la ética de protección. El estímulo para enfatizar la protección es la desigualdad, para la responsabilidad es la incommensurable expansión tecnocientífica, que a su vez genera desigualdades. El discurso explícito de la ética de protección se desencadena por dominación mundial del [neo]liberalismo, la globalización, la jibarización del Estado-nación y la profundización de desigualdades sociales, económicas y de empoderamiento. Nacida en Latinoamérica, la ética de protección pretende generar una agenda moral consciente de que los anhelos de igualdad y autonomía pasan por un apoyo a los débiles que les permita emprender el camino hacia la ecuanimidad.

Referencias

- M. Kottow, "The vulnerable and the susceptible", *Bioethics* 17, 2003, pp. 460-471. - M. Kottow, "Por una ética de protección", *Rev. Soc. Int. Bioética* 11, 2004, pp. 24-34. - M. Kottow, "Autonomía y protección en bioética", *Jurisprudencia Argentina (Lexis Nexis)* III, 2005, pp. 44-49. - C. Levine, et ál., "The limitations of 'vulnerability' as a protection for human research participants", *The American Journal of Bioethics* 4, 2004, pp. 44-49. - O. O'Neill, *Towards justice and virtue*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996. - Pico della Mirandola G., *De hominis dignitate*, Ed. bilingüe latín/alemán. Stuttgart, Philip Reclam, 1997. - J. D. Rendtorff, "Basic ethical principles in European bioethics and biolaw", *Medicine, Health Care and Philosophy* 5, 2002, pp. 235-244. - A. Sen, *Development as Freedom*, New York, Alfred A. Knopf, 2000. - M. Kottow y F. R. Schramm, "Moral Development in Bioethics: Patterns or Moral Realms?" *Rev. Bras. Educ. Méd.* 25, 2001, pp. 15-24. F. R. Schramm, M. Kottow, "Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas", *Cadernos de Saúde Pública*, Río de Janeiro, 17(4), 2001, pp. 949-956. - F. R. Schramm, "Información y manipulación: ¿cómo proteger los seres vivos vulnerados? La propuesta de la bioética de la protección", *Revista Brasileira de Bioética*, Vol. 1, N.º 1, 2005, pp. 18-27.

Bioética narrativa

José Alberto Mainetti (Argentina) - *Consejo Nacional de Investigaciones Científicas (Conicet)*

El paradigma narrativo de la bioética. El hombre es un género literario y una especie narrativa. La vida humana consiste en historia o biografía, como nos lo recuerda el *bios* etimológico de la *bioética*, que se refiere a la vida buena o a la buena vida (el *biotós* del griego clásico). Como dice García Márquez, "la vida no es la que uno vivió, sino la que uno recuerda y cómo la recuerda para contarla". El paradigma narrativo de la bioética que alterna con el modelo originario de los principios, racionalista y analítico, se configura por un *giro casuístico* –los casos son la textualidad de la bioética, epítome de aquellas metodologías basadas en casos, como la historia clínica, la confesión sacramental, la decisión judicial, la investigación detectivesca–, otro *giro hermenéutico* o de la interpretación como búsqueda del sentido –la virtud de Hermes, el inventor del lenguaje en el mito clásico– y un *giro literario* restaurador de la literatura como maestra en el conocimiento moral. En suma, la fecundidad de la bioética narrativa está en revalorizar el papel de la imaginación en la ética, su rol fundamental en el razonamiento moral como exploración narrativa, contrariamente a la tradición racionalista del absolutismo moral, excluyente de la insobornable subjetividad de la comprensión humana. Jorge Luis Borges ha dicho que la metafísica y la teología son dos ramas de la literatura fantástica, y que el género literario de la realidad es el sueño. El paradigma narrativo ofrece una heurística particular para la bioética en América Latina, que no

cuenta con propia filosofía como la angloamericana, pero sí tiene su propia literatura y *boom* narrativo (realismo mágico).

Bioética ficta y mitos fundadores. En cualquier caso, una bioética ficta de proyección universal registra entre los mitos fundadores de la humanidad al nuevo Prometeo que es Pigmalión, el escultor chipriota enamorado de la estatua por él creada y por el favor de Venus, la diosa del amor, convertida en mujer de carne y hueso, Galatea, con quien desposa Pigmalión. Este encarna la vocación antropoplástica consumada en la tecnociencia demiúrgica de la biogenética y de la cibernética, por las cuales el hombre busca recrearse a sí mismo biológica y artificialmente, regenerando el cuerpo orgánico e informando la razón al artefacto (inteligencia artificial). Sendas técnicas demiúrgicas cuentan con su estereotipo imaginario en la cultura occidental, el hombre biogénico con la leyenda del Homúnculo y el hombre cibernético con la saga del Golem. Síntesis de ambas técnicas es el hombre biónico o *cyborg*, símbolo de coevolución biológica y cultural. La ciencia en ficción de nuestros días se ha encargado de dar carta de ciudadanía tanto a las distopías biológicas –Aprendiz de Brujo, Frankenstein, Mundo Feliz– como a las robóticas: Terminator, Hulk, Matrix, testimoniando así la aventura de un futuro poshumano. El *Aleph* de Borges anticipa al buscador Google, como *La invención de Morel* o *Dormir al sol*, de Bioy Casares, predicen el advenir de la neocorporeidad con una tecnología ya indistinguible de la magia.

Las cuatro dimensiones de la fenomenología somatoplástica. Las formas imaginarias de esa nueva corporeidad se proyectan en la pantalla pigmaliónica del séptimo arte, donde cabe describir cuatro dimensiones de la fenomenología somatoplástica. La primera es la *intercorporeidad*, el cuerpo xenogénico o interespecífico, híbrido de diversas especies, cuyo prototipo del género es la Quimera y cuenta con un amplio repertorio filmico (hombre-araña, hombre-pingüino, mujer-gata, hombre-murciélago, hombre-lobo, hombre-mosca y mutantes de todo tipo, tortugas ninjas incluidos). La segunda dimensión es la *intracorporeidad*, mutaciones endógenas del organismo o intercambio de sus partes y funciones entre individuos, cuyo prototipo del género es la *Metamorfosis* de Kafka y tiene sus clásicos en el cine de terror (*El exorcista*, *El extraño caso del Dr. Jeckyll y Mr. Hyde*) y actualizante en la comedia desopilante (*El cielo puede esperar*, *Hay una chica en mi cuerpo*, *Una rubia caída del cielo*, *Quisiera ser grande*) sin olvidar dos últimos exponentes de las fantasías reproductivas (*Junior* y *Alien*). La tercera dimensión filmsomatoplástica es la *transcorporeidad*,

cuerpo metaorgánico como artificio de técnica según los prototipos del género que son el *Golem* y el *Homúnculo* y se realizan en los robots (*Terminator*), los androides (*Frankenstein*) y en la combinación de ambos o *cyborgs* (*Blade Runner*, *Robocop*). La cuarta dimensión es la *poscorporeidad*, tránsito de un estado a otro de la materia cuyo prototipo es la realidad virtual, empezando por el artificio plástico por excelencia que es el cine (*Terminator II*, *Mask*, *Viaje fantástico*, *Matrix*), propiciador de las creaturas de Pigmalión y de la apreciación del protagonista de la novela de Max Frish *Homo faber*: “*Todo el cuerpo humano es así; como construcción no está mal, pero como material, un fracaso; la carne no es un material, sino una maldición*”.

Referencias

- J. A. Mainetti, *Bioética ficta*, La Plata, Quirón, 1993. - J. A. Mainetti, *Bioética narrativa*, Quirón, Vol. 32, N.º 1, 2001. - K. Montgomery Hunter, “Narrative”, en S. Post (editor), *Encyclopedia of Bioethics*, 3rd edition, Macmillan Reference USA, 2004, Tomo IV, pp. 1875-1880.

Bioética jurídica

Eduardo Luis Tinant (Argentina) - *Universidad Nacional de La Plata*

Bioética jurídica es la rama de la bioética que se ocupa de la regulación jurídica y las proyecciones y aplicaciones jurídicas de la problemática bioética, constituyendo al mismo tiempo una reflexión crítica sobre las crecientes y fecundas relaciones entre la bioética y el derecho, a escalas nacional, regional e internacional.

Bioética y derecho. La bioética es en su “núcleo duro” una parte de la ética, pero es también algo más que ética. Fenómeno social y actividad pluridisciplinar que procura armonizar el uso de las ciencias biomédicas y sus tecnologías con los Derechos Humanos y en relación con los valores y principios éticos universalmente proclamados, se encuentra hoy en la encrucijada entre la manipulación de la vida y la atención de la salud y el bienestar de las personas, procurando no solo interpretar sino también orientar los extraordinarios avances de la moderna tecnociencia y los cambios sociales y culturales de la globalización. Se plantea así la necesidad de volver a considerar la dignidad del hombre como un valor superior al de la utilidad económica y de afirmar la primacía del orden ético sobre la técnica y los intereses puramente comerciales, mediante una toma de conciencia individual y colectiva respecto de la capacidad y la sensibilidad de prever efectos y riesgos sobre el inadecuado uso de las aplicaciones de ciencia y tecnología sobre la vida. A la *bioética empírica* (que define lo que es) sucede entonces la

bioética jurídica (que determina lo que debe ser). Convocado de tal modo, como discurso y praxis a la vez, el derecho puede y debe cumplir un papel fundamental en el ámbito de la bioética: a él le incumbe la tarea de elaborar y establecer normas que permitan regular de modo colectivo los nuevos conflictos bioéticos y, planteados concretamente estos, la de darles ajustada y oportuna resolución. La ética por sí sola no alcanza para asegurar el respeto de la persona y la vigencia irrestricta de los Derechos Humanos. Pero urge aclarar que tampoco el derecho tiene la fuerza suficiente si –a partir de él– no se ejerce el poder político necesario para conjurar las amenazas que representan los nuevos intereses creados. Más aún, si no opera un cambio de paradigma ético y científico que permita plasmar una nueva y fructífera alianza entre las ciencias y la filosofía, la técnica y las humanidades, reclamada en 1971 por Rensselaer von Potter (*Bioethics: bridge to the future*) al conjugar por primera vez el término bioética. Son indispensables, pues, una mayor interactividad entre tales disciplinas y un rol más activo del derecho, no para detener el desarrollo de las nuevas tecnologías biomédicas pero sí para orientarlo, regularlo y controlarlo y, llegado el caso, para prohibir determinadas prácticas contrarias a la dignidad humana, las libertades fundamentales y los Derechos Humanos. Desde una perspectiva regional latinoamericana, dicha construcción participativa debe acentuar la superación de las dificultades que atraviesan grandes grupos de población para alcanzar el debido estándar en su salud y calidad de vida.

Delimitación nominal de la bioética jurídica. *Bioética jurídica* difiere de vocablos a los que ha acudido buena parte de la doctrina, al calificar esta forma de bioética como una *nueva juridicidad*, como *bioderecho*, en la inteligencia de que se trata de una *rama jurídica transversal*, que no significa negación pero sí complemento de otras ramas del derecho (Miguel Ángel Ciuro Caldani), o que el *bioderecho* representa un paso posterior, dado el asincronismo entre la ciencia y el derecho: “*de la bio-éthique au bio-droit*”, “*après l’éthique la loi*” (C. Nairinck, L. Lavielle; id. Graciela Messina de Estrella Gutiérrez); o *biojurídica*, por considerarla “una nueva rama del derecho”, que tiene que ver directamente con la aplicación de los avances científicos a los seres humanos (María Dolores Vila-Coro), o “*la respuesta desde el mundo jurídico al surgimiento de la bioética*” (Francesco D’Agostino). O bien, de los que propician la ampliación del encuentro entre bioética y derecho mediante la profundización del diálogo entre bioética y Derechos Humanos, sin necesidad de recurrir al neologismo *bioderecho* (Pedro Federico Hooft); o caracterizan una *bioética con rasgos jurídicos*, como una

especie de “enrejado jurídico” de las ciencias de la salud (Jan Broekman); o, aun con una significación limitada, se refieren a la *juridificación de la bioética*, desde el momento en que esta es abordada desde el ángulo jurídico (Manuel Atienza); o *juridización de la bioética*, expresada en el progresivo crecimiento de los dominios regulados por el derecho, a costa de las demás relaciones sociales (Stefaan Callens). Sea cual fuere la posición que se adopte, resulta innegable la importancia del derecho *en y desde* la bioética. A condición de no incurrirse en una creciente “formalización” de la bioética, es decir, reducción a formas jurídicas de fenómenos que son esencialmente dinámicos e interdisciplinarios. Corresponde, pues, evitar esa excesiva rigidez formal y mantener abierto un diálogo pluridisciplinar inherente a la bioética. Podrá distinguirse así la bioética jurídica de otras modalidades, puesto que no tiene por objeto la transformación de la bioética en una simple nueva rama del derecho, como tampoco convertirse en un mero marco normativo de las ciencias de la vida y de la salud –*minus* legítimamente reprochado a aquellas–, sino la necesaria regulación jurídica de los temas y problemas bioéticos tendiente al reconocimiento y la tutela eficaz de la dignidad humana y los derechos y libertades fundamentales relacionados con el avance de tales ciencias, lo cual es algo muy distinto. El término bioética jurídica procura evitar, pues, la confusión de términos y, por ende, de conceptos, confirmando que se trata de algo más que una mera *nominis quaestio*, desde que la noción de *ética* debe presidir el debate. El riesgo adicional que puede significar la supresión del vocablo *ética* se desprende de vocablos que designan otros fenómenos de *bios* de nuestro tiempo, algunos con inciertos y preocupantes alcances, como *biopoder* (conjunción de la genética y la informática: “*civilisation de l’ordinateur, domaine qui vient*”) y *biocracia* (presiones de quienes no reconocen ningún freno al progreso de la ciencia y la tecnología y al beneficio económico), o que representan una clara y terrible amenaza para la humanidad toda, sin ignorar otras ya existentes, como *bioterrorismo* (agresión con armas biológicas y químicas). No es casual que tales palabras carezcan del vocablo *ética*. Antes bien, dicha ausencia denota los nuevos peligros o desviaciones. En suma: con el término bioética jurídica que hemos introducido, el adjetivo preserva el sustantivo y expresa mejor el concepto, dando lugar, en sentido estricto, a la *bioética normativa* (regulación constitucional y legal de temas y problemas bioéticos) y la *bioética jurisprudencial* (resoluciones judiciales de conflictos bioéticos, etc.); y, en sentido amplio, a un estudio y reflexión de la problemática bioético-jurídica en su conjunto, vale decir, las crecientes y fecundas relaciones entre la

bioética y el derecho, complementarias entre sí. Estas relaciones pueden desarrollarse según la siguiente *Tabla de contenidos de la bioética jurídica (lato sensu)*: a) Derecho en la bioética (bioética y derecho), b) Bioética en el derecho, b1) Bioética doctrinaria, b2) Bioética política e institucional, c) Derecho de la bioética (bioética jurídica, *stricto sensu*), c1) Bioética formativa, c2) Bioética judicial, d) Derecho internacional de la bioética (bioética jurídica internacional).

a) *Derecho en la bioética*. Se trata del derecho partícipe de bioética –con su teoría general, principios y valores–, que contribuye a la determinación y condición de la misma. Iluminan la escena bioética, en especial, la filosofía de los Derechos Humanos, el constitucionalismo de las últimas décadas y el derecho internacional de los Derechos Humanos.

b) *Bioética en el derecho*. Se refiere a la bioética como discurso preparatorio de acciones que requieren la solución jurídica de problemas bioéticos. Ejemplo de ello, los principios bioéticos operando cual tópicos jurídicos (*topoi, topos*), lugares que proveen argumentos para la discusión dialéctica en el ámbito forense. b1) *Bioética doctrinaria*. 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. b2) *Bioética política e institucional*. Tiene que ver con la actividad estatal y la organización político-institucional y se manifiesta como política destinada a promover y asegurar el derecho a la protección y la atención de la salud (asistencia médica y farmacológica), así como definir los problemas relacionados con la nueva genética humana en políticas de salud, de la familia y de la minoridad. Confluyen lo que se considera un *optimum* al respecto y la puesta en ejecución de medidas necesarias para lograrlo, mediante la fijación

de objetivos y aplicación de instrumentos en el marco de determinadas instituciones. Se ocupa así de la práctica clínica y quirúrgica y la calidad y gestión asistencial en materia de salud pública, privada y semiprivada, y de los sistemas e instituciones de salud y la medicina hospitalaria; igualmente, de los diversos comités de ética: de políticas públicas, asistenciales, de investigación clínica y experimentación biomédica con seres humanos (su naturaleza, objetivos, funciones, composición y procedimientos), y la identificación y definición de los grupos vulnerables en investigación científica.

c) *Derecho de la bioética*. Comprende el derecho fruto de la bioética –cuerpo de normas, directivas, resoluciones judiciales y aplicaciones jurídicas–, que hace a la vigencia y eficacia de la misma. c1) *Bioética normativa (constitucional, legal, reglamentaria)*. Orientada a la elaboración y la sanción de reglas generales en el contexto de la política sanitaria y del sistema jurídico vigente, a partir de la racionalidad de decisiones colectivas en áreas en las que confluyen la salud pública, los Derechos Humanos y la regulación de los avances científicos, incluyendo la recepción con jerarquía constitucional de tratados y convenciones internacionales sobre Derechos Humanos. Regulación normativa de la bioética, a cargo de los juristas y las autoridades públicas, que deviene necesaria si se tiene en cuenta la insuficiencia de la autorregulación deontológica por parte del ámbito biomédico. c2) *Bioética judicial (jurisprudencial)*. Abarca la solución de casos individuales de naturaleza bioética, en particular la labor de los jueces en la resolución de conflictos concretos de tal modo vinculados. Estudia así las sentencias en su condición de normas jurídicas individuales (precedentes) y en conjunto al decidir un mismo punto (jurisprudencia), y su eventual aplicación en el tratamiento de nuevos conflictos o dilemas bioéticos. La secuencia: desarrollo jurídico-legal-sentencial-jurisprudencial (faz normativa completa de la bioética), no excluye una complementación diacrónica-sincrónica del fenómeno bioético, pues la bondad de la normativa dictada (tanto general como individual) impulsa su retorno, enriquecida y enriquecedora, a la faz discursiva de la bioética.

d) *Derecho internacional de la bioética*. Examina el derecho que ha surgido como consecuencia de las implicancias globales de la biomedicina y la genética y la expansión de los intercambios científicos que trascienden forzosamente las fronteras políticas y exigen la cooperación de los Estados y una cierta armonización de las normas nacionales en la búsqueda de soluciones adecuadas a los nuevos conflictos. Como señala Roberto

Andorno, 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. 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.

Referencias

E. Tinant, *Antología para una bioética jurídica*, Buenos Aires, La Ley, 2004. - R. Andorno, “*Hacia un derecho internacional de la bioética*”, 2001, www.reei.org

Ponderación de principios éticos

Rodolfo Vázquez (México) - *Universidad Nacional Autónoma de México*

La crítica de Manuel Atienza. En un texto, multicitado en el contexto de la discusión sobre bioética en habla castellana, Manuel Atienza ofrece una de las contribuciones más lúcidas en el debate que nos ocupa. *Juridificar la bioética* no es, de acuerdo con el autor, el título de un artículo que pretenda “una vuelta a la deontología médica tradicional, esto es, a la concepción de la ética médica –y, por extensión, de la bioética– como un código único de preceptos y obligaciones aplicados según procedimientos burocráticos y respaldados coactivamente”; de lo que se trata, más bien, es de “sostener que hay un tipo de conflicto jurídico cuya resolución consiste justamente en ponderar principios contrapuestos y que, para tratar con esos casos, ha ido desarrollándose una metodología que podría resultar de utilidad también para la aplicación de los casos concretos de los principios de la bioética”. Después de pasar revista y criticar la *teoría principalista* de Beauchamp y Childress; la *tópica o casuística* de Jonsen y Toulmin; y la que, a reserva de un mejor nombre, podría denominarse la de *principios jerarquizados* del filósofo español Diego Gracia, Atienza desarrolla su propia concepción. Comentaremos su propuesta a partir de tres premisas básicas: la aceptación de un objetivismo

moral, una ordenación de principios primarios y secundarios, y la distinción entre principios y reglas. Para Atienza la *tópica* de Jonsen y Toulmin y el modelo propuesto por Diego Gracia “*apuntan en la dirección adecuada al esforzarse por construir una ética –o una bioética– que proporcione criterios de carácter objetivo y que, por así decirlo, se sitúe a mitad del camino entre el absolutismo y el relativismo moral*”, aunque el autor los critique inmediatamente, por otras razones. Si bien Atienza no desarrolla en este trabajo su concepción metaética objetivista, creo que es uno de los supuestos básicos para dar sentido al mismo. Por lo pronto, como bien lo ha mostrado James Fishkin, no debe confundirse el objetivismo con el absolutismo moral, ni mucho menos con el relativismo. En la línea de Mario Bunge y Ernesto Garzón Valdés, Atienza no tendría mayor inconveniente en aceptar que puede alcanzarse un consenso profundo con respecto a las necesidades básicas que demanda cualquier ser humano –para nuestro caso en materia de salud y medicina– y que tales necesidades no son objeto de negociación ni de acuerdos mayoritarios, ni sujetas a los valores culturales de una comunidad. Creo que también estaría de acuerdo en que la exigencia de satisfacción de tales necesidades es una condición necesaria para el ejercicio de la autonomía personal; que “*los hombres tienen derecho a no ser dañados en sus intereses vitales y tienen el deber de no dañar a los demás impidiendo la satisfacción de sus necesidades básicas o de sus intereses vitales*”, y que la consideración igualitaria de las personas en sus exigencias de cuidado y salud supone el rechazo de cualquier trato discriminatorio por razones de sexo, raza, convicciones religiosas, etc. En síntesis, que los principios normativos de autonomía, beneficencia, no maleficencia e igualdad no se construyen arbitrariamente, ni se proponen dogmáticamente, sino que se levantan sobre la aceptación de un dato cierto: el reconocimiento y la exigencia de satisfacción de las necesidades básicas. Es la afirmación de este objetivismo moral lo que permite tomar distancia por igual de las teorías generalistas y particularistas en bioética y, por tanto, del absolutismo principalista y el subjetivismo casuístico que las caracterizan, respectivamente. La crítica de Atienza a la concepción de Diego Gracia –deudora a su vez del pensamiento de Ronald Dworkin– va delineando lo que luego será su propuesta de orden y enunciado de los principios. Para Gracia, en la interpretación de Atienza, los cuatro principios clásicos de la bioética no tienen el mismo rango porque su fundamentación es distinta: “*La no maleficencia y la justicia se diferencian de la autonomía y la beneficencia en que obligan con independencia de la opinión y la voluntad de las personas implicadas, y [...] por tanto,*

tienen un rango superior a los otros dos”. Los principios del primer nivel –no maleficencia y justicia– son, además, “expresión del principio general de que todos los hombres somos básicamente iguales y merecemos igual consideración y respeto”. Atienza critica a Gracia, con razón, en el sentido de que la división de los principios que sugiere no está justificada: “Por un lado, el fundamento de esa jerarquización (el hecho de que unos obligan con independencia de la opinión y la voluntad de los implicados) parece envolver una suerte de petición de principio: si se acepta el criterio, entonces, obviamente, la autonomía ha de tener un rango subordinado, pero lo que no se ve es por qué ha de ser ese el criterio de la jerarquía; esto es, queda sin fundamento por qué la opinión y la voluntad de los implicados –o sea, la autonomía– ha de subordinarse a alguna otra cosa, a algún otro valor”. Por otro lado, si se acepta la prioridad del principio de igual consideración y respeto por encima del de autonomía, “no se entiende muy bien por qué la opinión y la voluntad de un individuo ha de contar menos que la de otro, esto es, no se entiende por qué la autonomía no es también expresión de ese principio general”.

La ponderación de los principios éticos. Para Atienza –con quien comparto su crítica a Diego Gracia– el principio de autonomía tiene cierta prevalencia, entonces, sobre el principio de igual consideración y respeto. En este entendido el autor propone cuatro principios normativos: *autonomía, dignidad, igualdad e información*. Estos principios responden a las siguientes preguntas: “a) ¿quién debe decidir (el enfermo, el médico, los familiares, el investigador)?; b) ¿qué daño y qué beneficio se puede (o se debe) causar?; c) ¿cómo debe tratarse a un individuo en relación con los demás?; y d) ¿qué se debe decir y a quién?” (6) Estos cuatro principios serían suficientes para resolver los “casos fáciles”, pero son insuficientes para los “casos difíciles”. Para estos se requerirían principios secundarios que derivaran de los primarios de modo tal que ante la insuficiencia del principio de autonomía se apelara al principio de paternalismo justificado; de la insuficiencia del de dignidad al de utilitarismo restringido; del de igualdad al de trato diferenciado y del de información al de secreto. En el discurso práctico –por ejemplo, en un comité de ética– se podría establecer “cierta prioridad en favor de los primeros, que podría adoptar la forma de una regla de carga de la argumentación: quien pretenda utilizar, para la resolución de un caso, uno de estos últimos principios (por ejemplo, el de paternalismo frente al de autonomía, etcétera) asume la carga de la prueba, en el sentido de que es él quien tiene que probar que, efectivamente, se dan las circunstancias de aplicación de ese principio”. El enunciado de los principios secundarios

que Atienza propone sería como sigue: *Principio de paternalismo justificado*: “Es lícito tomar una decisión que afecta a la vida o salud de otro si: a) este último está en situación de incompetencia básica; b) la medida supone un beneficio objetivo para él, y c) se puede presumir racionalmente que consentiría si cesara la situación de incompetencia”. *Principio de utilitarismo restringido*: “Es lícito emprender una acción que no supone un beneficio para una persona (o incluso que no le supone un daño), si con ella: a) se produce (o es racional pensar que podría producirse) un beneficio apreciable para otro u otros; b) se cuenta con el consentimiento del afectado (o se puede presumir racionalmente que consentiría), y c) se trata de una medida no degradante”. *Principio de trato diferenciado*: “Es lícito tratar a una persona de manera distinta que otra si: a) la diferencia de trato se basa en una circunstancia que sea universalizable; b) produce un beneficio apreciable en otra u otras, y c) se puede presumir racionalmente que el perjudicado consentiría si pudiera decidir en circunstancias de imparcialidad”. (8) Atienza enuncia un cuarto principio secundario –el del secreto– que correspondería al principio primario de información. (9) Creo que este par de principios podría subsumirse de manera adecuada en el principio de autonomía personal y de paternalismo justificado, respectivamente. Parece claro que para que un individuo pueda decidir con respecto a aquello que le afecte a su salud es una condición necesaria que se encuentre debidamente informado. La doctrina del *consentimiento informado*, tan desarrollada en el contexto anglosajón, es una prolongación natural del debido respeto a la autonomía de cada individuo. Con todo, sea mediante principios primarios o secundarios, por su carácter de *inconcluyentes*, no sería posible aún resolver definitivamente un caso. Por tanto, además de principios son necesarias las reglas, es decir, “un conjunto de pautas específicas que resulten coherentes con ellos y que permitan resolver los problemas prácticos que se plantean y para los que no existe, en principio, consenso”. El problema fundamental de la bioética no sería otro, en definitiva, que el de pasar del nivel de los principios al de las reglas. Este tránsito de niveles puede ilustrarse con varios ejemplos: a) ante el caso controvertido de la transfusión sanguínea a un niño Testigo de Jehová, el principio primario de autonomía personal de los padres debe ceder ante el principio secundario de paternalismo justificado que justifica la regla: “un padre no puede impedir que a su hijo se le transfunda en caso de necesidad”; b) ante la situación concreta de un paciente en estado vegetativo, irreversible, el posible principio primario de dignidad personal debe ceder ante el principio secundario del utilitarismo restringido que justifica la regla: “es lícita la eutanasia activa para evitar un

mayor daño a los familiares y beneficiar a terceros con los recursos hospitalarios”; c) ante la escasez de órganos y la creciente demanda de los mismos, el principio primario de igualdad debe ceder ante el principio secundario de trato diferenciado que justifica la regla: “Es lícito preferir para un trasplante (en igualdad de otras condiciones) al enfermo que pueda pronosticarse una mayor cantidad y calidad de vida”. La propuesta de Atienza se inscribe así en una concepción de la ponderación de principios que se aparta de esquemas rigidamente absolutistas, en la medida en que los principios por él enunciados se caracterizan por ser *prima facie*, y también de posiciones escépticas que hacen de la ponderación una actividad radicalmente subjetiva, resultado de un juicio de valor del intérprete y, por tanto, no sujeta a un control racional. Para Atienza, de acuerdo con el pensamiento de Robert Alexy, la ponderación de principios constituiría un paso previo a la *subsunción*, es decir, en casos conflictivos donde colisionan dos principios, la ponderación de los mismos es necesaria para que, de acuerdos con ciertos criterios racionales, se proceda a mostrar que el caso individual de referencia no es otra cosa que “una instancia de un caso genérico al que una norma jurídica aplicable correlaciona con una consecuencia normativa”. En los términos de Alexy y Atienza, en una colisión de principios, las condiciones bajo las cuales un principio precede a otro constituyen el supuesto de hecho de una regla que expresa la consecuencia jurídica del principio precedente. En el ejemplo del niño Testigo de Jehová el principio de paternalismo justificado precede al de autonomía personal si se cumplen, para el caso individual, sus condiciones de aplicación: se trata de un incompetente básico, la medida supone un beneficio objetivo para él y podría presumirse racionalmente que consentiría el acto si cesara la situación de incompetencia. Estas condiciones de aplicación constituyen, a su vez, el supuesto de hecho de una regla que se enunciaría: “un padre no debe impedir que a su hijo menor de edad se le trasfunda en caso de necesidad”. Regresando a las preguntas iniciales sobre teorías, principios y reglas, es precisamente en el mismo proceso deliberativo de ponderación de principios y de tránsito de los principios a las reglas para alcanzar un equilibrio reflexivo donde la actividad del filósofo práctico desempeña un papel importante. Ahora bien, que los principios normativos (y las reglas) sean relevantes para orientar las decisiones de los funcionarios públicos de la salud o de los miembros de los comités de bioética parece claro, entonces, siempre que se acepten algunas condiciones: 1. su pluralidad y objetividad en tanto expresan la exigencia de satisfacción de necesidades básicas y presuponen una “moralidad común”; 2. su valor

prima facie y el recurso a la ponderación cuando dos principios entran en conflicto; 3. la distinción entre principios primarios y secundarios y la prevalencia de los primeros para determinar la carga de la prueba; y 4. la *subsunción* que significa el tránsito necesario de los principios a las reglas para la resolución de las situaciones concretas. El conjunto de principios y reglas –de resoluciones que fueran emanando de cada uno de los comités hospitalarios, estatales y a nivel nacional– irían conformando, como lo sugiere el propio Atienza, una suerte de *jurisprudencia*, que garantizaría continuidad en las decisiones y seguridad entre los ciudadanos.

Referencias

- Manuel Atienza, “Juridificar la bioética”, *Isonomía* N.º 8, abril 1998, pp. 75-99. - James Fishkin, *Justice, Equal Opportunity and the Family*, Yale University Press, New Haven, 1983. - James Fishkin, “Las fronteras de la obligación”, en *Doxa*, No. 3, Alicante, 1986, pp. 80-82. Carlos Nino, “Autonomía y necesidades básicas”, *Doxa*, No. 7, Alicante, p. 22. - Ernesto Garzón Valdés, “Necesidades básicas, deseos legítimos y legitimidad política en la concepción ética de Mario Bunge”, en *Derecho, ética y política*, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1993, pp. 546 y ss. - Rodolfo Vázquez, *Liberalismo, estado de derecho y minorías*, México, Paidós-UNAM, 2001. - Ramón Casals Miret y Lydya Buisán Espeleta, “El secreto médico”, en María Casado, *Bioética, derecho y sociedad*, Madrid, Trotta, 1998, pp. 151-176. - José Juan Moreso, “Conflictos entre principios constitucionales”, en Miguel Carbonell, *Neoconstitucionalismo(s)*, Madrid, Trotta, 2003.

Bioética y complejidad

Pedro Luis Sotolongo (Cuba) - *Instituto de Filosofía de La Habana*

Contextualización del emerger de la práctica y de la reflexión bioéticas desde dentro del saber y de las realidades de la vida cotidiana contemporánea. La bioética emerge en el último tercio del recién finalizado siglo XX, como concientización colectiva de la interacción entre las acciones sociales y los valores culturales de las personas y la dinámica de los sistemas biológicos en evolución; así, va constituyendo una praxis y una reflexión acerca de esa praxis en torno de los problemas de la vida humana, animal y vegetal, de su calidad, de su sentido, de su sustentabilidad, de los valores que subyacen a su aprehensión y comprensión. Es pues un ámbito aún joven que va erigiendo un tipo nuevo de pensamiento y un tipo nuevo de praxis éticas que se vienen haciendo necesarios para lidiar con problemas y desafíos éticos nuevos concernientes a la existencia de los seres vivos individuales y a la sustentabilidad de sus especies en evolución; todo generado por una época también nueva: nuestra contemporaneidad. ¿Cuál es ese

nuevo tipo de problemas que ha condicionado su emerger? Es aquel que, dimanante de esa vida cotidiana contemporánea, es resultante de un cada vez mayor nexo entre el ámbito de *lo real* (la vida y su evolución) y el impacto sobre *lo real* de los ámbitos de *lo simbólico* (el conocimiento y la comprensión de la vida y los valores éticos que le subyacen) y de *lo imaginario* (la plasmación de la invención e innovación tecnológicas concernientes a la vida) y que alteran sustancialmente esa vida y sus formas. Algunos ejemplos de tales problemas son el denominado *problema ambiental*, en realidad una consecuencia del modelo cultural de entorno construido por la racionalidad de la modernidad occidental; el problema del cambio climático global del ecosistema planetario, originado por los excesos del aludido modelo cultural de entorno; el de la producción de alimentos transgénicos; el de la clonación humana y no humana; el de la manipulación génica en general; el de las nuevas posibilidades y opciones atañentes al inicio, el transcurso y el final de la vida; muchos de ellos como resultado del desarrollo y asimilación de las biotecnologías que usufructúan a su vez los avances de la microbiología y de la genética, entre otras. Tales problemas han ido plasmando una cada vez más extendida concientización de los límites de nuestra existencia como especie y de los riesgos de nuestra intervención intencional en procesos hasta ahora privativos del azar natural y han traído consigo dilemas éticos que antes no existían y que invaden los ámbitos de lo político, de lo sociológico, de lo ecológico y ambiental. Ello ha propiciado la convergencia entre la praxis y la reflexión bioéticas y las del ambientalismo holista. A su vez, dichas circunstancias también propician e impelen a construir y sostener visiones evolutivas, procesuales y dinámicas del mundo que nos rodea, de nuestro conocimiento del mismo y de la responsabilidad para con el devenir futuro de ese mundo por parte del que lo indaga e interviene en sus procesos. Esta última circunstancia ha venido condicionando la convergencia entre la praxis y la reflexión bioéticas y las del pensamiento de la complejidad.

La contribución de la bioética a la construcción colectiva en marcha de un nuevo ideal de racionalidad, alternativo al imperante desde la modernidad. Las circunstancias contemporáneas aludidas de una imbricación cada vez más significativa entre el ámbito de *lo real* y los de *lo simbólico* y *lo imaginario*, que han dado origen, entre otras cosas, a la praxis y reflexión bioéticas, son, al mismo tiempo, la resultante de que el proceso de nuestra evolución como especie humana, preponderantemente centrada ahora en nuestra evolución cultural, está alcanzando nuevos estadios que van cada vez más “cerrando el bucle” retroactivo entre los niveles somáticos, neurológicos y socioculturales. Dicho proceso va

plasmando interacciones y retroacciones *de segundo orden*: naturaleza (incluyendo nuestro soma y el de otros organismos vivos) –sociedad–cultura. Las herramientas construidas por la racionalidad de la modernidad: analíticas, lineales y organizadas disyuntivamente en disciplinas del saber no poseen suficiente capacidad heurística para la aprehensión y comprensión de semejantes procesos de segundo orden que se ven necesitados de una racionalidad alternativa a aquella, que elabore otras herramientas cognitivas y comprensivas de mayor fuerza heurística con ayuda de las cuales construir una nueva imagen o cuadro del mundo, un nuevo estilo de pensamiento, guiado por valores y normas diferentes. Tal proceso ya está en marcha y aunque epocalmente hablando es aún incipiente, su importancia requeriría que lo distingamos y acompañemos conscientemente. La praxis y la reflexión de la bioética, sobre todo las que no la reducen a su dimensión biomédica, por supuesto legítima, pero parcial, están ya haciendo sus aportes (junto a los aportes convergentes del ambientalismo holista y del pensamiento de la complejidad) a la construcción de esa nueva racionalidad alternativa. La bioética aporta a ella un pensamiento holista, dirigido a la comprensión de las totalidades involucradas en sus situaciones problemáticas y no a su desmembración analítica en partes independientes; un pensamiento no-lineal, atento a que cambios pequeños en las condiciones bioéticas reinantes puedan suscitar grandes consecuencias, y un pensamiento transdisciplinar, que se nutre de nociones provenientes de muy diversas disciplinas y campos interdisciplinarios y multidisciplinarios, y que, sin sustituir a ninguno de tales ámbitos, los trasciende, permitiendo construir un saber bioético transdisciplinar que propicia el aprehender y comprender nuevos rasgos –antes disciplinadamente invisibilizados– en los fenómenos bioéticos indagados. Tales aportes, contrastantes con el pathos analítico, lineal y disciplinar de la racionalidad de la modernidad y más adecuados para la aprehensión y comprensión de los aludidos procesos contemporáneos de segundo orden, pretenden contribuir a trascender el giro y carácter instrumental que la racionalidad de la modernidad adquirió cada vez más a partir del industrialismo en el siglo XIX y que ha cobrado un “segundo aire” con la actual globalización y sus estrategias de poder económico, sociológico y político de carácter y orientación neoliberales. Lo que está en juego en dicho empeño por construir colectivamente *una racionalidad bioética, ambiental y compleja* no es poco; por el contrario, involucra eludir los peligros –ya cada vez más evidentes– de una catástrofe ética, ambiental y ecológica, a la que a todas luces parece encaminarse la humanidad en este primer decenio del

nuevo siglo XXI; permitiendo la supervivencia de nuestra especie y del resto de las especies animales y vegetales, así como el emerger de una nueva calidad de vida y una aprehensión y comprensión de esa vida y su sentido que engargen con políticas que se dirijan a propiciar el bien colectivo y no el de minorías empoderadas y privilegiadas nacionales e internacionales, generando un orden mundial más justo y equitativo que el desorden mundial globalizado neoliberalmente imperante en la actualidad, con una mucho más justa distribución de las riquezas ya existentes y/o alcanzables con los medios de que dispone ya la humanidad. La praxis y la reflexión de una bioética global y profunda constituyen un importante –insoslayable– componente de dichos esfuerzos colectivos, al preguntarse: ¿Cuál futuro es el que se avizora ahora como el más inminente para la humanidad y para las manifestaciones de la vida en general? ¿Es el que deseamos? Si no lo es, ¿cuáles otras opciones parecen posibles? ¿Qué “puentes” –y cómo– podemos construir hacia las mismas? Esa actitud de responsabilidad por el futuro de la humanidad, por la sustentabilidad de la especie humana, por las consecuencias de nuestras acciones (y de lo que dejamos de hacer) para las nuevas generaciones, por la urgencia, en función de todo lo anterior, de una convergencia y fructificación mutua de los saberes naturales y sociales, de valores y conocimientos, es la actitud concomitante con una bioética que merezca el nombre.

La articulación de la práctica y la reflexión bioéticas con el pensamiento de la complejidad y con las estrategias de indagación de fenómenos complejos. La articulación de la práctica y la reflexión bioéticas con las del pensamiento de la complejidad –dentro de esa construcción colectiva en marcha de un nuevo ideal de racionalidad– no es casual, ni proviene de los caprichos de “bioeticistas” y “complejólogos”. Por el contrario, proviene de las condiciones sociales contemporáneas que han hecho posible el emerger de ambas direcciones de pensamiento y praxis. Es decir, proviene de sus condiciones mismas de posibilidad: de la trama cada vez más articulada, religada y abarcadora, es decir, compleja (según la etimología de *complexus*, o sea, *que abarca*, y de *complectere*, es decir, *trenzar*; *enlazar el principio y el final*, en latín) de las interacciones locales de los seres humanos en el ámbito de su vida cotidiana, la preponderancia que ha adquirido la dimensión ética de su aprehensión del mundo que les rodea y los procesos más globales de co-evolución de la naturaleza y de nuestras sociedades contemporáneas. Nunca como ahora han devenido tan estrechamente trenzadas y abarcadoras –complejas– las articulaciones entre los derechos, los deberes, las expectativas y las realidades (convergentes y divergentes con tales

derechos, deberes y expectativas) vinculadas al disfrute de una vida individual con dignidad, es decir, con salud, techo, abrigo, alimento, educación, recreación, amor y solidaridad humana, por una parte, con los valores que guían y subyacen al conocimiento humano y, por otra parte, con las exigencias ecológicas y las políticas necesarias para la sustentabilidad colectiva de nuestra especie humana en este planeta. Es de esa índole cada vez más profunda y extensamente religada –epocalmente hablando– de nuestras realidades concernientes a la vida individual y a la existencia colectiva de la especie (de la cada vez más evidente articulación y cierre de bucles de segundo orden entre *lo local* y *lo global* de los fenómenos vivientes), de donde se suscita la necesidad de la articulación entre las estrategias de abordaje de las problemáticas bioéticas y las estrategias de indagación de los fenómenos complejos (y su comunidad de pensamientos holísticos, no lineales y transdisciplinarios). Y al mismo tiempo, la que permite comprender –sin falsos sectarismos y/o rivalidades– por qué y cómo la bioética desborda con creces los problemas, de suyo importantes, y necesitados de estudio y solución adecuadas y en ocasiones urgentes, de la bioética clínica, de la ética médica o de una ética *aplicada* a la disponibilidad y utilización de las nuevas tecnologías bio-médicas y/o ingeniero-genéticas; así como por qué desborda la problemática de la protección de los derechos de los pacientes. Y es dicha índole la que sustenta el reclamo por el desarrollo de una bioética global o profunda, como componente del nuevo ideal de racionalidad en construcción.

El común estatuto epistemológico de la bioética y del pensamiento de la complejidad. Además de esa comunidad dimanante de sus condiciones contemporáneas de posibilidad, la bioética y el pensamiento de la complejidad comparten su común estatuto epistemológico. En otras palabras, marchan por el mismo camino para la obtención de sus “cuotas” de saber. Dicha circunstancia las hace trascender los dos caminos tradicionales de la epistemología de la modernidad para la obtención de “cuotas” de saber, situándose más allá de las dos vertientes epistemológicas características del pensamiento de esa modernidad: la del objetivismo gnoseológico de que han hecho gala los diferentes positivismos, el estructuralismo y los materialismos vulgares; pero también la del subjetivismo fenomenológico puesto en juego por los diferentes existencialismos, el interaccionismo simbólico, la etnometodología y los idealismos de diferente inspiración. Por el contrario, la bioética y el pensamiento de la complejidad, para lograr sus “cuotas” de saber bioético y complejo, marchan por el camino de la contextualización situacional de las problemáticas bioéticas y/o complejas que indagan y

de la comprensión de sus sentidos cognitivos, valorativos y praxiológicos. Es decir, tributan a una epistemología de índole hermenéutica. Por tal camino, reivindican la reflexividad del conocimiento, que ha sido puesta en evidencia por la llamada *nueva epistemología* o *epistemología de segundo orden*, que es, precisamente, de inspiración hermenéutica. Tal reflexividad nos hace comprender que cuando intentamos obtener “cuotas” de saber bioético y/o complejo, la actividad indagadora del sujeto es inseparable del objeto de su indagación, es decir, de la situación bioética y/o compleja que se afana por comprender en su contexto situacional y en sus múltiples sentidos. Ya no basta, pues, con saber el resultado explícito –el *qué*– obtenido en una u otra indagación. La reflexividad de todo indagar exige que contextualizemos el mismo; en otras palabras, que tengamos en cuenta el *quién* indaga, *por qué* indaga, *para qué* indaga, *cómo* indaga, desde *dónde* indaga y *cuándo* es que indaga. Es de todos esos *indexicales* de la indagación de dónde dimanan sus sentidos cognitivos, valorativos y praxiológicos.

La fecundidad del diálogo transdisciplinar entre los saberes y quehaceres de la bioética y del pensamiento de la complejidad. De esa su comunidad de condiciones contemporáneas de posibilidad, que propicia su articulación práctica, y de ese su estatuto epistemológico compartido, que condiciona su fructífera articulación cognitiva, dimana, entre otras circunstancias, la fecundidad del diálogo de saberes bioético y del pensamiento de la complejidad. Pero semejante diálogo de saberes no debe ser entendido como reducido al intercambio, por válido que sea, de “cuotas” de saber teórico y/o empírico provenientes de ambas tradiciones. Implica, además, el reconocimiento y el respeto no solo a la diferencia complementaria de dichas “cuotas” de saber, sino también hacia la multiplicidad y diversidad de saberes provenientes de otros ámbitos de la ciencia. Y, más aún, el reconocimiento y respeto por los saberes dimanantes de diferentes tradiciones culturales y civilizatorias, de todas las cuales pueden y deben nutrirse los saberes y las prácticas bioéticas y del enfoque de la complejidad. Semejantes reconocimiento, respeto y mutua fecundación de esa multiplicidad y diversidad científica, cultural y civilizatoria –incluyendo las culturas y civilizaciones preteridas por el cientifismo y desarrollismo de la modernidad– constituyen el verdadero sentido del aludido diálogo transdisciplinar de saberes bioético y/o complejo.

La necesidad de la proyección de los saberes y prácticas bioéticas y las del pensamiento de la complejidad hacia la solución atenta y comprometida de los problemas éticos de la vida y el vivir contemporáneos. La práctica y la reflexión bioéticas y las

del pensamiento de la complejidad, al dimanar de las realidades de nuestra contemporaneidad, no pueden concebirse, entonces, ajenas y desligadas de las contradicciones sociales del recién terminado siglo XX que las engendró. Más aún que tales contradicciones están vigentes en este comienzo del siglo XXI por no haber sido resueltas, por persistentes y vinculadas a las prácticas dominantes en las tomas de decisiones atañentes a la vida y a las estrategias de su apropiación por parte de círculos sociales empoderados que pretenden hacer pasar sus intereses y objetivos sociales particulares como si fuesen los intereses y objetivos generales de la humanidad. De este modo, la complejidad de las problemáticas bioéticas no solo se desplaza del terreno epistemológico de la vieja *epistemología de-primer-orden* hacia la de segundo orden, sino que se hace cargo de las articulaciones poder bioético-saber bioético, imbricadas con las prácticas, con los imaginarios y con los discursos bioéticos de apropiación, producción y transformación de la vida y de sus formas; prácticas, imaginarios y discursos que pueden estar guiados por los principios de –y orientados hacia– ya bien la sustentabilidad de la vida o ya bien su depredación. Por lo mismo, lo bioético no constituye un mero saber *ascético*, sino una articulación de conocimientos, valores y estrategias en un campo antagónico (contradictorio) de intereses sociales en conflicto, de identidades sociales y culturales diferenciadas, de relaciones sociales de alteridad. O sea, un campo social conflictual atañente al desarrollo sustentable de la vida en todas sus manifestaciones, vegetal, animal y humana. Este campo tiene un fuerte e indefectible asidero en esas contradictorias –por injustas– realidades del mundo en que nos ha tocado vivir; y son estas contradictorias realidades las que otorgan su sentido situacional y contextual más legítimo a las prácticas bioéticas. Así, pueden distinguirse, *grosso modo*, dos sentidos diferenciales –y diferenciables– de lo bioético: una bioética-del-consenso-social, no articulada con la política, que tributa objetivamente a favor de una conciliación de intereses dentro del statu quo social vigente, obviando contradicciones sociales insalvables. Cuando se trata de intereses sociales conciliables, acierta; cuando se topa –más temprano que tarde– con intereses sociales irreconciliables (de explotación, de marginación, de exclusión social de unos por otros, como los imperantes en muchos lugares, incluida nuestra región latinoamericana y caribeña) yerra y no puede no errar; y una bioética-de-las-contradicciones-sociales, articulada con la política y orientada a revelar las contradicciones de intereses y fines bioéticamente relevantes dentro de esas realidades sociales contemporáneas de las cuales ha emergido, en particular en

nuestro ámbito las atañentes a nuestra región latinoamericana y caribeña, para afrontar dichas contradicciones en aras de objetivos de justicia y equidad sociales.

Referencias

Pedro Sotolongo, "El tema de la complejidad en el contexto de la bioética", *Estatuto Epistemológico de la Bioética*, México, Unesco, 2005, pp. 95-123. - Pedro Sotolongo, *Ideas para una filosofía fenomenológica. Primer Libro: Introducción general a la fenomenología pura (Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologisches Philosophie. Erstes Buch: Allgemeine Einführung in die reine Phänomenologie)*; en la nueva edición de Kart Schuhmann, Husserliana III, I, La Haya, M. Nijhoff, 1976. - Pedro Sotolongo, *Para una fenomenología de la intersubjetividad, (Zu einer Phänomenologie der Intersubjektivität)*, editado por Iso Kern, Husserliana XIII, XIV y XV, La Haya, M. Nijhoff, 1973.

Bioética de los Derechos Humanos

Juan Carlos Tealdi (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

Introducción histórica y conceptual. La postulación de una bioética de los Derechos Humanos fue realizada por primera vez el 5 de octubre de 2001 en Buenos Aires, como apertura del Encuentro Regional Bioética y Derechos Humanos. En este encuentro se reunieron representantes del movimiento bioético con representantes del movimiento de los Derechos Humanos. Ese día se cumplía un año de la impugnación de un miembro de la Comisión Nacional de Bioética de Argentina por su pertenencia como ministro de Justicia a una dictadura que como el nazismo había cometido los crímenes más aberrantes. La propuesta de una bioética de los Derechos Humanos fue un modo de respuesta, entonces, a la confusión y perversión de la ética que se hacía en nombre de la bioética. Dos ejemplos mayores de esta situación eran el descubrimiento de una realidad nacional inaceptable que mostraba veinticinco años después cómo un funcionario de primer nivel de una dictadura responsable de crímenes de lesa humanidad había pasado a ocupar un lugar de referencia en bioética; y en segundo término el debate internacional en el que algunos bioeticistas postulaban en el terreno de las investigaciones biomédicas el abandono del consenso que todas las concepciones bioéticas tenían desde Nuremberg sobre el común respeto del universalismo moral de los Derechos Humanos para introducir en su lugar un doble estándar moral para ricos y pobres. Asimismo, postular una bioética de los Derechos Humanos era una respuesta al fundamentalismo de los principios éticos y al imperialismo moral ejercido en su nombre, en particular en América Latina, porque, entre otros

supuestos falsos, ambos desconocían a la salud como un derecho humano y reducción a la justicia al rango de principio *prima facie*. La bioética de los Derechos Humanos se desarrolló desde entonces sosteniendo dos tesis básicas. La primera postula que desde su origen la bioética es un campo plural de reflexión ético-normativa que admite distintas singularidades de pensamiento y, por tanto, diversas bioéticas, pero a partir y en modo indisoluble al respeto de la moral universal de los Derechos Humanos que incluye el respeto de la diversidad cultural y lingüística. Esta tesis se enuncia como respuesta general a todo intento de disociación de la bioética del respeto de los Derechos Humanos, y en particular como respuesta al fundamentalismo de los principios éticos y al imperialismo moral (v.) presentes en la doctrina del neopragmatismo vinculado al neoliberalismo. Se trata de una tesis histórico-sociológica. La segunda tesis sostiene que toda concepción teórica de la bioética debe dar cuenta del lugar que ocupan la moral del sentido común, los valores, los principios y las virtudes en la dimensión ética de la teoría, pero a la vez debe fundamentar las relaciones que la racionalidad moral tiene con otras racionalidades como la jurídica, la científica y tecnológica, y la estética, en el conjunto del campo normativo denominado bioética. Se trata de una tesis filosófico-normativa.

Una teoría de teorías. Ambas tesis postulan una teoría de teorías que permita demarcar el campo de la bioética, y no una teoría que pretenda oponerse a otras teorías al modo en que, por ejemplo, la justificación moral se ha propuesto como oposición a la casuística. La bioética de los Derechos Humanos se opone en cambio a la bioética liberal-pragmática, que pretende abarcar en modo amplio a toda concepción teórica de la bioética y que en ese sentido se postula asimismo como una teoría de teorías. En ese marco, por ejemplo, hay quienes pretenden asociar los términos *liberalismo* y *Derechos Humanos*, negando que la construcción del derecho internacional de los Derechos Humanos nació del consenso político internacional entre los dos grandes bloques de países liberales y socialistas, lo cual quedó expresado en los dos grandes Pactos Internacionales de Derechos Civiles y Políticos (más caro al liberalismo y su concepto de libertad) y de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (más caro al socialismo y su concepto de igualdad) y que en términos religiosos y culturales supuso un consenso entre las grandes religiones (cristianismo, islamismo, budismo, entre otras) y las culturas más diversas de Oriente y Occidente. La bioética de los Derechos Humanos, por tanto, no es una bioética de los principios éticos, de las virtudes, del cuidado, de la persona, del género, o de otras concepciones posibles que toman como núcleo conceptual fundamental términos que no

sean los Derechos Humanos. Y esto aunque se trata de una concepción de la bioética que es incluyente respecto de los términos *principios éticos, virtudes, cuidado, persona, género*, etcétera. Lo que esta bioética afirma es que los Derechos Humanos son el mínimo moral o la frontera demarcatoria entre los mundos de la moral y la inmoralidad, en modo tal que solo desde ellos es posible hoy –histórica y sociológicamente hablando– la construcción crítica y reflexiva de toda bioética. Y si bien este supuesto puede ser compartido por quienes adscriben a otras denominaciones de la bioética, y con ello estarán legitimados para decir que la de ellos también es una “bioética de los derechos humanos”, nuestra concepción no se presenta para disputar con esas alternativas, sino para enfrentarse a todas aquellas formas en que se expresan por sus diversos modos –sean estos burdos o sutiles– todos los discursos, lenguajes y conductas que manifiestan la disociación entre bioética y Derechos Humanos. Adoptamos una posición que recurre entre otros argumentos a la *ética del sentido común* y la *ética de los valores* como marco de fundamentación de los Derechos Humanos en tanto exigencias morales. Y nos ocupamos de mostrar cómo la noción de derechos humanos, cuando se la concibe en un modo histórico-explicativo, nos permite comprender el carácter fundamental de la dignidad humana como valor incondicionado y de la justicia como deber absoluto (y no *prima facie*). La justicia es un deber absoluto para la bioética de los Derechos Humanos porque ella constituye el respeto mismo del valor incondicionado de la dignidad humana. Ese respeto se expresará en el conjunto de los Derechos Humanos como modo de hacer realidad en el mundo ese valor de la dignidad humana, pasando del reconocimiento y respeto de lo valioso al deber de realizarlo en la esfera práctico-moral. Nos enfrentamos así a dos grandes conjuntos de concepciones de la bioética. Uno es el conjunto de concepciones orientadas a las obligaciones *prima facie* como punto de partida, los resultados, la utilidad, la eficacia estratégica y *el instante* en tanto rechazo del decurso histórico en el momento constructivo de la moral. Otro es el conjunto de concepciones orientadas a las obligaciones universales como punto de partida, los fines, la verdad, la justicia y la memoria histórica como supuestos de construcción de la moral.

El sesgo del ethos angloamericano para una bioética liberal-pragmática. Los orígenes de la bioética en Estados Unidos, y en particular el carácter dominante que determinadas corrientes como la justificación moral por principios o principalismo le otorgaron a la misma, redujeron sus características a un conjunto que confundió la parte con el todo. La tradición liberal de Estados Unidos, entendida como énfasis en la economía de libre mercado y acento en el individualismo, comenzó restringiendo la noción

de bienestar social y satisfacción de las necesidades presente en la visión amplia de la concepción tradicional de ética y Derechos Humanos heredada a fines de la Segunda Guerra Mundial. La ética de la investigación científica en el *Código de Nuremberg* (1947) y en la *Declaración de Helsinki* de la Asociación Médica Mundial (1964 y ss.), así como la *Declaración Universal de Derechos Humanos* (1948), recogían un equilibrio entre los supuestos de la tradición liberal y la tradición socialista. Los dos grandes pactos internacionales de las Naciones Unidas (1966), el de Derechos Civiles y Políticos, y el de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, fueron la mayor expresión de esos dos supuestos, aunque la no ratificación de este último por Estados Unidos anunciaba el sesgo reduccionista que la visión neoliberal daría a la bioética. La negación de la salud como derecho humano básico, que la *Declaración de Alma-Ata* (1978) de la Organización Mundial de la Salud procuró proteger, puede verse como una de las mayores expresiones de ese reduccionismo. El sentido liberal particular de la bioética en sus orígenes académico y disciplinar en Estados Unidos vino a romper así con el sentido de la ética universalista que daba fundamento a la bioética originada en el consenso internacional de naciones en la posguerra. La bioética dominante durante los años setenta y ochenta fue de tipo clínico antes que social o enfocado a la salud pública, se orientó a los problemas tecnológicos de *el curar* antes que a las cuestiones interhumanas de *el cuidar*; y promovió una mezcla pragmática entre valores éticos e intereses económicos antes que un verdadero entendimiento moral comunitario. A partir de entonces, la prospectiva estratégica de la globalización tecnológica orientada al estudio del futuro para poder influir en él, tratando de identificar las tecnologías que produzcan mayores beneficios económicos o sociales, concepción centrada en los resultados de la tecnología, se asoció a los supuestos éticos del pragmatismo utilitarista. Así se postuló el apoyo en la *esperanza útil* de un futuro más inclusivo y sin obligaciones éticas universales como distinta del *conocimiento verdadero* que se pretende encontrar al decir que hay derechos inalienables y, por tanto, obligaciones morales incondicionadas. El neoliberalismo y el neopragmatismo fueron presentados así como estado de ánimo esperanzado, progresista y experimental; de donde se concibe al pragmatismo liberal como apoteosis del futuro y de toda prospectiva. Esta concepción postula que debemos abandonar la noción de derechos humanos inalienables y pensar una bioética sin obligaciones universales; debemos librarnos de la noción de obligación moral incondicional que sería semejante a una “obediencia a la voluntad divina”; debemos considerar el progreso científico como la aptitud creciente de responder a las inquietudes de grupos cada vez más extensos de personas;

debemos abandonar la idea de que la finalidad de los discursos es representar la realidad con corrección y discutir la *utilidad* de los discursos como constructos sociales —entre ellos la utilidad del concepto de dignidad—, y debemos considerar el *progreso moral* como un estar en condiciones de responder a las necesidades más abarcativas. Sin embargo, la utilidad del neopragmatismo como discurso para dar respuesta a las necesidades de la población mundial como un todo es cada día menor y encierra un regreso moral visible en el fracaso de la globalización neoliberal. El progreso científico en el campo de las ciencias de la vida y la salud muestra a su vez una *aptitud decreciente* para responder a las inquietudes de los grupos más numerosos de personas si uno atiende a la brecha 10/90. Además, la obligación moral incondicional de los derechos humanos lejos de ser semejante a una obediencia a la voluntad divina, es un enunciado secular contraído por los Estados nacionales con independencia de las religiones o, en todo caso, sin subordinación a las mismas. Finalmente, la condición humana se define como aquella característica (pensamiento, discurso y acción) de la que ninguna persona puede ser privado (o alienado).

Fines, verdad y justicia. El otro gran conjunto de concepciones de la bioética es el de aquellas orientadas a los fines, la verdad y la justicia. Así, el pensamiento antiguo y medieval consideró a la comunidad buena como aspiración o fin (Cicerón, “*spectare commune bonum*”). Lo común y lo público aparecen aquí como concurrentes. Sin embargo, la modernidad introdujo una noción de futuro trazado por el despliegue de las fuerzas tecnológicas y del mercado (progreso científico, propiedad privada, individualismo) en el que se acentuó la concurrencia de lo propio y lo privado. Con la Declaración Universal de Derechos Humanos puede afirmarse que se conjugó el ideal de una comunidad global respetuosa a la vez de los derechos individuales y los derechos sociales como obligaciones incondicionadas. Esta prospectiva universalista de la bioética permite considerar que ante un pasado colonial, dictatorial y autoritario contra la vida y el vivir individual y comunitario, y ante un presente de exclusión individual y social de la satisfacción de necesidades básicas y de la participación comunitaria en pensamiento, discurso y acción, solo cabe el futuro de una bioética comprometida globalmente con un futuro de obligaciones universales para con la comunidad y por el Estado. Para mirar al futuro, la bioética de los Derechos Humanos puede considerarse en su vertiente positiva o constructiva como una ética dialéctica (crítico-normativa), que reconoce la singularidad de la dignidad humana y así respeta auténticamente el pluralismo, que postula el universalismo prescriptivo de los derechos humanos y así respeta verdaderamente la diversidad

cultural, y que se diferencia de los discursos monológicos (fundamentalista-imperativos) porque propone construir la moral desde una racionalidad de diversas racionalidades contextualizadas en la que los conceptos puedan ser interpretados en sus relaciones contradictorias y en que la búsqueda de las verdades éticas pueda hacerse desde un marco de fines últimos. Pero la bioética de los Derechos Humanos así entendida se muestra en su vertiente *deconstructiva* como refutación crítica de las negatividades morales. Para esto toma como su objeto al discurso negativo de la moral en la bioética del mundo actual, en tanto esta adopta la forma dominante de la pragmática neoliberal y de las concepciones fundamentalistas de los principios éticos como cimiento de una sofística de raigambre imperial. Los Derechos Humanos enunciados en la Declaración Universal de 1948 y los que han sido recogidos desde entonces en los instrumentos del derecho internacional de los derechos humanos, considerados en perspectiva histórica, representan la moral mayor de nuestro tiempo. Esta *summa moralia* contiene el conjunto más amplio de valores y principios éticos universales que la humanidad ha sido capaz de reconocer y consensuar en su historia. Es también y a la vez el nuevo criterio para distinguir las conductas virtuosas de aquellas que no lo son, aunque la imposibilidad de toda ética de hacer que el mundo real de las virtudes se derive de la sola existencia del mundo ideal de valores y principios suele postularse como pretendida debilidad de la moral de los Derechos Humanos sin reparar en que esa pretensión es aplicable a toda ética posible. En ese sentido, los Derechos Humanos nos otorgan los conceptos que nos permiten construir una teoría de teorías éticas al brindarnos un criterio que hace posible someter a prueba a las distintas teorías y distinguir los márgenes de falsabilidad de sus diversos enunciados en torno a la noción de progreso moral. Pero el futuro de la ética es abierto porque se abre a la justicia cuando vivimos con memoria del pasado y hablamos con verdad de lo presente. El futuro de la bioética de los Derechos Humanos nos convoca entonces tanto a la crítica de la apariencia ética como a la construcción dialéctica de la moral.

Dignidad humana e indignación. Los países pobres o de mediano desarrollo han criticado la bioética liberal pidiendo prestar atención en bioética a la ética de la pobreza, al medio ambiente y los daños para las generaciones futuras, al desarrollo de políticas de salud pública que procuren la equidad, a las poblaciones vulnerables y vulneradas, a la diversidad cultural, y a las cuestiones sociales y de responsabilidad pública, y no solo a la libertad y responsabilidad individual. Un profundo y, por momentos, muy duro debate entre países ricos y pobres fue el proceso de redacción de la *Declaración*

Universal sobre Bioética y Derechos Humanos aprobada por la Unesco en 2005. Las representaciones de América Latina tuvieron una activa participación en la elaboración del instrumento y una muestra de ello fue la *Carta de Buenos Aires sobre Bioética y Derechos Humanos* (2004), en la que una decena de países de la región adelantaron su visión común y distinta de la concepción neoliberal y neopragmática en cuanto a los contenidos. La *Declaración* se convirtió en el primer documento auténticamente universal en bioética y rompió con ello la hegemonía de la concepción principialista angloamericana. Quedó firmemente reconocida la estrecha asociación entre la bioética y los Derechos Humanos que había sido socavada durante más de dos décadas, así como la salud en tanto derecho humano básico. Y los aspectos económicos, sociales, ambientales y de diversidad cultural, reconocidos en varios instrumentos internacionales, fueron aceptados como parte indivisible de toda concepción de la bioética. Pero la dinámica de ese proceso solo fue posible desde la indignación por las injusticias sufridas. La *indignación* es la fuente primaria de la moral y la razón de ser de las exigencias éticas, que son reconocidas en justicia por los Derechos Humanos. Es el punto en que nuestros juicios de realidad se vuelven universales ya que solo por la autoestima proyectada en (desde) la estima hacia los otros (nosotros) es que somos capaces de *in-dignarnos*. Toda ética, cualquier ética, requiere no solo el *saber*, sino también, y sobre todo, dar cuenta de si miramos al mundo en el que vivimos con la *voluntad* o el *querer* comprender y actuar para cambiar una realidad indignante y por ello injusta. La capacidad de valorar lo bueno y lo malo se pierde cuando alguien tiene una respuesta moral anticipada a la posibilidad de criticar radicalmente los hechos de la realidad del vivir. La virtud del valor para defender la causa de los débiles se pierde cuando uno se convierte en intelectual al servicio de la ideología de los poderosos. Una parte de la bioética carece de indignación y de valor y, por tanto, no puede ser sino otra cosa que falso discurso moral. El desafío de practicar una bioética verdadera nos exige alcanzar una conciencia crítica sobre la vida y el vivir que tenga su origen en la intuición sensible y emotiva de lo indigno y se proyecte en la voluntad racional de lograr un acto de justicia. Por ello los Derechos Humanos y la bioética tienen su punto de vinculación indisoluble en la dignidad humana y en los actos reivindicativos de la misma a que nos conduce toda indignación. La bioética de los Derechos Humanos no es más que la postulación de una moral básica universalmente reconocida. Pero la enunciación de un

deber universal se diferencia de la práctica universal del deber moral, por ello la universalidad de los valores éticos expresados en los enunciados de la moral de los Derechos Humanos requiere una práctica continua de conversión del deber en virtud. La confusión o el desconocimiento de la diferencia entre estos dos planos de los Derechos Humanos es lo que lleva a algunos a postular pretendidas superaciones que nunca son tales. La crítica de la moral es la que ha de conducir a universalizar lo universalizable. Si una bioética de los Derechos Humanos responde a los fundamentos de una moral universalista al identificar valores universales y reconocer deberes universales, la bioética crítica como continuidad de la misma no es otra cosa que el camino (el método) hacia la universalización de la práctica de deberes fundados en valores universales. Su tarea es el descubrimiento de los contenidos de intereses y falsa conciencia que convierten en vicio y corrupción los postulados de valor y deber universales. De allí que la principal tarea de una bioética crítica hoy es la demolición de los falsos supuestos de la bioética neoliberal y su pretensión fáctica de convertirse en bioética global.

Referencias

- J. C. Tealdi, "Bioética y Derechos Humanos en América Latina", conferencia inédita en Bioética y Derechos Humanos, V Encuentro Nacional de Comités de Ética de la Salud y Reunión Regional de Derecho, Ética y Ciencia; Buenos Aires, Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, 5 de octubre de 2001. - J. C. Tealdi, "La enseñanza de una bioética de los Derechos Humanos", Actas de las V Jornadas de Responsabilidad Médica, Sindicato Médico del Uruguay, Montevideo, 2002, pp. 77-88. - J. C. Tealdi, "Physicians' Charter and the New Professionalism", *The Lancet*, Vol. 359, Issue 9322, 2002, pp. 2042. - J. C. Tealdi, "Ética de la investigación: el principio y el fin de la bioética", *Summa Bioética*. - Órgano de la Comisión Nacional de Bioética, México, Año I, Número Especial, Septiembre de 2003, pp. 69-72. - J. C. Tealdi, "Los derechos de los pacientes desde una bioética de los derechos humanos" (prefacio), en O. Garay, *Derechos Fundamentales de los Pacientes*, Buenos Aires, *Ad-hoc*, 2003, pp. 35-55. - J. C. Tealdi, "La bioética latinoamericana: ¿ante un nuevo orden moral?", en M. L. Pfeiffer (ed.), *Bioética: estrategia de dominación para América Latina?*, Buenos Aires, Ediciones Suárez, 2004, pp. 43-58. - J. C. Tealdi, "Los principios de Georgetown. Análisis crítico", en V. Garrafa, M. Kottow, A. Saada (coords.), *Estatuto Epistemológico de la Bioética*, México, Unesco-Universidad Nacional Autónoma de México, 2005, pp. 35-54. - J. C. Tealdi, "Para una Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos: una visión de América Latina", *Revista Brasileira de Bioética*, Vol. 1, N.º 1, 2005, pp. 7-17. - J. C. Tealdi, "Historia y significado de las normas éticas internacionales sobre investigaciones biomédicas", en G. Keyeux, V. Penchaszadeh, A. Saada (coord.), *Ética de la investigación en seres humanos y políticas de salud pública*, Bogotá, Unesco-Universidad Nacional de Colombia, 2006, pp. 33-62. - J. C. Tealdi, *Bioética de los Derechos Humanos* (libro en gestión de edición).

La palabra *tecnología*, creada y usada por primera vez por Johann Beckmann en 1772, fue utilizada inicialmente en relación con la industria y la ingeniería, pero se convirtió un siglo más tarde en la visión de la *teoría prostética de la tecnología* que Ernst Kapp desarrolló en sus *Líneas fundamentales de una filosofía de la técnica* (1877), en la noción de las máquinas y herramientas como proyección orgánica del cuerpo humano. En la perspectiva antropológica de un hegeliano de izquierda como Kapp, la tecnología debía serle útil al hombre para emanciparlo de la naturaleza y superar las miserias de la pobreza. Pero en su *Meditación sobre la técnica* (1933), Ortega y Gasset ya mostró una perspectiva menos optimista al decir: “Uno de los temas que en los próximos años se va a debatir con mayor brío es el del sentido, ventajas, daños y límites de la técnica”. El Proyecto Manhattan, que culminó con el desarrollo de la bomba atómica y su uso en Hiroshima y Nagasaki (1945), convirtió en pesadilla aquel sueño del progreso de la ciencia que la física había llevado a su máxima expresión. La noción de *desarrollo científico y tecnológico* pasó a ser entonces profundamente problemática tanto desde el punto de vista epistemológico como en perspectiva ética. En este último sentido, la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* (2005), debido a los debates en torno al tema y en especial a la cuestión de no asociar dicha noción de desarrollo con la de progreso moral, estableció entre sus objetivos el reconocimiento de las repercusiones beneficiosas del desarrollo científico y tecnológico, pero destacando al mismo tiempo la necesidad de realizar investigaciones con respeto a la dignidad humana, la ética y los Derechos Humanos (v. *Ciencias biológicas y bien común; Progreso científico y desarrollo social*).

Crítica a la concepción positivista de la ciencia y la tecnología. Desde el punto de vista epistemológico, Thomas Kuhn sostuvo en *La estructura de las revoluciones científicas* (1962) que los historiadores de la ciencia encontraron dificultades en el concepto del desarrollo científico por acumulación y en responder a preguntas tan puntuales como: ¿cuándo se descubrió el oxígeno? o ¿quién concibió por primera vez la conservación de la energía?, sospechando –frente a lo que era habitual afirmar– que quizás el desarrollo científico no procedía por descubrimientos individuales. Esos historiadores –entre ellos Koyré–, al estudiar la dinámica aristotélica, la química flogística o la termodinámica calórica, también habían encontrado dificultades para distinguir los *errores* o *supersticiones* de

esas antiguas visiones de los componentes científicos. Para Kuhn, la conexión entre visiones antiguas y ciencia actual se explicaría por la irrupción de revoluciones y cambios de paradigma debidos a la insuficiencia de la teoría previa para responder a hechos nuevos; mientras que la *ciencia normal* se constituiría como tal con el surgimiento de su primer paradigma. El concepto de *paradigma*, sin embargo, fue criticado, y como respuesta en la *Posdata* de 1969 Kuhn da dos sentidos al mismo: uno *sociológico*, que abarca a “la constelación de creencias, valores, técnicas, etc., que comparten los miembros de una comunidad dada”; y otro más *filosófico*, que “denota una especie de elemento de tal constelación, las concretas soluciones de problemas que, empleadas como modelos o ejemplos, pueden reemplazar reglas explícitas como base de la solución de los restantes problemas de la ciencia normal”. Así se enfrentó a las dificultades de la explicación histórico-sociológica del acto cognoscitivo para no caer en el subjetivismo, el relativismo o el irracionalismo. En todo caso, la *nueva filosofía de la ciencia*, de la que formaron parte Kuhn, Feyerabend, Popper o Toulmin, entre otros, vino a discutir la concepción heredada acerca de las teorías científicas que había ocupado un lugar central en el positivismo lógico. Esta última concepción procuraba evitar la introducción de entidades metafísicas en la ciencia y la filosofía constituyéndose en una doctrina de la significación cognitiva que exigía que todo conocimiento fuera empíricamente verificable: “*el único discurso significativo era el hecho o bien en términos de lenguaje fenoménico o bien usando términos que fueran abreviaturas de expresiones del lenguaje fenoménico; toda aserción que no reuniese esas condiciones era un sinsentido metafísico. Esta doctrina se resumió en el eslogan ‘el significado de un término estriba en su método de verificación’*” (Suppe, 1974). El lugar de la ética en esa perspectiva no podía nunca haberse propuesto en el sentido dialógico en que hoy concebimos la bioética. O dicho de otro modo, bajo el imperio de la concepción positivista del conocimiento nunca habría podido construirse bioética alguna. Sin embargo, curiosamente, una lectura acaso espejada de aquella posición quizá se encierre en el intento, hoy ya dentro de la misma bioética, de postular una doctrina neopragmática de la significación moral con la exigencia de que todo concepto ético sea verificable en términos de *utilidad* (v. *Conceptos éticos*).

Los hechos científicos: su génesis y desarrollo. Los hechos científicos fueron entonces la columna vertebral de la concepción positivista del conocimiento. En ese contexto, Ludwig Fleck escribió un ensayo titulado *La génesis y el desarrollo de un hecho científico. Introducción a la teoría del estilo de pensamiento y del colectivo de pensamiento* (1935). En el prólogo de su trabajo comenzaba preguntando: ¿qué es un hecho?, para continuar respondiendo que aunque “se considera un hecho a lo fijo, lo permanente y lo independiente de la opinión subjetiva del investigador [...] la mayor parte de las veces la teoría del conocimiento comete un fallo fundamental: toma en consideración, casi exclusivamente, hechos comunes de la vida cotidiana o de la física clásica como los únicos seguros y dignos de investigación”. En orden a una investigación epistemológica, sigue señalando que tomar un hecho médico cuya importancia y aplicabilidad no puede negarse resulta especialmente aprovechable y que por eso había elegido estudiar uno de los hechos mejor establecidos de la medicina de entonces: la relación de la llamada *reacción de Wassermann* con la sífilis (esa reacción se había constituido en la prueba madre del diagnóstico de la enfermedad con un enorme impacto sanitario). A partir de allí, Fleck construye una minuciosa epistemología que pone de relieve los aspectos subjetivos y sociológicos del desarrollo científico impugnando la dogmática positivista del Círculo de Viena. Con ello se anticipa desde afuera a los trabajos críticos que Popper comenzaría haciendo del Círculo –al que pertenecía– desde dentro del mismo. El primer libro de Popper, *Lógica de la investigación* (1935), apareció de hecho como parte de las publicaciones del Círculo. En el prefacio a la primera edición de *La estructura de las revoluciones científicas* (1962), Kuhn señala que muchas de las ideas expresadas en su libro habían sido anticipadas en aquel ensayo de Fleck, que le había hecho comprender que sus ideas podían necesitar ser establecidas en la sociología de la comunidad científica. Asegura haber leído la obra de Fleck en el original alemán entre 1949 y 1950, y cuando su primera publicación en inglés se realiza tardíamente (1979) aparece precedida por un prefacio suyo a la misma que resulta de interés para la comprensión de las relaciones entre las ideas de ambos autores. Kuhn dice que cuando era miembro de la *Harvard Society of Fellows* y se encontraba explorando una revelación que había tenido dos o tres años antes sobre el rol jugado en el desarrollo científico por los episodios no acumulativos que posteriormente denominaría *revoluciones científicas*, como no había entonces bibliografía establecida sobre ese tema sus lecturas eran exploratorias y, de ese modo, encontraría en un pie de página de *Experience and Prediction* (1938) de

Hans Reichenbach la referencia que le llevaría a la obra de Fleck. La paradoja supuesta en el título *Génesis y desarrollo de un hecho científico* que Reichenbach no había podido dejar de citar textualmente al mencionar las láminas de Fleck sobre las representaciones históricamente cambiantes del esqueleto humano, llamó su atención y le motivó su lectura. Y ello porque aunque ni Reichenbach ni otros filósofos de entonces habrían aceptado como mera posibilidad el que un *hecho científico* pudiera tener alguna *génesis* o algún *desarrollo*, presintió entonces algún contacto entre ese título y sus preocupaciones. El texto de Fleck lo ayudó a darse cuenta de que los problemas que le interesaban tenían una dimensión fundamentalmente sociológica y a compartir la idea sobre las dificultades resultantes para dar cuenta de un *hecho* independientemente del *punto de vista*. En esa época, aun conociendo la obra de varios psicólogos de la *Gestalt* –utilizados como referencias por Fleck, como mucho más tarde lo serían por Carol Gilligan (v. *Cuidados en salud*)–, Kuhn dice que se resistía a la sustitución que los mismos hacían del *viendo como* por el *viendo*, y que al mirar la famosa lámina pato-conejo él veía una u otra de esas figuras pero nunca la línea que las demarcaba, al menos hasta hacer un gran esfuerzo para ello (para él las líneas no eran los hechos de los cuales el pato o el conejo fueran interpretaciones alternativas).

Paradigmas y revoluciones científicas. Kuhn avanza aún más sobre una tarea que el propio Fleck pedía a la epistemología: “investigar cómo las concepciones y las ideas confusas pasan de un estilo de pensamiento a otro, cómo emergen como preidejas generales espontáneas y cómo se mantienen, gracias a una especie de armonía de ilusiones, como estructuras persistentes y rígidas”. En ese sentido Kuhn señala que el descubrimiento suele resultar directamente proporcional en su importancia a la amplitud y tenacidad de la anomalía y que ese argumento es aplicable a la invención de nuevas teorías que pueden desarrollarse sobre tres tipos de fenómenos. En primer lugar, los fenómenos bien explicados por los paradigmas previos que raramente dan lugar a una nueva teoría; en segundo lugar, los fenómenos solo comprensibles por una articulación posterior de la teoría y que son los habitualmente investigados por los científicos, y, en tercer lugar, los fenómenos con una tenaz negativa a ser asimilados por los paradigmas previos y que dan lugar a nuevas teorías. Un paradigma es lo que comparten los miembros de una comunidad científica y, a la inversa, una comunidad científica consiste en unas personas que comparten un paradigma. Los miembros de una comunidad científica practican una especialidad científica y se han educado e iniciado profesionalmente en formas similares. Antes de la transición del período *preparadigma* al

período *posparadigma* un número de escuelas compiten por dominar un ámbito de conocimiento, pero después de algún logro significativo (un hecho) ese número de escuelas se reduce. Las *revoluciones científicas* serán aquellos episodios extraordinarios que rompen la tradición de la ciencia normal porque un problema opone *resistencia* a ser resuelto por reglas y procedimientos conocidos. Pero para que haya revolución científica debe haber ciencia normal. Así, antes de Newton no existía una opinión única generalmente aceptada sobre la naturaleza de la luz y, en cambio, había distintas escuelas en competencia. Sin embargo, cuando los paradigmas debaten sobre la elección de uno u otro se entra necesariamente en un proceso de argumentación circular donde cada uno defiende su paradigma utilizando su propio paradigma mediante técnicas de argumentación persuasiva. La amplitud y tenacidad de las anomalías es proporcional al descubrimiento y a la invención de nuevas teorías que se desarrollan sobre fenómenos bien explicados por los paradigmas previos, fenómenos solo comprensibles por una articulación posterior de la teoría; o fenómenos con una tenaz negativa a ser asimilados por los paradigmas previos que son los que propiamente dan lugar a nuevas teorías. Fleck solo hablaba de descubrimientos científicos, en tanto que Kuhn distingue entre estos y los cambios mucho mayores de los paradigmas que dan lugar a las teorías científicas: “La empresa científica como un todo resulta útil de vez en cuando, abre nuevos territorios, despliega orden y pone a prueba creencias aceptadas desde hace mucho tiempo. Sin embargo, el *individuo* dedicado a la resolución de un problema de investigación normal *casí nunca hace alguna de esas cosas*. La imagen que hoy tenemos de la ciencia fue trazada por los logros científicos que se plasmaron en las obras clásicas y que en la actualidad se observan en los libros de texto que utilizan quienes quieren ser científicos cuando comienzan a aprender su disciplina. Un científico que da por sentado un paradigma, sin embargo, no se ocupa en sus trabajos de reconstruir el campo disciplinario, sino que esto lo deja para el autor de los libros de texto (el especialista general) mientras él se dedicará (como experto especializado) a artículos breves dirigidos a sus pares con los que comparte un paradigma. Pero el papel de los libros de texto es importante, ya que un paradigma es aquello que comparten los miembros de una comunidad científica y que podría llamarse *teoría, conjunto de teorías* o, mejor aún, *matriz disciplinaria*, que es un conjunto de elementos ordenados de diversa índole que poseen en común quienes practican una disciplina particular. Los principales componentes de esa matriz disciplinaria son las generalizaciones simbólicas, los compromisos compartidos del

grupo o creencias en modelos particulares, los valores (predicciones, coherencia, utilidad, etc.) y los *ejemplares* o soluciones concretas de problemas que se aprenden en gran medida a través de los libros de texto. La capacidad para percibir una variedad de situaciones como similares es lo que adquieren los estudiantes con los ejemplares.

Ciencia y tecnología: racionalidad estratégica y racionalidad comunicativa. La crítica a la concepción positivista del conocimiento científico por la *nueva filosofía de la ciencia*, de la cual formó parte, entre otros, Stephen Toulmin, que luego realizaría contribuciones notables al nuevo campo de la bioética, permitió pensar a la ciencia y la tecnología desde otras perspectivas. Uno de esos pensadores fue Jürgen Habermas, que hizo una importante distinción de dos sentidos aplicables al término *técnica* (Habermas, 1963).

“Con la palabra técnica nos referimos, en efecto, en primer lugar a un conjunto de medios que permiten una eficaz realización de fines con un ahorro de trabajo, o sea, a instrumentos, máquinas y autómatas. Pero con esa palabra aludimos también a un sistema de reglas que determinan la acción racionalmente adecuada a fines; aludimos, pues, a estrategias y tecnologías. Llamo estrategias a las reglas de elección racional, y tecnologías a las reglas de la acción instrumental. Las tecnologías son, pues, proposiciones que establecen las formas de proceder, pero no son ellas mismas medios técnicos. Medio técnico puede serlo cualquier cosa que se incluya en un contexto de acción instrumental. Pero solo cuando se apresta para su utilización repetida en determinada función y no se emplea meramente en un caso aislado decimos que es un elemento de la técnica, sean instrumentos, máquinas o autómatas”.

Del mismo modo, realizó una importante distinción entre acciones instrumentales, estratégicas (v. *Razón estratégica*) y comunicativas que sirve para comprender mejor diversos tipos de racionalidad (Habermas, 1963): “A una acción orientada al éxito la llamamos instrumental cuando la consideramos bajo el aspecto de observancia de reglas de acción técnicas y evaluamos el grado de eficacia de la intervención que esa acción representa en un contexto de estados y sucesos; y a una acción orientada al éxito la llamamos estratégica cuando la consideramos bajo el aspecto de observancia de reglas de elección racional y evaluamos su grado de influencia sobre las decisiones de un oponente racional. Las acciones instrumentales pueden ir asociadas a interacciones sociales. Las acciones estratégicas representan, ellas mismas, acciones sociales. Hablo, en cambio, de acciones comunicativas cuando los planes de acción de los actores implicados no se coordinan a través de un cálculo egocéntrico de resultados, sino mediante actos de entendimiento”.

Habermas hizo también una distinción acerca de los fenómenos de distorsión sistemática de la comunicación y de los diversos aspectos de la racionalidad de la acción teniendo en cuenta precisamente los tipos de acción por él tratados. En primer lugar, señaló que la confusión entre acciones orientadas al éxito y acciones orientadas al entendimiento origina distintas patologías de la comunicación. Cuando la acción estratégica es solapada o *encubierta*, uno o más participantes hacen creer a los demás que se cumplen los supuestos de la acción comunicativa pero en realidad él/ellos están buscando conseguir sus logros particulares. A veces, esta *acción estratégica encubierta* supone un “engaño consciente” o manipulación de los demás participantes, pero en otras ocasiones puede tratarse de un “engaño inconsciente”, del tipo de los que el psicoanálisis explica en razón de la existencia de mecanismos de defensa que no solo afectan al sujeto en su dinámica intrapsíquica, sino también a sus relaciones interpersonales. Este modo de actuar en forma estratégica encubierta –del cual nada se dice en las bioéticas de la justificación moral, por ejemplo–, es quizás el mayor problema práctico para lograr desarrollar una auténtica bioética. Pero en su teoría Habermas alude también a *acciones teleológicas*, *actos de habla constativos*, *acción regulada por normas* y *acción dramática* para dar cuenta de los diversos aspectos de la racionalidad de la acción: 1. Una *acción teleológica* puede juzgarse por su *eficacia* (v. *Eficacia tecnológica*), sus reglas de acción representan un saber técnico y estratégicamente utilizable, orientado al éxito que puede ser criticado en cuanto a sus pretensiones de verdad y puede ser mejorado al avanzar el saber teórico-empírico, y se acumula en forma de tecnologías y estrategias de transformación del mundo objetivo (v. *Norma técnica*). 2. Los *actos de habla constativos* pueden juzgarse bajo el aspecto de su *verdad*, están orientados al entendimiento, se puede

recurrir al cuestionamiento sistemático y a las argumentaciones del *discurso teórico* cuando existen controversias acerca de la verdad de sus enunciados, y su saber queda acumulado como *teorías* sobre el mundo objetivo. Este es el lugar del conocimiento científico (v. *Explicación y determinismo en ciencias de la vida*). 3. Las *acciones reguladas por normas* pueden juzgarse bajo el aspecto de su *rectitud*, están orientadas al entendimiento, se puede recurrir al examen del *discurso práctico* cuando existen controversias acerca de la rectitud de las acciones tanto para examinar la rectitud de una acción en relación con una norma dada como para luego examinar la rectitud de la misma norma, y su saber práctico-moral regulativo se acumula en representaciones morales y jurídicas de las relaciones del mundo social (v. *Legitimidad*). 4. Finalmente, las *acciones dramáticas* que hablan de un saber acerca de la subjetividad del agente de la acción pueden ser juzgarse por su *veracidad*, están orientadas al entendimiento y pueden rechazarse como engaños o autoengaños mediante la argumentación de la crítica estética en los primeros y el diálogo terapéutico en los últimos, y su saber expresivo puede ser explicitado en forma de *valores* subyacentes a la interpretación de necesidades, deseos y actitudes afectivas, pudiendo acumularse, por ejemplo, en obras de arte (v. *Verdad y apariencia*; *Autenticidad y alienación*; *Valores éticos*; *Emociones morales y acción*; *Interpretación moral en arte y literatura*).

Puede verse así, que la connotación moral que en menos de dos siglos han ido teniendo la ciencia y la tecnología nos muestra profundos replanteos. Las que hemos señalado y muchas otras contribuciones de la filosofía de la ciencia y la tecnología hacen necesario y posible desenvolver una reflexión bioética auténticamente crítica sobre la ciencia y la tecnología en perspectiva regional.

[J. C. T.]

Filosofía de la práctica científica

Jorge Bacallao Gallestey (Cuba) - *Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana*

Introducción. Pese a las voces provenientes de ciertos ámbitos académicos que no ocultan sus inconformidades y que llegan en ocasiones a proferir críticas abiertas a la ciencia –casi siempre desde posturas irracionalmente pseudocientíficas o anticientíficas– (Bunge, 1996), la mayor parte de nuestros contemporáneos tiene un juicio casi incondicionalmente positivo y reconoce en ella la expresión más paradigmática del progreso. Las razones de este juicio y de este reconocimiento son esencialmente de naturaleza práctica y se asocian

a las posiciones de poder que el hombre ha conquistado a través de la ciencia, en particular en sus relaciones con la Naturaleza. Aunque una minoría de intelectuales aprecie ante todo la *racionalidad* de la ciencia (sus atributos de objetividad y rigor), el gran público venera a la ciencia por sus ventajas práctico-instrumentales, es decir, por los resultados y conquistas concretos que se manifiestan y reafirman a diario en la vida de todos los seres humanos, aunque desgraciadamente con dolorosas e inaceptables desigualdades. Aun los antirrealistas –que niegan la capacidad de la ciencia para abrirnos el camino hacia la verdad y que solo reconocen en ella

un instrumento eficaz para ordenar nuestras percepciones actuales y prever la trama de nuestras percepciones futuras— conceden a la ciencia cierta propiedad exclusiva de *racionalidad pragmática*, es decir, un privilegio especial para diseñar del modo más eficiente la conquista de los fines mediante el ordenamiento inteligente de los medios. Junto a esta racionalidad pragmática que no podrían negar ni aun los irracionalistas más fanáticos, algunos reconocen una *racionalidad teórica*, que aunque solo es aparente en el plano cognoscitivo, produce, tarde o temprano, frutos útiles en el campo de las aplicaciones. Por eso aspiramos a exponer la distinción entre estas dos formas de racionalidad, delinear posibles tareas de una filosofía de la práctica científica y proponer las bases en las que podría emerger el juicio ético.

Dos formas de racionalidad de la práctica científica. Una expresión de la racionalidad científica que salta de inmediato a la vista puede caracterizarse por la búsqueda explícita y exclusiva de lo que es, o sea, por el conocimiento de cómo son las cosas y de por qué son de ese modo. Esta es una racionalidad teórica. El papel de la ciencia en esta búsqueda puede resumirse en el *verstehen* (comprender) y en el *erklären* (explicar), dos acciones conectadas en el discurso hipotético-deductivo, el cual, a su vez, permite evidenciar que lo que es, precisamente es lo que debe ser, como resultado de una necesidad lógica o de una regularidad estocástica. Sin embargo, la racionalidad científica asume una nueva expresión, cuando a la intención de saber cómo son las cosas se añade el propósito de aprovecharnos de ese conocimiento con vistas a la acción. El conocimiento que destinamos a ese uso es un conocimiento práctico que da lugar a la segunda dimensión racional del ejercicio de la ciencia: la *racionalidad práctica*, cuyo problema consiste en dar fundamento a una acción o elección futura (Agazzi, 1996). Esta dualidad nos remite a la distinción entre una filosofía teórica de la ciencia, que es una filosofía del conocer, y una filosofía práctica, que es una filosofía del actuar. No obstante, debe reconocerse que en relación con la actuación o con el actuar, también puede asumirse una actitud puramente teórica, por ejemplo, cuando se intenta explicar las acciones prescindiendo de cualquier consideración sobre sus razones o su legitimidad, o dicho de otro modo, sobre su deber ser. A partir de este reconocimiento puede reformularse la distinción anterior y concluir que la filosofía teórica es una búsqueda en relación con *lo que es*, en tanto que la filosofía práctica es una búsqueda sobre *lo que debe ser, en relación con el actuar*. Esta reformulación resulta cardinal, porque si el discurso filosófico se restringe a la acción pura, sin ningún compromiso en el plano del deber ser, corre el riesgo de diluirse en un juego

de hipótesis-deducción-verificación y terminar siendo absorbido por el análisis científico propio de las ciencias del hombre y la conducta. Aun es importante hacer una segunda distinción, que ya aparecía en la filosofía aristotélica, y que consiste en reconocer dos manifestaciones del actuar: una de ellas como acción propiamente, y la otra como producción. De este modo, la esfera práctica se presenta como una articulación de dos actividades humanas que responden a sendas expresiones de racionalidad: una racionalidad práctica y una racionalidad técnica (Berti, 1989). Bajo esta perspectiva, la *filosofía práctica* o *filosofía del deber ser* se desdobra a su vez en un componente estrictamente práctico y otro técnico, el primero de los cuales concierne a los fines y el segundo, a los medios. El pensamiento filosófico inherente a la racionalidad práctica, o lo que podríamos sintéticamente llamar filosofía práctica, tiene entonces como principal encomienda la justificación de los actos, mediante el examen y la reflexión crítica sobre sus fines. Por su parte, el pensamiento filosófico que corresponde a la racionalidad técnica debe encargarse de establecer cuáles son los medios que deben conducir al logro de determinados fines ya establecidos. En este sentido, la filosofía técnica o filosófica sobre la técnica se ocupa de una racionalidad instrumental que no está llamada a formular juicios valorativos sobre los fines. Es imposible no advertir en la racionalidad práctica la presencia de un ingrediente ético que no aparece, o lo hace con trazos mucho menos visibles, en la racionalidad técnica. En efecto, en esencia esta última se encarga del cómo, es decir, de elucidar los modos de una acción adecuada y eficaz para conducir a ciertos fines. Ciertamente, la elección de unos modos en lugar de otros presupone una indagación del porqué, pero solo como parte de una intención explicativa y no justificativa, es decir, como parte de un proceso que nos remite de nuevo a la razón teórica. En la racionalidad práctica, por el contrario, la razón interviene para responder la pregunta del porqué con arreglo a los fines, con el empeño de descubrir por qué algo debe ser. Así, el juicio de valor y la consiguiente emergencia de la dimensión ética solo pueden buscarse como parte de un ejercicio filosófico práctico.

El surgimiento de lo ético dentro de la filosofía práctica. No obstante, al afirmar que los juicios de racionalidad práctica nos remiten a fines, y los de la racionalidad técnica, a medios, se incurre en cierto reduccionismo, porque lo cierto es que la racionalidad práctica formula también juicios sobre los medios, aunque no juicios de eficacia o pertinencia, sino juicios de valor que gravitan en torno a la pregunta de si dichos medios son justificables en punto a valores que a menudo trascienden el horizonte de los fines particulares a los que ellos deben conducir.

La razón técnica persigue un ideal de eficacia en el logro de ciertos fines, cuya legitimidad se encuentra fuera de su ámbito de reflexión; la razón práctica, por su parte, cumple su tarea cuando distingue entre fines que deben ser realizados y fines que no deben ser realizados. Uno de los grandes dilemas de la modernidad consiste en el conflicto entre la razón práctica y la razón técnica, ya sea porque la trama de intereses y presiones sociales hacen prevalecer la dimensión técnica sofocando cualquier vestigio de rebelión ética o, por el contrario, porque las reivindicaciones éticas de la razón práctica llegan al extremo de querer liquidar la técnica y su racionalidad propia. En la cultura moderna estos conflictos han llegado a adquirir dimensiones críticas. Por eso es imperioso estimular una reflexión filosófica práctica que no se regodee en simples planteos analíticos, ni se resigna a una mera retórica de la exhortación, sino que elabore un nuevo discurso racional con arraigo en una ética concebida como disciplina destinada a crear los cimientos que fundamenten la acción humana (Bacallao, 2002). Esta filosofía práctica estaría llamada a una búsqueda racional de fines, y a plantearse el problema de establecer racionalmente lo que está bien para el hombre en general, y en particular en el ámbito de la investigación científica. Sería, obviamente, una tarea ardua y continua, en permanente ejecución –a tono con las características variadas y vertiginosamente cambiantes de la modernidad– que tendría que aprovechar y movilizar todos los recursos y componentes activos de la sociedad para conquistar y asegurar el reconocimiento y el respeto que tal tarea merece. Ello no implicaría ejercer coacciones morales que restrinjan el despliegue de la creatividad científica o técnica, sino respetar su autonomía, otorgándole un sentido que le permita rescatar la integridad de la dimensión humana que le corresponde. Una pregunta queda por responder: ¿cómo debería desarrollarse este trabajo fundacional? Lo primero consiste en reconocer que el aliento esencial para esa filosofía práctica vendría dado por una ética entendida como saber y no como pulsión espontánea y subjetiva hacia ideales abstractos, aunque sean compartidos y estimulados socialmente. Esa *ética cognitiva* tendría que afrontar la ardua empresa de fundamentar los valores, principios y normas de la práctica científica, no simplemente como una acción deductiva que lleva de los valores y principios a las normas, sino también como una tentativa de justificar y dar sentido a esos valores y principios fundacionales. ¿Y cómo conseguir esto último? No a través de un tejido inductivo que se enredaría –como tantas veces ocurrió, en el pasado reciente, a los intentos del empirismo lógico– en una trama circular e interminable de autojustificaciones y que tropezaría además

con el insalvable escollo de los relativismos culturales (Black, 1984), sino a través de un nuevo recurso a la tradición helénica que nos legó la inagotable herencia de la *dialéctica*, refinada luego por Hegel y reinterpretada por Marx y los neomarxistas. Se trataría de un recurso a la dialéctica entendida como ejercicio dialogal (ambos términos tienen no por casualidad un origen común), que no aspira a certezas absolutas, sino a un austero consenso intersubjetivo que se conquista mediante la reflexión y el examen críticos (Sotolongo, 2002). Ese diálogo que protagonizan científicos, filósofos y políticos y del que no puede quedar excluida la sociedad en su conjunto –a quien en última instancia hay que dar cuentas por el uso eficaz y responsable de los recursos para la investigación científica– debería nutrirse de una experiencia axiológica compartida, de la intuición moral del deber, del patrimonio científico de la sociología y la psicología, de argumentos fecundos –¿por qué no?– de naturaleza metafísica y, por supuesto, de datos objetivos de la propia investigación científica (López y cols., 1996). Es importante notar que la ética que inspira y sirve de sostén a esta filosofía práctica no puede confundirse con la ciencia clásica, porque aunque comparte con esta varios de sus recursos más señalados, se sirve también de determinaciones que trascienden la experiencia puramente sensible, como los valores y el deber. Es, por consiguiente, una ciencia orientadora con su propio método, irreducible a las ciencias empíricas o a las ciencias formales. Siguiendo la tradición escolástica, esta ética sería propiamente una sabiduría o *phronesis* que, por un lado, regularía la explosiva mentalidad técnico-científica orientada solo por una ilimitada voluntad de poder, y la sustituiría por una ciencia de la comprensión que respeta las exigencias de la conciencia moral, y por otro, pondría el discurso ético a la altura del nuevo mundo creado por la ciencia y la tecnología, para que sea capaz de hablar al hombre contemporáneo y lograr que este reencontre su imagen y las motivaciones morales para actuar en armonía con ella.

Referencias

- Agazzi, Evandro, *El bien, el mal y la ciencia. Las dimensiones éticas de la empresa científico-tecnológica*, Madrid, Editorial Tecnos, 1996. - Jorge Bacallao, "Neutralidad y compromiso: la presencia de la dimensión ética en el trabajo científico", en José Acosta, *Bioética para la sustentabilidad*, La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 2002.

Razón estratégica

Dorando Michelini (Argentina) - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas (Conicet)

Conceptualización. En la antigüedad griega, el concepto estrategia (*στρατηγία*) estaba relacionado

con la actividad militar. Se refería específicamente a un plan de acción capaz de tomar en cuenta los diferentes condicionamientos e interrelacionar las diversas variantes del escenario bélico, de modo que, siguiendo determinados pasos, pudiera lograrse el triunfo. Posteriormente, el concepto de *acción estratégica* comienza a utilizarse en los ámbitos de la economía y la política, y pasa a designar una acción mediante la cual la racionalidad estratégica se articula de un modo peculiar con la racionalidad instrumental y la maximización de beneficios. En este contexto se denomina acción estratégica a aquella forma de acción que se propone alcanzar un determinado fin, teniendo en cuenta las condiciones de acción, previo examen de las diferentes secuencias y alternativas posibles de acción, y siguiendo metódica y sistemáticamente una serie de pasos teleológicos de acción. La *teoría de los juegos*, en la medida en que analiza y sistematiza las múltiples y heterogéneas decisiones racionales en condiciones de interdependencia estratégica, puede ser un instrumento útil no solo en economía, sociología y política (Michellini, 2002), sino también en el ámbito de la cultura y de la ética y, más precisamente, de la bioética (por ejemplo, en aquellos casos en que se trata de minimizar los males mayores o en la implementación de estrategias de equilibrio).

Críticas de la razón estratégica. 1. En el marco de sus reflexiones sobre un orden social justo, John Rawls (1993) ha criticado la racionalidad utilitarista y ha buscado fundamentar la justicia en un contrato originario, sobre la base de un proceso de libre elección racional de individuos egoístas. Para ello recurre a las teorías de los juegos y de la elección racional, en las cuales se entiende la libertad de los sujetos como libertad de arbitrio. Al mismo tiempo, y a los fines de asegurar que la libre elección del contrato original acontezca en condiciones de justicia y equidad, Rawls apela a limitaciones normativas (como el velo de ignorancia), nada fáciles de justificar, puesto que el *principio de equidad*, introducido en la posición original con la finalidad de limitar *ab initio* la elección estratégico-racional de los sujetos libres y egoístas, presenta una circularidad que no da cuenta de una fundamentación última justificada del principio de justicia. 2. En el contexto de una diferenciación teórico-filosófica de la racionalidad, Jürgen Habermas ha criticado el concepto de racionalidad estratégica subyacente en la teoría de los juegos, puesto que ella tiene en cuenta al sujeto y a su libertad solo como posibilidad. En su *Teoría de la acción comunicativa*, Habermas (1988) denomina estratégica a una acción racional orientada a influir eficazmente en los demás, utilizando reglas de elección racional y persiguiendo intereses egoístas. Con ello, la distingue tanto de la racionalidad

instrumental (es decir, de la acción orientada al éxito y a la acción técnica de intervención en el mundo objetivo) como de la racionalidad comunicativa (esto es, de la acción social orientada al entendimiento). En tanto que acción social, la racionalidad estratégica posee una estructura bidimensional: comparte, por un lado, la relación de reciprocidad y la calidad social, propias de la racionalidad comunicativa y, por otro, la calidad instrumentalizadora de la racionalidad instrumental. Entre las características principales de la racionalidad estratégica pueden mencionarse el cálculo y la eficacia, pero también el poder y el dominio. La racionalidad estratégica tiene su lugar en el ámbito de la relación entre sujetos y, más precisamente, en la interacción de sujetos que se instrumentalizan mutuamente. En las relaciones estratégicas los sujetos no se tratan como “fines en sí mismos” (Kant), sino simplemente como “meros medios”; y es precisamente este tipo de interrelación instrumentalizadora la que, cuando predomina en el ámbito social, lleva al dominio del otro, a la exclusión y la cosificación del otro (a tratarlo como “mera cosa”). 3. Por su parte, Apel (1972/1973) define la racionalidad estratégica como aquella “motivada por el propio interés de los actores”, como contrapuesta a la interacción moral, por lo que se está sugiriendo que el interés “propio” no es sino el interés egoísta. Apel afirma que la única fundamentación posible de la ética consiste en la apelación a la racionalidad *consensual-comunicativa* o *racionalidad discursiva* (Michellini, 2000). A los fines de eludir tanto la falacia naturalista como el círculo lógico, Apel recurre a una estrategia argumentativa de tipo pragmático-transcendental que fundamenta la ética –y, con ella, la justicia y la equidad– en el principio del discurso. De acuerdo con ello, la justicia se entiende originariamente no en sentido sustantivo, como principio material y de contenido, sino como equidad discursiva, esto es, como la capacidad comunicativa de todo ser racional para participar en condiciones de igualdad y reciprocidad en la determinación crítico-argumentativa de todos los problemas de interés público y en la resolución discursiva de todos los conflictos. De este modo, Apel contraponen la racionalidad discursiva tanto a la racionalidad utilitarista, que se basa de manera exclusiva en el cálculo eficaz de una racionalidad egoísta-instrumental, como a la racionalidad estratégica de la decisión racional del decisionismo y del contractualismo. Apel ha precisado reiteradamente que la ética del discurso no es solo deontológica y que, por ello, necesita de una estrategia de institucionalización para no poner en peligro las conquistas éticas y políticas de la humanidad. Desde la perspectiva de la filosofía latinoamericana, Dussel (1993), en discusión con Apel, ha señalado

que la *razón cínica* es la razón estratégica por excelencia: es la que antepone el poder a las razones, la que se impone no por medio de los mejores argumentos y la discusión, sino por su fuerza y poder indiscutidos e indiscutibles. Dussel afirma que la razón cínica es la única instancia que puede mostrar con claridad la impotencia de la razón discursiva.

Estrategia contraestratégica. La racionalidad estratégica no se confunde con la racionalidad manipuladora ni es un término peyorativo: ella juega un papel relevante en la economía, la política y la ética, en particular a la hora de hacer frente a los desafíos éticos de las coerciones fácticas e institucionales del mundo de la vida, puesto que la aplicación e institucionalización de la racionalidad ética en contextos históricos y culturales concretos y conflictivos requiere no solo tanta racionalidad comunicativa, como sea posible, sino también tanta racionalidad estratégica, como sea necesario. Matthias Kettner (1992) ha precisado y complementado, a su vez, la concepción ético-discursiva de la racionalidad estratégica, introduciendo el *principio de la racionalidad estratégica contraestratégica* (principio ECE). Kettner denomina principio ECE a la mediación responsable reflexivo-moral entre la racionalidad discursivo-consensual y la racionalidad estratégica. Este principio tiene como idea regulativa la minimización de la injusticia y de los costos morales; esto es, busca minimizar las ventajas injustas que alguien pudiera llegar a obtener a causa del actuar y decidir moralmente correctos de otra persona. En este sentido, es una obligación moral impedir que surjan costos morales, so pena de hacernos corresponsables de ellos. De aquí proviene la obligación moral de actuar y decidir en las relaciones con los otros conforme a una estrategia contraestratégica. El cálculo estratégico no tendría que ser considerado, por tanto, ni en el ámbito teórico (por ejemplo, de la reflexión ético-filosófica) ni en el ámbito de la praxis cotidiana (por ejemplo, en las discusiones clínicas que efectúan los comités de bioética) como un obstáculo insalvable para la determinación de la acción buena o correcta.

Bioética y racionalidad instrumental-estratégica. Claro está que la bioética sería malentendida de raíz si ella fuese comprendida como una teoría que se apoya pura y exclusivamente en una razón instrumental orientada al éxito. Su tarea no puede consistir exclusivamente en buscar los medios idóneos de aplicación eficaz del paradigma científico-tecnológico al ámbito de la manipulación de la vida, de modo que se maximicen los beneficios y se reduzcan los riesgos. En esta línea de reflexión, la legitimidad de la intervención en la producción, reproducción y transformación de la vida humana

encontraría sus límites –solo y únicamente– en la misma capacidad técnico-científica de la humanidad. Una teoría bioética que entienda la racionalidad solo como racionalidad estratégica, y articulada exclusivamente con la racionalidad instrumental, quedaría reducida a una habilidad o destreza técnica para la manipulación de la vida: con ello, el paradigma de una bioética de orientación instrumental-estratégica no podría ir más allá de los intereses particulares y egoístas, y de las decisiones utilitaristas, sustentadas en el cálculo estratégico de maximizar los beneficios y minimizar los riesgos. A esta concepción de la bioética subyacería, por lo demás, una visión científicista-tecnicista de la realidad, la cual tiende a cercenar ideológicamente el ámbito de la praxis humana al hacer y al saber hacer, y ordena instrumental y estratégicamente todos los medios de modo exclusivo a la consecución de los fines propuestos. En la medida en que la ética no pase de ser un aspecto de la técnica, la reflexión sobre la vida humana quedará atrapada en las sutiles redes de la juridización y medicalización de la bioética. Una teoría bioética que se sustente de manera exclusiva en la racionalidad instrumental-estratégica excluiría el ámbito de lo razonable, esto es, el ámbito de la indagación sobre la dignidad humana, la justicia y la vida buena.

Valores y bioética. Otro punto de vista, unilateral y equivocado, estaría representado por una bioética que pretendiera orientarse exclusivamente en valores y desestimara o desconociese la centralidad de la intervención tecnocientífica del ser humano en el mundo de la vida. Una ética que apele en su reflexión moral exclusivamente a la intuición o a los valores, y a métodos que no sean capaces de articular de manera interdisciplinaria los aportes de las ciencias y de la técnica, difícilmente podrá enfrentar de forma adecuada los desafíos y conflictos que presenta el mundo contemporáneo a la reflexión ético-filosófica, y que se caracterizan por su amplitud, complejidad y radicalidad. Una bioética que ignore el ámbito del poder y la especificidad de la intervención científico-tecnológica en el mundo, o que desconozca la racionalidad instrumental-estratégica y su peculiar e insustituible ámbito de acción, se sustentaría en una visión poco realista de la vida en sociedad, por cuanto ignoraría o desconocería los condicionamientos históricos y las coerciones fácticas e institucionales a que está sometida toda acción humana.

Bioéticas de la complementariedad. Una visión diferente sobre la racionalidad estratégica puede presentarse desde aquellas teorías bioéticas que toman en serio tanto la reflexión ética en su peculiar complejidad y radicalidad, como el desarrollo científico-tecnológico y sus resultados en

toda su amplitud y novedad. La racionalidad estratégica es un elemento tan necesario como insuficiente para una reflexión ético-filosófica articulada con la praxis. La racionalidad técnico-científica tiene una doble articulación con la racionalidad comunicativa, orientada al entendimiento, puesto que sin racionalidad comunicativa no hay racionalidad estratégica posible; a su vez, sin racionalidad estratégica se torna difícil, si no imposible, asegurar, de forma no solo razonable sino también estratégico-racional y estratégica contra-estratégicamente, las bases y el desarrollo de la racionalidad comunicativa en los condicionamientos históricos contingentes (materiales, sociales, culturales) y conflictivos del mundo humano. Una bioética de la complementariedad de lo racional con lo razonable, de la racionalidad estratégico-instrumental con la racionalidad comunicativo-discursiva, tiene que hacer justicia a fenómenos –aparentes o reales– tan disímiles como la utilidad de la acción, el interés particular, la eficiencia instrumental, la eficacia estratégica, la autorrealización personal integral y la autorrealización colectiva emancipatoria de la humanidad. Una bioética con semejantes características tiene que articular la tensión que existe entre la radicalidad de la situacionalidad humana (la corporeidad, la pertenencia a una determinada especie biológica, la realidad de una configuración genética peculiar, etc.) y la radicalidad de la alocación (de la praxis comunicativa y del distanciamiento reflexivo, que hacen del ser humano no solo un ser situado, sino también el único ser a-locado que conocemos). En síntesis, la racionalidad estratégica es, en y por sí misma, insuficiente en el ámbito de la fundamentación teórica y práctica de la bioética, puesto que tiende a acentuar uno de los dos extremos: o bien la situacionalidad histórica, contingente y cultural, o bien la situacionalidad de un logos ideológicamente reducido. Sin embargo, la racionalidad estratégica puede contribuir también, como un factor clave, en la elaboración de una teoría bioética discursiva de la corresponsabilidad solidaria, en cuyo ámbito los intereses, los condicionamientos fácticos e institucionales y el poder estén orientados por la racionalidad comunicativa.

Referencias

Karl-Otto Apel, *La transformación de la filosofía*, Madrid, Taurus, 2t., 1972/1973. - Enrique Dussel, *Apel, Ricoeur, Rorty y la filosofía de la liberación*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara, 1993. - Jürgen Habermas, *Teoría de la acción comunicativa*, 2t., Madrid, Taurus, 1988. - John Rawls, *Teoría de la justicia*, México, FCE, 1993. - Matthias Kettner, "Bereichsspezifische Relevanz. Zur konkreten Allgemeinheit der Diskursethik", en K. O. Apel, M. Kettner, *Zur Anwendung der Diskursethik in Politik, Recht und Wissenschaft*, Frankfurt, Suhrkamp, 1992, pp. 317-348. - Dorando J. Michelini, *La razón en juego*, Río

Cuarto, Universidad Nacional de Río Cuarto-Icala, 2000. - Dorando J. Michelini, *Globalización, interculturalidad y exclusión. Ensayos ético-políticos*, Río Cuarto, Ediciones del Icala, 2002.

Norma técnica

León Olivé (México) - *Universidad Nacional Autónoma de México*

Distinción del concepto de norma técnica. En muchas ocasiones se utilizan indistintamente los términos de *norma*, *principio*, *regla*, *instrucciones*, en especial cuando se habla en contextos técnicos. Sin embargo, esto puede dar lugar a confusiones y conviene distinguirlos. Para el fin de comprender las *normas técnicas*, estos conceptos pueden entenderse de la siguiente manera. *Principio* es un supuesto básico en relación con una teoría o bajo los cuales se realizan ciertas acciones, que por lo general está fuertemente atrincherado y, por tanto, es de lo más difícil de remover o modificar, y ejemplos son los principios de la lógica clásica (e. g. no contradicción) y el principio de causalidad supuesto por la mecánica newtoniana (todo suceso en el universo tiene una causa). *Norma* es un precepto que establece qué es correcto y qué no lo es en determinado contexto, como en contextos científicos donde se supone que prevalecen normas del tipo "no plagiarás", "no forjarás artificialmente los datos". Las normas técnicas tienen sentido y vigencia en el contexto de sistemas técnicos específicos, y convendrá distinguirlos de las reglas y de las instrucciones. A menudo la violación de una norma se sanciona con un castigo por parte de personas a quienes se les reconoce la autoridad para hacerlo, pero la violación de algunas normas puede conducir al fracaso en la realización de los fines que se buscan. Esto es particularmente el caso de las normas técnicas. *Regla de procedimiento* es un enunciado condicional que indica los procedimientos adecuados para obtener un fin determinado (si quieres A haz B). *Regla constitutiva* es un precepto que establece las acciones permisibles y no permisibles en una determinada práctica (como las reglas de los juegos o de la gramática), y que es necesario para la identidad de la práctica en cuestión. Su violación puede dar lugar a un extrañamiento dentro de una práctica ("¿qué haces?, no lo entiendo"), o de plano a un desconocimiento por parte de los demás miembros de la práctica del agente que viola la norma, lo cual podría culminar con la expulsión del violador. Las reglas constitutivas permiten identificar los problemas legítimos dentro de un campo. Por ejemplo, para cierto tipo de epistemología, los problemas de la génesis del conocimiento no están dentro de su ámbito (o juego), sino sólo los problemas de justificación. *Instrucciones*

son enunciados que indican los procedimientos y las acciones que se requieren en determinado contexto para lograr un fin específico (e. g. para operar un aparato, para llegar a cierto lugar, para mostrar obediencia o sometimiento, etc.).

Sistemas técnicos y sistema tecnológico. Las normas por lo general están asociadas a valores, aunque debe distinguirse entre unas y otras. Adelante regresaremos sobre el concepto de valor. Por ahora veamos la noción de sistema técnico, pues las normas y los valores técnicos adquieren pleno sentido en relación con los sistemas técnicos. Un *sistema técnico* consta de agentes intencionales (al menos una persona que tiene alguna intención), de al menos un fin que los agentes pretenden lograr (cortar una fruta o intimidar a otra persona), de objetos que los agentes usan con propósitos determinados (la piedra que se utiliza instrumentalmente para lograr el fin de pulir otra piedra y fabricar un cuchillo), y de al menos un objeto concreto que es transformado (la piedra que es pulida). El resultado de la operación del sistema técnico, el objeto que ha sido transformado intencionalmente por alguna persona, es un *artefacto* (el cuchillo). Al plantearse sus fines los agentes intencionales lo hacen contra un trasfondo de representaciones (creencias, teorías) y de valores. Alguien puede querer pulir una piedra porque *cree* que le servirá para cortar ciertos frutos. La piedra pulida es algo que el agente intencional considera *valioso*. Los sistemas técnicos, entonces, también involucran *creencias* y *valores*. Por *sistema tecnológico* puede entenderse a los sistemas técnicos que involucran conocimientos de base científica y que se usan para describir, explicar, diseñar y aplicar soluciones técnicas a problemas prácticos de forma sistemática y racional. Los sistemas tecnológicos son entonces una subclase de los sistemas técnicos. Los sistemas técnicos son indispensables en toda sociedad humana. Los sistemas tecnológicos son propios de las sociedades industriales.

Sistemas tecnocientíficos. En el siglo XX también surgió otro tipo de sistema técnico, más complejo que el tecnológico, que parece ahora ser característico de la llamada *sociedad del conocimiento*: los sistemas *científico-tecnológicos* o *tecnocientíficos*. En los sistemas tecnocientíficos no solo están indisolublemente imbricadas la ciencia y la tecnología, sino que tienen formas de organización, de colaboración entre especialistas, estructuras de recompensas y mecanismos de financiamiento y de evaluación, controles de calidad, normas y valores diferentes de los de la ciencia y la tecnología tradicionales. Estos sistemas requieren el concurso de diferentes grupos de científicos y de tecnólogos, así como de agentes capaces de realizar grandes inversiones económicas –como los Estados poderosos o las

grandes empresas–, por lo general están ligados a intereses económicos y políticos e incluso muchas veces a militares, y además son tan complejos que requieren gestores especializados. Algunos ejemplos paradigmáticos de esos sistemas son: la investigación nuclear, la espacial, la informática y el desarrollo de las redes telemáticas. Suele mencionarse al Proyecto Manhattan, la construcción de la bomba atómica, como uno de los primeros grandes proyectos tecnocientíficos del siglo XX. Entre los ejemplos de tecnociencia que hoy día más acaparan la atención pública y atraen a los mayores intereses económicos y militares se encuentran la investigación genómica y la proteómica, la ingeniería genética, la biotecnología en general y la nanotecnología. Javier Echeverría, apoyándose en la concepción de sistema técnico de Quintanilla, ha propuesto la siguiente caracterización de los *sistemas tecnocientíficos*: se trata de sistemas de acciones intencionales que se guían por creencias, normas, valores y reglas, que están vinculados a sistemas de información, que cuentan con una base científica y tecnológica, y están ligados a sistemas e instituciones de investigación, pero también a otras organizaciones políticas, económicas, empresariales y muchas veces militares. Dichas acciones son llevadas a cabo por agentes, con ayuda de instrumentos y están intencionalmente orientadas a la transformación de otros sistemas con el fin de conseguir resultados que los agentes consideran valiosos, y que al aplicarse producen resultados que afectan positiva o negativamente a la sociedad y al ambiente (Echeverría, 2003).

Valor y norma técnica. Sobre la noción de *valor* hay una larga discusión en la historia de la filosofía. Básicamente la diferencia se da entre quienes consideran que los valores son atributos objetivos de lo que es valioso, y quienes consideran que los valores no constituyen propiedades objetivas de las cosas, sino que son subjetivos por completo y dependen siempre de quien hace la evaluación. Entre estas dos posiciones hay una tercera, que considera que los valores consisten más bien en una relación entre aquello que es considerado valioso y el agente que hace esa evaluación. Para esta tercera posición los valores no existen por sí mismos, independientemente de las acciones de evaluación por parte de los agentes. Los valores existen solo cuando los agentes de una práctica social (religiosa, científica, tecnológica, médica) valoran algo en circunstancias específicas. Los valores tienen significado solo cuando los agentes (individuales o colectivos) realizan la acción de evaluar. De otro modo solo hay términos valorativos vacíos (belleza, elegancia, justicia, simplicidad, precisión, etc.). Pero en cambio, en situaciones específicas decimos que tal acción de una persona fue injusta

con otra, o que determinada demostración matemática es simple y elegante, que tal medición es sumamente imprecisa, o que cierto sistema tecnológico es muy eficiente, etc. Una *norma técnica* establece lo que es correcto hacer en el contexto de la operación de un sistema técnico o de uno tecnológico. Las normas técnicas pueden operar internamente a un sistema técnico, o pueden operar externamente al sistema en relación con las consecuencias de la operación del mismo y con lo que sería correcto hacer con respecto a ellas. Seguir o violar una norma técnica implica responsabilidades que pueden atribuirse a los agentes en relación con el funcionamiento del sistema técnico, pero también con respecto a sus consecuencias, por ejemplo, para la salud de las personas, para la sociedad o para el ambiente. Internamente a un sistema, una norma técnica establece lo que sería correcto para que este funcione de acuerdo con ciertos valores. Los valores técnicos internos suelen incluir la eficiencia, la factibilidad, la eficacia y la fiabilidad. La *eficiencia* técnica se refiere a la adecuación de los medios a los fines propuestos. La eficiencia de un sistema técnico es la medida en la que coinciden los objetivos del sistema con sus resultados efectivos. Un sistema es más eficiente que otro si obtiene más de las metas propuestas con menos consecuencias no previstas. La *factibilidad* de un sistema significa que sea lógica y materialmente posible diseñar y operar el sistema. La *eficacia* quiere decir que se logren realmente los fines que se proponen alcanzar mediante la operación del sistema. Y la *fiabilidad* significa que la eficiencia sea estable.

Eficiencia y evaluación de un sistema técnico. El incumplimiento de normas técnicas internas en general es sancionado con el fracaso en la eficiencia, la eficacia o la fiabilidad del sistema técnico en cuestión, y puede imputarse la responsabilidad a quien violó la norma. La justificación de la imputación, y la sanción, normalmente la llevan a cabo los pares dentro de las comunidades médicas, científicas, tecnológicas o tecnocientíficas. Pero la evaluación de un sistema técnico, incluso con respecto a un valor interno como la eficiencia, no puede quedar en manos solo de los expertos. Recordemos que la eficiencia de un sistema técnico se entiende en términos del grado de ajuste entre los fines deseados y los resultados de hecho obtenidos cuando ha operado el sistema. Pero entonces la evaluación de la eficiencia enfrenta una seria dificultad. Pues mientras que el conjunto de metas puede identificarse con razonable confianza una vez que ha quedado establecido el conjunto de agentes intencionales que diseñan y que operan el sistema, puesto que se trata de sus objetivos, el conjunto de resultados de hecho, en cambio, no puede identificarse de la misma manera.

El conjunto de resultados que de hecho se producen y que sean *pertinentes* para la evaluación de la eficiencia no depende únicamente de los expertos, es decir, de los agentes que diseñan o que operan el sistema técnico y de la interpretación que ellos hagan de la situación. La identificación del conjunto de resultados que sean relevantes variará de acuerdo con los intereses de los diferentes grupos afectados y sus diversos puntos de vista. El problema es que no existe una única manera legítima de establecer esos criterios. La eficiencia, entonces, es relativa a los criterios que se usen para determinar el conjunto de resultados. Por ejemplo, la eficiencia de una semilla modificada genéticamente podrá medirse de acuerdo con los propósitos que se plantean los tecnólogos que los diseñan, digamos en términos de su resistencia a una determinada plaga. Pero si al liberarse al ambiente hay introgresión genética en variedades criollas de la especie, ¿considerarían los biotecnólogos que diseñaron y produjeron la semilla esas consecuencias no previstas para medir la eficiencia de su tecnología? Lo menos que puede decirse es que se trata de un asunto controvertible. La conclusión es que la eficiencia no puede considerarse como una propiedad intrínseca de los sistemas técnicos. La aplicación de una tecnología casi siempre entraña una situación de riesgo o de incertidumbre, es decir, no es posible prever todos los resultados de su aplicación y siempre será necesario *elegir cuáles* consecuencias se consideran pertinentes para evaluar la eficiencia del sistema técnico. Pero la determinación de cuáles consecuencias son relevantes será un asunto controvertible, dependerá de los diferentes intereses y puntos de vista. No obstante, esto no quiere decir que la eficiencia sea algo subjetivo. La eficiencia es objetiva en el sentido de que una vez que los fines propuestos quedan establecidos por los agentes intencionales que componen el sistema, y una vez que el conjunto de resultados queda determinado intersubjetivamente entre quienes evaluarán la eficiencia del sistema, entonces se desprende un valor determinado de la eficiencia, el cual no depende de las evaluaciones subjetivas que los agentes o los observadores hagan individualmente de las consecuencias (por ejemplo, que les gusten o no). Pero esta situación implica la norma ética de que en la determinación de las consecuencias pertinentes para evaluar incluso la eficiencia de un sistema técnico deben participar todos los que serán afectados por sus consecuencias.

Referencias

- M. A. Quintanilla, *Tecnología: un enfoque filosófico y otros ensayos de filosofía de la tecnología*, México, FCE, 2005. - J. Echeverría, *La revolución tecnocientífica*, Madrid, FCE, 2003.

Eficacia tecnológica

Rodolfo Gaeta (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

Técnica y tecnología. En el ámbito de la filosofía de la tecnología, una disciplina que se ha desarrollado en las últimas décadas, se utiliza una serie de términos preexistentes a los que se ha tratado de dotar de un significado más preciso que el sentido propio del lenguaje corriente. Sin embargo, no hay un acuerdo unánime al respecto, además, no siempre los especialistas se atienen a las definiciones que ellos mismos han propuesto. De todos modos, las caracterizaciones más usuales constituyen una guía necesaria para interpretar correctamente los textos en los que se tratan esos temas. El sustantivo *técnica* se emplea para designar un procedimiento descubierto o ideado para llevar a cabo una tarea dirigida a la obtención de un fin determinado, por lo general la transformación o producción de un objeto, pero no necesariamente una entidad material. Así, hay técnicas para encender fuego, cultivar vegetales y construir casas, pero también las hay para realizar cálculos matemáticos y llevar a cabo tratamientos psicológicos y operaciones quirúrgicas. Una característica de las técnicas reside en el hecho de que determinan conductas reproducibles, esto es, procedimientos que pueden reiterarse cada vez que se intente obtener resultados semejantes a partir de condiciones similares. Conforme a estos rasgos, es obvio que el conjunto de las técnicas, en el sentido general, comprende un enorme abanico de acciones humanas que incluye desde las más sencillas y primitivas hasta las más modernas y complejas. Pero en un sentido restringido, los filósofos de la tecnología suelen reservar la expresión *técnica* para referirse a los tipos de procedimiento que no requieren conocimientos estrictamente científicos, las antiguas prácticas agrícolas, por ejemplo. Denominan *tecnología*, en cambio, a las técnicas que son el resultado de la aplicación de las investigaciones científicas, en especial los procedimientos que se enmarcan en procesos industriales; y por ese motivo, mientras la cocción de los alimentos responde a técnicas de transformación conocidas desde épocas muy remotas, la pasteurización es actualmente un ejemplo de tecnología muy difundido.

Eficacia, eficiencia y efectividad. Hemos dicho que las técnicas y las tecnologías se introducen para alcanzar un propósito determinado, pero ello no implica que la finalidad propuesta se logre de hecho. Por esa razón, cabe preguntarse si una técnica o tecnología produce o no los resultados esperados, y en caso afirmativo se concluye que es eficaz. Debe advertirse, sin embargo, que esta definición, pese a ser muy frecuente, genera una

dificultad, pues, seguramente una técnica podría considerarse eficaz aun cuando fallara en algunas oportunidades. En consecuencia, la definición debería ser complementada con un criterio que permitiera establecer, como signo de la eficacia del procedimiento, el porcentaje mínimo de casos en los cuales se logra el objetivo. Asimismo, en vista de que, en cada caso, el propósito deseado puede cumplirse en mayor o menor medida, se hace necesario fijar el límite que indique tal cumplimiento. En algunos textos, el grado en el que se realiza el resultado se denomina *efectividad*. Por otra parte, asociado a la eficacia y la efectividad se encuentra el concepto de *eficiencia*, es decir, la capacidad de alcanzar la finalidad deseada de la manera más conveniente. La idea deriva sobre todo de la termodinámica, en cuyo campo se mide la eficiencia de una máquina como la relación del trabajo realizado por una máquina con el consumo de combustible que emplea para ello, de manera que la máquina será tanto más eficiente cuanto menos insumos derroche para llevar a cabo una determinada tarea. Sin embargo, la aplicación de un criterio económico deberá tener en cuenta la incidencia de múltiples factores; por ejemplo, el costo de adquisición del aparato, la confiabilidad de su funcionamiento, su durabilidad, la facilidad de operación, etc. Los procesos tecnológicos, naturalmente, constituyen un complejo de múltiples factores, y no todos ellos pueden cuantificarse, de modo que la evaluación de la eficacia tecnológica debe extenderse a fin de precisar los valores que han de tenerse en cuenta cuando debe elegirse uno u otro curso de acción; por esa razón debe ponderarse la importancia de las distintas variables que intervienen y el peso de cada una de las consecuencias producidas, sin dejar de lado las consideraciones éticas que marcan los límites de tales decisiones y obligan a descartar opciones que podrían resultar eficaces si no se tuviera en cuenta este aspecto.

Referencias

Miguel Ángel Quintanilla, *Tecnología: un enfoque filosófico*, Buenos Aires, Eudeba, 1991. - Javier Echeverría, "Teletecnologías, espacios de interacción y valores", *Teorema*, Vol. XVII N° 3, 1998.

Explicación y determinismo en ciencias de la vida

Gustavo Caponi (Brasil) - *Universidad Federal de Santa Catarina*

Los dominios generales de las ciencias de la vida. Las ciencias de la vida pueden pensarse como divididas en dos dominios generales de indagación: la *biología funcional*, ocupada en estudiar las causas próximas que, actuando a nivel orgánico, explican

cómo los fenómenos vitales se encadenan e integran en la constitución y funcionamiento del viviente individual; y la *biología evolutiva*, ocupada en reconstruir las *causas remotas* que, actuando a nivel poblacional, nos explican *por qué* las diferentes clases de seres vivos presentan las características que efectivamente poseen (Mayr, 1988). No se trata, claro, de una oposición entre paradigmas o programas en pugna, sino de la distinción entre dos perspectivas complementarias que necesariamente deben converger en la comprensión de todo fenómeno biológico. No obstante, y más allá de esa complementariedad y de esa convergencia, es necesario reconocer que estos dominios disciplinares persiguen objetivos explanatorios disímiles: la *biología funcional* procura lo que a menudo, y con toda justicia, denominamos *explicaciones funcionales*; y la *biología evolutiva* persigue lo que aquí denominaremos *explicaciones seleccionales*. Y para ilustrar esta distinción podemos mostrar cómo la misma se patentiza en los dos tipos de preguntas que cabría plantear con relación al caso hipotético de una glándula subcutánea que podemos imaginar presente en una especie de rana amazónica recientemente descubierta, pero ausente en otra especie de rana, ya conocida, y de la cual la primera especie, suponemos, deriva evolutivamente. Quizás, en un caso semejante, un primer conjunto de preguntas a ser formuladas apuntaría a determinar cuál es la sustancia secretada por esa glándula, a saber cómo ella la produce y, sobre todo, establecer el papel de esa secreción en el funcionamiento total del organismo en cuestión. Serían esas las preguntas típicas del fisiólogo o, más en general: las preguntas cuyas respuestas hacen al desarrollo de la biología funcional. Pero, si una vez respondidas esas preguntas queremos saber por qué esas ranas poseen una glándula ausente en sus supuestos ancestros, ingresaríamos, forzosamente, en el dominio de la biología evolutiva, e intentaríamos responder nuestro interrogante desentrañando la trama de presiones selectivas que habrían actuado sobre esa nueva especie de rana y que habrían propiciado la aparición o el desarrollo de esa estructura ausente en la forma considerada ancestral. Es decir: mientras el *biólogo funcional* asume el presupuesto de que toda estructura normalmente presente en algún tipo de organismo tiene, por lo general, un papel definido en la constitución o en el funcionamiento de esos organismos; el *biólogo evolutivo* parte siempre del presupuesto de que esas estructuras constituyen una respuesta a algún desafío ambiental que el taxón a que dichos organismos pertenecen ha enfrentado en algún momento de su historia evolutiva. El *biólogo funcional*, para decirlo de otro modo, apunta siempre a reconstruir el orden o sistema constituido por cada tipo de organismo y, en ese

marco, cada estructura orgánica es analizada en función de su contribución al funcionamiento y constitución de dicho sistema. Entre tanto, el *biólogo evolutivo* se centra en las relaciones que los seres vivos guardan con las exigencias de un ambiente que, permanentemente, les plantea problemas de supervivencia y, en ese marco, las estructuras biológicas son pensadas como respuestas a esos problemas o como subproducto de tales respuestas.

Explicaciones funcionales. Si llamamos *autopoiesis* al conjunto de los procesos por medio de los cuales un organismo individual se constituye y conserva en su propia organización (Maturana & Varela, 1994), podemos decir que la biología funcional se rige por una regla metodológica regional específica según la cual: para todo X tal que X sea un fenómeno o estructura asociado a un proceso de autopoiesis A, debe formularse una descripción de ambos tal que podamos atribuirle a X un papel causal [función], sea: 1. en la realización de A, sea 2. en la realización de alguna respuesta a una perturbación sufrida por A o, en su defecto, 3. como efecto secundario de 1 o 2. Así, dada una estructura orgánica X normalmente presente en algún tipo de organismo, la biología funcional busca siempre responder a la pregunta: ¿cuál es la función (papel causal) de X en la autopoiesis de dicho organismo? Y la respuesta a esa pregunta, que es lo que denominamos *explicación funcional*, obedece al siguiente esquema general:

Explanans:

- a) Z es un efecto de X.
- b) 1. Z tiene una *papel causal* en la realización de la *autopoiesis*.
 - o 2. Z es una respuesta a una perturbación que ha afectado a esa *autopoiesis*.
 - o 3. Z es un efecto de Y que satisface las condiciones 1 o 2.

Explanandum:

- c) Z es la *función* de X o es un *efecto secundario* de Y.

Pero, claro, ese interés en los procesos que hacen a la autopoiesis orgánica tiene su contraparte necesaria en un interés por aquellos procesos o factores que desvían, obstaculizan o impiden la realización de esa autopoiesis; por eso su estudio y explicación también son partes fundamentales de la biología funcional: explicar cómo se realiza la autopoiesis orgánica y cómo cada estructura orgánica está involucrada en esa realización hace al estudio de lo normal; explicar cómo se generan y actúan los fenómenos que conspiran contra esa normalidad hace al estudio de lo patológico. Estudiar una patología es intentar identificar y explicar

un proceso causal, verificable en la propia estructura orgánica, que está efectivamente conspirando contra esa autopoiesis; y esto exige no solo apuntar las causas eficientes que desencadenan dicho proceso, sino también apuntar cómo, por cuáles mecanismos, ese proceso efectivamente interfiere en el circuito causal de la autopoiesis. Establecer una correlación entre la exposición a una sustancia química y el desarrollo de cierto tipo de neoplasia puede ser el indicio poderoso de una relación causal; pero no es todavía una explicación: es, en todo caso, un hecho que pide esa explicación; y esta solo se dará cuando mostremos cuáles son los procesos causales que esa sustancia química desencadena en el organismo y cómo ellos conducen al desarrollo de esa patología.

Explicaciones seleccionales. Ya por su parte, las explicaciones seleccionales de la biología evolutiva pueden ser pensadas como obedeciendo a esta otra regla metodológica: Dada la constatación (C) del predominio de una estructura orgánica Z' sobre otra estructura orgánica Z'' en una población X, se debe formular y testar un conjunto de hipótesis tal que contenga: A) la descripción de un conjunto de presiones selectivas Y que operan u operaron sobre X; y B) observaciones y argumentos que muestren a Z' como una respuesta más adecuada que Z'' para Y, o que, en su defecto, la muestren como efecto no seleccionado de tal respuesta. Y las explicaciones que obedecen a esa regla pueden representarse con base en el siguiente esquema o modelo general:

Explanans:

La población P está sometida a la presión selectiva S .

La estructura X [presente en P] constituye una mejor respuesta a S que su alternativa Y [también presente en P]; o X está asociada a otra estructura que sí satisface esa condición.

Explanandum:

La incidencia de X en P es mayor que la de Y .

Por eso, el *análisis darwiniano* de las estructuras adaptativas no puede confundirse con una simple descripción del modo en que esa estructura actúa en beneficio de sus portadores o está asociada a alguna estructura que produce tales beneficios. Una adaptación evolutiva es una variante fenotípica que genera la mayor aptitud [*fitness*] entre un conjunto de alternativas definidas en un ambiente dado; y, por eso, la *explicación seleccionacional darwiniana* debe siempre aludir a las condiciones bajo las cuales la característica positivamente seleccionada pudo resultar mejor o más ventajosa [en términos del éxito reproductivo de sus portadores] que una o más alternativas viables y efectivamente presentes en una población en un momento dado. Pero,

para entender la naturaleza y la peculiaridad de la *explicación seleccionacional*, es necesario que tampoco perdamos de vista que ella alude a un dominio de fenómenos totalmente diferente de aquel al que aluden las explicaciones de la biología funcional.

Lo normal y lo patológico: explicaciones causales.

Al referirse al fenómeno normal o al fenómeno patológico, el *biólogo funcional* siempre alude a procesos causales que se propagan y que dejan su marca en el seno del organismo: en sus tejidos, en sus células o en sus proteínas; y es en ese sentido que hablamos de *causas próximas*: estas no son otras que aquellas causas cuyo accionar se verifica en el seno del propio viviente individual. Pero, si la biología funcional puede ser definida como una *biología del organismo*, la biología evolutiva debe ser entendida como una *biología de las poblaciones*. Los fenómenos por ella estudiados no pueden ser verificados ni apuntados en la estructura del viviente individual: los mismos solo se verifican al analizar cómo la composición de las poblaciones va cambiando a lo largo de sucesivas generaciones; y los procesos causales que producen esos cambios solo se propagan y dejan su marca en la estructura de dichas poblaciones (Sober, 1993). Así, cuando hablamos de una *presión selectiva* no nos referimos simplemente a un factor que afecta la vida de los diferentes organismos que en un momento dado componen una población: hablamos de un conjunto de factores que va a alterar la composición de esa población al modificar el suceso reproductivo diferencial de sus diferentes miembros; y esto ya puede servirnos para dar una definición clara y concisa de *causa remota*: estas no son otra cosa que aquellos factores que definen y modifican la composición de las poblaciones. La selección natural es, claro, la causa remota por excelencia; pero también podemos considerar del mismo modo a las migraciones, al aislamiento geográfico y a la llamada *deriva genética*.

Explicación, predicción y determinismo en las ciencias biológicas. Ahora bien, sea por su referencia a *causas remotas*, o por su referencia a *causas próximas*, las explicaciones biológicas, como cualquier otra explicación científica, pretenden tener cierto valor o contenido predictivo. Decir que conocemos las causas de un fenómeno siempre implica la pretensión de que, si hubiésemos conocido de antemano dichas causas, hubiésemos podido vaticinar su ocurrencia. Cabe preguntarnos, sin embargo, si esas predicciones pueden tener, en las ciencias biológicas, un carácter suficientemente apodíctico como para que podamos decir que ellas se apoyan en explicaciones realmente deterministas. No obstante, la respuesta a esta cuestión no es del todo sencilla. Desde cierta perspectiva podría decirse que necesariamente estas

explicaciones, en la medida en que sean completas, deberían ser también capaces de generar predicciones deterministas. Si se conocen por completo las causas y las condiciones que produjeron cierto fenómeno, deberíamos poder decir que, si esas causas y condiciones vuelven a presentarse, ese fenómeno volverá a producirse de la misma manera en que antes se produjo. Así, si conocemos todas las condiciones relevantes que permitieron que la exposición a cierta sustancia química desencadenase el desarrollo de una neoplasia en cierto organismo, también podremos decir que si esas condiciones se repiten en el caso de cualquier otro organismo de ese tipo la misma exposición a esa sustancia también acabará generando esa neoplasia. Y si en una población dada de cierta especie, sometida a un conjunto definido de presiones selectivas, cierta variante genética resultó favorablemente seleccionada; también podremos decir que en cualquier otra población de la misma especie, sometida al mismo conjunto de presiones selectivas, esa misma variante también resultará favorecida por la selección natural. Pero, aunque ese modo de razonar sea legítimo y en cierto modo inobjetable, no debemos perder de vista que, por lo menos en el caso de las ciencias biológicas, el mismo debe ser aplicado y seguido con precaución. Claro: si se conocen todas las condiciones relevantes para explicar un fenómeno, también se conocerán las condiciones necesarias para predecirlo; pero el problema está siempre en saber si, en efecto, conocemos o no todas esas condiciones. Y en el caso de la biología esa dificultad se plantea con mayor crudeza porque, para cualquier orden de fenómenos, hasta es difícil de saber cuáles son las condiciones que deberíamos conocer para poder decir que efectivamente contamos con toda la información relevante para predecir un fenómeno. No se trata simplemente de que, en ocasiones, nos falten algunos datos que sabemos que serían relevantes para nuestras predicciones; en general desconocemos cuál podría ser la índole de esos datos faltantes. Puede decirse, por eso, que en las ciencias biológicas no podemos satisfacer la exigencia de *poder dar razón* de antemano de los errores de nuestras predicciones; y esto nos impide hablar de *determinismo* (Popper, 1984). El conjunto de factores que pueden incidir en la ocurrencia de cualquier fenómeno es indefinidamente abierto: el conjunto de los factores *biológicamente relevantes* constituye un ilimitado e irregular cajón de sastre donde siempre se encuentran piezas nuevas e inesperadamente importantes. Esto es del todo claro en la biología evolutiva porque no existe una definición general y a priori de lo que puede constituir una presión selectiva. Pero la situación no es muy diferente en la biología funcional: los seres vivos son

el producto de una historia de contingencias pautadas, entre otras cosas, por esas múltiples y heterogéneas presiones selectivas; y esto afecta cada detalle, hasta el más ínfimo, de su estructura y de sus modos de funcionar y reaccionar. No hay un esquema general respecto de qué tipo de interacciones podemos esperar que existan entre sus componentes, ni entre esos componentes y las innumerables contingencias del entorno. Esas interacciones no son solo muchísimas, sino también muy variadas; y eso conspira contra la posibilidad de tratar a los organismos como si fuesen máquinas newtonianas que obedecen a un determinismo previsible y controlable.

Referencias

- H. Maturana & F. Varela, *De máquinas y seres vivos*, Santiago de Chile, Editorial Universitaria, 1994. - E. Mayr, *Towards a new Philosophy of Biology*, Cambridge, Harvard University Press, 1988. - K. Popper, *El universo abierto: un argumento a favor del indeterminismo*. Madrid, Tecnos, 1984. - E. Sober, *The Nature of Selection*, Chicago, The Chicago University Press, 1993.

Ciencias biológicas y bien común

Agustín Vicedo Tomey (Cuba) - *Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas Victoria de Girón*

Ciencia y ética. Desde una perspectiva histórica, la sociedad ha considerado a la *ciencia* como un valor positivo. En la experiencia colectiva los avances científicos han estado ligados a mejoras en las condiciones de vida de los seres humanos, la prolongación de su existencia individual y la mitigación del dolor y el sufrimiento. Los avances científicos y técnicos tienen un papel preponderante en el llamado modo de vida occidental, y aunque la bondad a largo plazo del mismo pudiera ser objeto de críticas, por lo general se acepta, tácita o explícitamente, como socialmente adecuado y deseable. Desde el punto de vista ético las expectativas sociales de comportamiento en relación con el quehacer científico sobreentienden que los avances de la ciencia estarán encaminados a la generación del bien común de hombres y mujeres. Este bien común debe asumirse en un sentido amplio, incluyendo la preservación del ambiente y del resto de las especies que habitan el planeta. Ocurre, sin embargo, que se defiende por algunos que la ciencia, como conocimiento que es, no podría ser catalogada de buena o mala, es decir, de *ética* o no; que solo las aplicaciones que se hacen del conocimiento científico pueden ser objeto de tal valoración. No obstante, por muy neutral que pudiera ser el conocimiento científico considerado en abstracto, no puede la comunidad científica en particular, ni la sociedad en general, sustraerse de las valoraciones éticas asociadas a la

producción intelectual, su modo de obtención y sus posteriores aplicaciones. No cabe entonces considerar el concepto de una ciencia éticamente neutral.

Dilemas éticos en las ciencias biológicas. En el campo de las ciencias biológicas serían interminables los ejemplos que pudieran citarse en relación con sus resultados en función del bienestar de los seres humanos. Baste mencionar como casos relevantes el desarrollo de antibióticos, la producción artificial de insulina, los progresos en la producción de alimentos, etc. Pero se dan, en el caso de las ciencias biológicas, particularidades éticas que no se han manifestado en otras ciencias. Por ello la disciplina bioética ha surgido como respuesta a la necesidad de atender dichas particularidades. Como en otras disciplinas científicas, en las ciencias biológicas se originan dilemas éticos relacionados con la aplicación de sus resultados. Es conocido que actualmente constituye un campo de intenso debate la aplicación de los avances obtenidos en la clonación de organismos superiores a la reproducción de seres humanos. Debe resaltarse aquí un elemento fundamental para la comprensión inicial de las peculiaridades de estos problemas; para algunos críticos de la clonación humana los argumentos parten de sus peligros potenciales en relación con el individuo clonado; para otros se trata de algo más básico, algo que no debe hacerse aun cuando se cuente con todo el conocimiento y garantías de resultados exitosos. En el segundo caso se entiende que el procedimiento resulta tan “antinatural” como inaceptable. Sin embargo, y como peculiaridad de las ciencias biológicas, sus dilemas éticos no se circunscriben a la aplicación de los conocimientos logrados, sino que pueden originarse a lo largo de todo el ciclo del quehacer investigativo.

Sistematización de problemas éticos con relación al bien común. A partir de esta peculiaridad, un intento de sistematización de los problemas éticos de las ciencias biológicas en su relación con el bien común pudiera incluir las siguientes categorías: 1. *Según el objeto que se pretende investigar.* Aquí se considera que determinado objeto, por su propia naturaleza, no debe ser sometido a escrutinio científico. Pudiera verse que los posibles resultados científicos no contribuirían al deseado bien común o que, en el peor caso, pudieran llegar a ser contraproducentes. La caracterización del fondo genético de algunos grupos poblacionales calificaría como una problemática de este tipo. 2. *Según el grado de prioridad social del objeto investigado.* La investigación es un proceso costoso en cuanto a recursos financieros y humanos. Es éticamente cuestionable que estos recursos estén encaminados a la solución de problemas que no se encuentren entre los más

acuciantes en un momento histórico determinado. Es conocido que algunos flagelos de la salud humana no han recibido la atención merecida por tratarse de afecciones, como es el caso de la malaria, que no se padecen en los centros geográficos donde se concentra el mayor potencial científico y económico. 3. *Según los procedimientos seguidos en el proceso investigativo.* Se cuestiona el procedimiento, no el resultado. Por ejemplo, por lo general se reconoce el potencial beneficioso de las investigaciones realizadas con células totipotenciales para el tratamiento de muy variadas condiciones morbosas, no obstante la fecundación *in vitro* de óvulos humanos con este único fin es condenada por determinados segmentos de la sociedad. 4. *Según la aplicación del conocimiento.* Es aceptado el conocimiento, pero no una aplicación particular. Así la creación de organismos transgénicos cuando se usa para conseguir una mayor producción de alimentos pudiera ser aceptable, pero la creación por modificación genética de organismos patógenos más resistentes o de mayor virulencia sería condenable. 5. *Según la población blanco de determinada aplicación.* Lo criticable en este caso sería la falta de equidad al realizar una aplicación. Se genera este problema cuando por motivos sociales, raciales, económicos o de otra índole una población necesitada queda excluida de los beneficios de la aplicación de determinado logro científico. Los altos costos de la terapia antirretroviral para el tratamiento del sida excluye de sus beneficios a grandes grupos poblacionales, en especial en los países subdesarrollados. La lucha por la producción de medicamentos genéricos de esta naturaleza está siendo particularmente aguda. 6. *Según las conclusiones que se proponen.* Se objetaría en este caso una particular interpretación de determinadas observaciones, experimentos, etc. Resulta particularmente criticable la metainterpretación. Sería el caso de que se pretendiera concluir que una raza o grupo poblacional es inferior al resto por el hecho de presentar una mayor susceptibilidad a determinada enfermedad somática o psíquica.

Problemas relevantes en América Latina. Debe advertirse que los problemas utilizados como ejemplos en las seis categorías expuestas en modo alguno se consideran agotados en relación con sus potencialidades para el debate y la investigación, se han seleccionado solo como ilustraciones relativamente conocidas dentro de su clase. Tal vez esta categorización pudiera resultar metodológicamente útil al participar en las polémicas éticas alrededor de la investigación biológica y el bien común, en cuanto circunscriben el problema y precisan la naturaleza del hecho éticamente enjuiciable que es sometido a análisis. Cada categoría fijaría con claridad el centro de atención, evitándose así discursos colaterales que distraigan

del punto focal al abordar un problema dado; mas no debe perderse la noción de que muchos problemas éticos en relación con las ciencias biológicas pueden implicar, dada su complejidad, más de una de estas categorías. Desde nuestra perspectiva latinoamericana, caracterizada aún por grandes desigualdades sociales, la existencia de grupos étnicos marginados, recursos económicos limitados y mal distribuidos y un relativo retraso científico-técnico, la actitud vigilante y militante de la conciencia ética debe desarrollarse fundamentalmente en relación con los problemas ligados a las categorías I, II, V y VI, donde resultan más evidentes las repercusiones colectivas de las conductas éticamente reprobables. Esto no debe implicar que el pensamiento crítico latinoamericano se margine de las corrientes de discusión que abordan otros problemas que tienen una connotación más circunscrita. Se propone privilegiar la investigación y el debate bioético alrededor de aquellos problemas más relevantes en relación con las características demográficas y socioeconómicas de la región.

Responsabilidades de la bioética latinoamericana.

El volumen de conocimientos acumulado por las ciencias biológicas contemporáneas y su crecimiento explosivo en las últimas décadas, tendencia que deberá acentuarse en el futuro previsible, determina que no puedan abordarse los debates bioéticos en relación con las ciencias biológicas y el bien común a partir exclusivamente de consideraciones generales sobre el bien y el mal y de enfoques principalistas en este campo. Se requiere,

ineludiblemente, la profundización en los elementos técnico-científicos de cada problema particular. Ignorar este requisito puede conducir a debates abstractos y estériles al no contarse con todos los elementos necesarios para abordar estos problemas; o bien a la pérdida, por pecado de superficialidad, de la capacidad movilizadora y normativa de la bioética. Un riesgo adicional es el peligro de manipulación por parte de corrientes científicas e intereses espurios, mediante el uso y abuso de nuestras limitaciones para interpretar de manera adecuada lo que se pretende hacer, eludiendo así sus responsabilidades ante las implicaciones éticas de su actividad. Por ello la investigación y desarrollo en el terreno bioético, en su conexión con la investigación biológica y el bien común, devendrá una fortaleza en la medida que se establezcan las adecuadas corrientes de cooperación y educación mutua entre los especialistas de diferentes disciplinas sociales y biológicas. Se refuerza así el carácter obligadamente multidisciplinario de la bioética latinoamericana de nuestros días.

Referencias

- J. Bacallao, "La presencia de la dimensión ética en el trabajo científico", *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. Vol. 1, Nº 1, 2002. - R. G. Mc Kinnell, "Cloning of Homo Sapiens? No!", *Differentiation* 69 (4-5):150-3, 2002. - T. H. Murray, "In brief: Will new ways of creating stem cells dodge the objections?", *Hasting Center Report* 35 (1):8-9, 2005. - I. Clark, D. Piedra, "Investigación, ética y sociedad", Academia de Ciencias de Cuba, Anales 3. <http://www.cuba.cu/ciencia/acc/anales3.htm>.

Conocimiento y verdad

La *bioética*, según afirma la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* (2005), se ocupa de las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales. Busca reflexionar sobre problemas éticos y establecer juicios que puedan orientar la acción en sentido normativo-prescriptivo. Pero la reflexión y el juicio ético no pueden realizarse sin el adecuado conocimiento de la realidad y teniendo en cuenta las verdades que la medicina y las ciencias de la vida puedan haber alcanzado. El problema del conocimiento y la verdad, sin embargo, tiene sus diferencias si hablamos de ciencia y tecnología (v.) en general o si hablamos de medicina (v.) o de salud y enfermedad (v.) en particular.

Conocimiento científico y conocimiento médico. La concepción tradicional sobre la medicina como conocimiento a partir de la modernidad se desarrolló bajo el objetivo de lograr que la medicina fuera una ciencia. La anatomía de Vesalio y la fisiología de Harvey fueron su punto de partida. Esta concepción transmitía en los profesionales y en la educación médica la idea de que el saber médico manejaba la *certeza de verdades* cuasimatemáticas. Desde esta perspectiva, los juicios de valor y la posibilidad de la ética quedaban excluidos. Pero ya Aristóteles, en el libro VI de la *Ética nicomaquea*, afirma que hay cinco formas de actividad –el arte (*téchne*), la ciencia (*episteme*), la prudencia (*phronesis*), el intelecto (*nous*) y la sabiduría (*sophia*)–, y establece las diferencias entre ellas poniendo varias veces como ejemplo a la medicina: i) La *ciencia* tiene por objeto todo lo que existe por necesidad, es eterno, permite la demostración y da lugar al concepto de lo universal y necesario. ii) El *arte*, es una disposición capaz de producción por imitación o creación y acompañada de razón verdadera donde el fin de la producción –p. ej. la salud– se diferencia de la actividad productora –p. ej. el tratamiento de las enfermedades–. iii) La *prudencia*, en cambio, es la capacidad de decidir lo que es bueno y útil para la gente en general, como la felicidad, y no parcialmente, como la salud o el vigor físico en las que interviene el arte. Por lo cual la prudencia es una disposición o hábito, acompañada de razón justa, dirigida hacia la acción y con referencia a lo que es bueno o malo para el hombre; diferente de la ciencia porque el orden de la acción es susceptible de cambio, y diferente también del arte porque el

fin mismo de la acción en la prudencia es el hecho de obrar bien donde fin y actividad coinciden. Así, la prudencia es el concepto de lo que cambia y es particular y debe determinar cuál es el justo medio de las virtudes morales. iv) La *inteligencia* o entendimiento es la parte del alma que piensa y conoce de manera intuitiva (*noesis*) o discursiva (*dianoia*), y tiene la capacidad de comprender los primeros principios de la demostración de la ciencia y los fines últimos del arte y la acción prudente. v) La *sabiduría*, finalmente, es la máxima perfección de los conocimientos, que es a la vez ciencia e inteligencia, pero de lo que es más precioso o elevado por naturaleza: es distinta del arte y la prudencia, que se ocupan del orden de lo posible y no de lo inmutable, y es distinta de la ciencia, que se ocupa de lo que puede ser demostrado y no de lo que se alcanza también por la razón intuitiva. Pero si algo caracteriza la ética aristotélica, esto es su distinción entre *prudencia* y *sabiduría*, ya que la primera se ocupa de guiar la acción humana y se corresponde, por tanto, con la *vida práctica*, mientras la última, que se ocupa de lo *necesario* y, por tanto, de lo que no puede ser modificado por el hombre, corresponde a la contemplación o *vida teórica*, que es el ideal de vida del sabio. Con estas distinciones clásicas, que por ello al menos no pueden ser ignoradas al momento de considerar a la medicina y las ciencias de la vida como conocimientos sobre cuyas cuestiones éticas haya de ocuparse la bioética, cabe reflexionar entonces acerca de la verdad.

Epistemología médica. El conocimiento y la acción en salud han estado ligados siempre a cuestiones referidas a la verdad de los juicios, pero esas cuestiones nunca se habían visto convertidas –hasta muy recientemente– en problemas auténticamente epistemológicos, propios del quehacer de los profesionales de la salud, y necesarios para poder actuar de una manera justificada. Los problemas referidos al origen, la forma y la justificación del conocimiento solo en época moderna tienen una importancia bien diferenciada de los problemas ontológicos en la propia filosofía, de modo tal que mucho menos podían haberse convertido en problema en el campo de la salud. Progresivamente, sin embargo, las cuestiones del método del conocimiento en salud fueron siendo cada vez más importantes, hasta culminar en la *Introducción al estudio de la medicina experimental* (1865) de Claude Bernard. Puede decirse que desde entonces las preocupaciones epistemológicas en salud fueron trazando un conjunto de problemas más

definido. Pero ha sido en las últimas décadas que los filósofos de la ciencia y los profesionales de la salud han ido encontrando conjuntos de problemas de interés común (v. *Ciencia y tecnología*). La justificación del diagnóstico sobre el estado de salud de un paciente o de una población pueden ser entendidos hoy como problemas auténticamente filosóficos. Ha de empezarse sin duda por la misma definición de salud para la cual la Organización Mundial de la Salud diera una respuesta que, como se sabe, supuso no solo un notable esfuerzo para el progreso en esa búsqueda, sino también una fuente de múltiples críticas a la misma. La definición de muerte que hemos debido reformular a partir de la aplicación sistemática de los trasplantes de órganos como recurso terapéutico, puede ser otro ejemplo de ello. Pero también la pretensión de justificar conceptos como el de *necesidad en salud* (v.), *calidad de vida* (v. *Bienestar. Dolor y sufrimiento*), *medios ordinarios de tratamiento*, y tantos otros.

Explicación y predicción en salud. En ese marco, sea por inferencia tradicional o interpretativa, recurriendo o no a la informática, los profesionales de la salud para tratar de alcanzar la verdad de su conocimiento dan una *explicación* del sentido que tienen los datos registrados en cuanto al estado de salud. Ellos interpretan tanto los datos de la realidad de un paciente individual como los datos de la realidad sobre las condiciones de salud de un país o del mundo. Pero la característica diferencial de ese momento de búsqueda de la verdad es que el clínico o el político relacionan los datos unos con otros, establecen taxonomías y ven hasta qué punto los datos registrados están de acuerdo con alguno de los sentidos que se conocen para esa combinación. Tos, expectoración hemoptoica, febrícula y pérdida de peso pueden sugerirle a un clínico la tuberculosis pulmonar. La combinación del porcentaje de población alfabetizada, esperanza de vida al nacer, porcentaje de niños inmunizados, profesionales de la salud por habitantes y gasto en salud de un país determinado, pueden sugerirle al político que se encuentra ante un grado de desigualdad muy alta en una determinada población. Pero en cualquier caso ambos querrán explicar la realidad que antes describieron. Para Schuster (1982), a diferencia del describir que "... implica señalar aspectos reconocibles o signos característicos de las cosas", "... explicar es subsumir, incorporar un hecho bajo un enunciado general". De todos modos, aunque se habla de diferentes tipos de explicación (causales, hipotético-deductivas, estadístico-inductivas, funcionales y genéticas, entre otras), de lo que se trata aquí es de buscar las leyes que incluyen a los hechos cuya definición hemos trazado en la exploración de hechos y valores. Pero no basta la explicación, sino que en la búsqueda del

conocimiento y la verdad elaboramos asimismo una *predicción* del estado de salud de individuos o grupos. Se trata de anticipar el curso que ha de seguir el estado de salud de un individuo o de una población sin ningún tipo de intervención, lo que se conoce como el *curso natural* de la enfermedad o de las condiciones de salud, así como las diversas alternativas de desarrollo posibles en el tiempo si media uno u otro tipo de acción sobre dicho estado. Predicciones hace tanto el clínico que formula un *pronóstico* como el político que ha de distribuir los recursos e imagina los *escenarios* posibles para hacerlo. Estas predicciones son tanto de cursos probables objetivos como subjetivos. Y es tan compleja la predicción que puede surgir a partir de las leyes encontradas por la interpretación de los datos que otorga la genética para un individuo, como pueda serlo la predicción que puede hacerse luego de una explicación de las condiciones de salud de un país determinado al considerar su índice de necesidad en salud. A diferencia de la explicación, al predecir contamos ya con las leyes que hemos encontrado con aquella y deducimos a partir de ellas los hechos a producirse. El aspecto característico de la aplicación de las leyes generales en salud, a diferencia de la biología básica, es que esas aplicaciones están orientadas a la realización de uno u otro tipo de acción por los sujetos que intervienen y no simplemente a afirmar qué es lo que sucederá en el futuro de una manera neutra. Para este último caso necesitamos saber que en la actualidad existen todas las condiciones necesarias para que se produzcan determinadas consecuencias futuras (v. *Explicación y determinismo en ciencias de la vida*). En cambio, al considerar en el campo de la salud si determinada situación puede modificarse, hay que introducir como una variable esencial de las consecuencias futuras a las decisiones de los actores en esa situación (v. *Toma de decisiones médicas*). Un trabajo continuo en bioética es tratar de hacer ver a los profesionales el aspecto *probabilístico* del conocimiento en biología y la *incertidumbre* en la que se mueve la toma de decisiones en el campo de la salud. Por eso, introducir el concepto de *probabilidad e incertidumbre* (v.) para incorporarlo a la reflexión en el momento de tomar decisiones de vida o muerte, de salud o enfermedad, etc., es fundamental para una visión más coherente de la práctica en salud.

La construcción de la verdad. El grado más activo de la tendencia a la persistencia de los sistemas de ideas –sostenía Fleck (v. *Ciencia y tecnología*)– lo constituye la ficción creativa, esto es, la realización mágica de las ideas, el interpretar que se han cumplido los propios sueños científicos (v. *Construcción mítica de la realidad*). Un ejemplo para él, era el de la pretensión de Moraldi de encontrar una perfecta regularidad en los ángulos de

las celdillas construidas por las abejas, dirigida a lograr un receptáculo que diera el mayor contenido con la menor superficie, intento que terminara desacreditado por Mach. Un segundo ejemplo era la respuesta dada por Bartum sobre una ilustración de Vesalio a la pregunta: ¿por qué vías entra la semilla femenina de la fertilidad durante su eyaculación, si el útero está tan herméticamente cerrado que ni siquiera una aguja puede entrar en él? Dicha respuesta –ficticia– era: “mediante una rama que parte del conducto eyaculatorio y se inserta en el cérvix uterino, como muestra la figura”. Esa tendencia a la persistencia de las ideas hacía que el colectivo de pensamiento fuera el portador del estilo de pensamiento. De acuerdo con un determinado estilo, predominaba una única solución a un problema concreto determinado y a esa solución se la denominaba *verdad*. No se trataba de una *verdad relativa ni subjetiva* en el sentido de que el mismo pensamiento fuera verdadero para A y falso para B, ya que si A y B pertenecían al mismo colectivo de pensamiento entonces tal solución será verdadera o falsa para ambos y si pertenecían a distintos colectivos entonces estarían determinados por distintos estilos de pensamiento y ya no estaría hablándose del mismo pensamiento. La verdad resultaba ser entonces –para Fleck– una coerción marcada por el estilo de pensamiento. A su vez, cuando a la libre arbitrariedad del pensamiento se le oponía una *señal de resistencia*, a esto se le llamaba *hecho*, que tenía con el colectivo una triple relación: 1. todo hecho responde a los intereses intelectuales de un colectivo de pensamiento –jurídico, estético, científico–; 2. la resistencia debe tener eficacia dentro del colectivo y ejercer coerción y resultar experienciable en cada componente del mismo; 3. el hecho se expresa en el estilo de pensamiento del colectivo.

El concepto de inconmensurabilidad. Kuhn veía en aquello un esquema simple y convincente del descubrimiento científico, donde la novedad surge dificultosamente contra la resistencia que ofrece el fondo de lo esperado y la percepción de la anomalía abre paso al ajuste de los conceptos hasta que lo anómalo se haya convertido en lo previsto completando así el descubrimiento y la noción de verdad en torno al mismo. La superioridad de una teoría sobre otra no puede demostrarse en el debate y se apela entonces a la persuasión, ya que no hay un algoritmo neutral para la elección. Es la comunidad de especialistas –y no sus miembros individuales– la que decide que un conjunto de argumentos tiene más peso que otro. Para lograr que aquellos que perciben una misma situación

de modo diferente puedan ponerse de acuerdo hace falta que se reconozcan como miembros de comunidades lingüísticas diferentes necesitados de la traducción de una teoría o lenguaje a otro. Esa traducción no será apropiación –algo que solo puede hacerse convirtiéndose en miembro de la otra comunidad–. Este concepto kuhniano de *inconmensurabilidad local o parcial* en orden a ofrecer un marco de comprensión de las implicancias que la filosofía contemporánea de la ciencia tiene para la medicina (Veatch y Stempsey, 1995). Así se han distinguido cuatro pasos en el proceso de traducción de la ciencia médica a las decisiones clínicas sobre los cuales la inconmensurabilidad puede estar jugando un papel: la construcción de la ciencia, la apropiación de los hallazgos científicos por el médico clínico, la transferencia de estos hallazgos desde el clínico hacia el paciente, y la elección de un régimen de tratamiento. La visión del mundo de aquellos que construyen las teorías científicas puede cargar de valores al proceso, así como la interpretación que los médicos hacen de los hallazgos científicos. Puede haber asimismo un aspecto inconmensurable en la comunicación de la información médica a los pacientes, y en los valores de médicos y pacientes que están en juego en cada decisión de tratamiento. Esto indicaría que ningún paso de la práctica médica, y ni siquiera de la investigación médica, estaría exento de valores. Pero esto no implicaría relativismo, ya que algunos informes científicos pueden ser considerados mejores que otros aunque el dar cuenta de *cómo* son mejores requiera análisis más profundos (v. *Indecidibilidad*). No obstante, si bien un científico se ocupa de observar los fenómenos típicos de la realidad, los médicos han de ocuparse de estudiar los fenómenos atípicos de la realidad del cuerpo humano del que se ocupan. ¿Qué relaciones puede obtener el médico en orden a alcanzar una comprensión racional de su objeto? Las relaciones de causalidad de los fenómenos mórbidos no establecen resultados siempre proporcionales e idénticos, toda vez que en biología es posible encontrarse con una reacción antagónica al efecto esperado de una causa determinada (v. *Explicación y determinismo en ciencias de la vida*). ¿Cómo intentar entonces aplicar una ley general a fenómenos irregulares? El problema del conocimiento y la verdad en la medicina y las ciencias de la vida de las que se ocupa la bioética se muestra así en toda su complejidad (v. *Bioética y complejidad*) y así debe tratarse para no proponer o practicar una bioética confusa u oscura.

[J. C. T.]

Construcción mítica de la realidad

Leandro Pinkler (Argentina) - Universidad de Buenos Aires

El mito como forma simbólica. Más allá de la oposición entre *mythos* y *logos*, que supone una cosmovisión primitiva superada por la razón, el siglo XX se ha caracterizado por tomar el mito en serio, en dirección contraria a la utilización vulgar de la palabra mito, que hace de él un cuento falso. En efecto, tanto la antropología como el psicoanálisis y la filosofía han visto en el mito una construcción simbólica que testimonia aspectos de la realidad no asequibles a la razón. Así como una autopsia determina una descripción veraz de la muerte en la que no están presentes las dimensiones más profundas que este hecho involucra, la visión del mundo propia de la Ilustración y del Positivismo –siglos XVIII y XIX– tan efectiva en muchos aspectos, ha sido complementada por esta recuperación del mito en los estudios contemporáneos. Los testimonios de la mitología encierran un conocimiento acerca de las situaciones esenciales y arquetípicas de la condición humana: el origen del mundo y del hombre y sus instituciones, la sexualidad, la muerte y las abismales dimensiones de la *psique*. De tal manera, a diferencia de la despojada descripción *objetiva* del discurso *lógico*, el mito incluye la disposición del sujeto y sus afecciones y profundiza en la visión de lo real.

El significado de la palabra mito. El término *mythos* en el uso originario de la lengua griega equivale simplemente a *palabra* y *discurso*, pero en su posterior oposición con *logos* –cuyo primer significado es exactamente el mismo de *discurso*– queda con la connotación de *relato tradicional evocador de un suceso pasado*; en cambio el *logos* se define por su carácter argumentativo –Platón, *Protágoras* 320 c, 324 d–. El aspecto denominado *tradicional* alude al hecho de que el mito no es una creación individual, sino de índole colectiva, y como tal ha sido el vehículo por el cual se han transmitido los valores y las creencias de todos los pueblos, como ya lo notaba Schelling en su *Filosofía de la mitología* (1841) cuando afirmaba la profundidad, duración y universalidad del mito. Pues al hablar del mito en estos términos –es decir, como un relato que mediante construcciones simbólicas transmite los valores y las creencias de un pueblo– se incluye en esta categoría todas las tradiciones.

La interpretación del mito. La interpretación del mito ha sido emprendida desde diversas perspectivas. La introducción de la noción de *inconsciente* por la elaboración de Freud, en especial desde su obra *La interpretación de los sueños* (1900), produjo una nueva dinámica hermenéutica en la que –de acuerdo con las palabras de su discípulo

Abraham– “*el sueño es el mito del individuo, el mito es el sueño de un pueblo*”. Por su parte, el etnólogo Malinowski, en *Myth in Primitive Psychology* (1926), ha sostenido que “*el mito en su forma original no es simplemente la narración de un cuento, sino una realidad viviente que se cree acaecida en los tiempos primordiales*”. Pero si para Malinowski el mito es la referencia que instaura una realidad histórico-social de un pueblo particular, los estudios posteriores se han encaminado en dirección a su carácter simbólico de naturaleza universal. Tal es la visión de Kerényi y Jung en *Introducción a la esencia de la mitología* (1941), que afirman que el mito es, como la música, una actividad autónoma y esencial del ser humano en tanto “*simboliza una realidad que no podría ser expresada de otra manera*”. También la obra de C. Lévi-Strauss, dentro de la metodología del estructuralismo, ha subrayado el carácter autónomo del mito y la existencia de “*estructuras psíquicas universales e idénticas*” en él manifiestas. Y asimismo la elaboración de M. Eliade ha mostrado con riquísimos materiales cómo cada cultura construye su mundo –como horizonte último de significado– a partir de sus propios mitos. De modo que este *relato tradicional* que es el mito constituye en sí mismo *una forma simbólica* que necesita una clave hermenéutica para llegar a su núcleo de significado, y en este sentido cada época y cada cultura poseen sus mitos en la medida en que el mito transmite un conjunto de creencias y valores que constituyen la *Weltanschauung* –*la visión del mundo*– propia de una colectividad.

Referencias

Francisco García Bazán, *Aspectos inusuales de lo sagrado*, Madrid, Trotta, 2000. - Mircea Eliade. *Aspects du mythe*, Paris, 1963; Trad. cast. *Mito y realidad*, Barcelona, Labor, 1968. - Karl Gustav Jung, Kart Kerényi, *Einführung in das Wesen der Mythologie*, Amsterdam, 1941; Trad. cast *Introducción a la esencia de la mitología*, Madrid, Siruela, 2004. - J. P. Vernant, “Razones del mito”, en *Mito y sociedad en Grecia antigua*. - E. Cassirer, *Filosofía de las formas simbólicas*, v. II. - Malinowski, B., *Myth in Primitive Psychology* (1926). C. Lévi Strauss, *Antropología estructural*, 1958. - G. Gadamer, *Mito y razón*, 1987. Platón. *Protágoras* 320 c, 324 d.

Perspectiva y verdad

Claudio Cohen (Brasil) - Universidad de São Paulo

Perspectiva. El ser humano es el único animal que puede tanto destruir como cuidar de su semejante y del planeta, por cuanto esta decisión puede ser tomada sin estar vinculada a ninguna ley natural. Desde esta perspectiva, el ser humano se ocupa

tanto de su dolor y de su sufrimiento como de los de su prójimo, a través de reconfortar o de tratar el desconsuelo. Una forma de enfrentar estas situaciones es tratando de conocer el futuro; otra forma de soportar estos conflictos, en el área de la salud, es tomando decisiones de atención, describiendo las señales (diagnóstico), su curso (perspectiva) y su ocurrencia (frecuencia). Hablar en perspectiva significa hablar del futuro, del cual no tenemos ninguna memoria y menos todavía el conocimiento. En este sentido el psicoanálisis nos presta algunas contribuciones, por ejemplo, el concepto de *idea catastrófica*, propuesta por Freud, utilizadas por la religión, por muchos ambientalistas, por algunos políticos, algunos físicos, químicos o biólogos, etc. Esta idea catastrófica prevé que en el futuro el mundo será destruido por los propios seres humanos. Como ejemplo de perspectivas puede pensarse en la previsión que Thomas Malthus hizo respecto a la falta de comida para la humanidad: fue una perspectiva aceptada, aunque no pudo prever el futuro que permitiría el desarrollo de la ciencia. Otro ejemplo histórico de perspectiva lo tenemos en Galileo, que anticipó supuestos científicos que fueron rechazados por la Iglesia aunque eran acertados. La perspectiva puede ser entendida entonces como una comprensión del pasado, una profecía sin previsión, o apenas una proyección de deseos humanos. Por tanto, cuando hablamos de perspectivas, hablamos de lo que Bion llamó *memorias del futuro*. Esta elección de una memoria se dará frente al tipo de perspectiva que iremos a pronosticar. Frente al futuro: ¿cómo conoceremos la verdad? Para pensar esto es de fundamental importancia saber cuál será el vértice de observación que vamos a privilegiar entre varios posibles: a) La elección del tiempo: por ejemplo, hasta 1700 la expectativa de vida era de 30 años; actualmente esta expectativa de vida es de 75 años; b) La elección de las teorías: por ejemplo, teorías religiosas, científicas o eclécticas; c) La elección de los hechos observados: por ejemplo, en medicina predictiva qué tan confiables son los tests genéticos prospectivos, cuáles son los beneficios y los perjuicios de esos tests; d) La elección de quién decide cuáles son los representantes que irá a investigar la perspectiva: por ejemplo, cuáles son los laboratorios que ofrecen tests predictivos confiables que puedan evitar errores en su prospección. La perspectiva se dará entonces según un supuesto científico que habremos de elegir o según la autoridad de quien predice. Otra forma de aceptar la perspectiva puede darse aceptando el uso de una intuición, o si se toma como una posibilidad estadística, o de un juego, en un determinado tiempo y espacio, o aun considerando la percepción que algún artista tenga del futuro.

Verdad. "La verdad existe. Solo se inventa la mentira" (Braque); "La mentira es la religión de los esclavos y de los patrones" (Gorki); "La violencia no existe y no puede existir por sí sola; ella está inevitablemente entrelazada con la mentira" (Solzhenitsyn). La verdad del conocimiento científico siempre resulta falsable y la verdad revelada solo dicen tenerla las religiones. Por tanto, solo podemos alcanzar perspectivas parciales o medias verdades. El conocimiento científico de la verdad respecto a la anatomía humana, iniciado en el Renacimiento con Leonardo, no nos permitió localizar en qué parte del cuerpo se localiza el alma. Y no será el mapeo del genoma humano el que nos mostrará en qué gen se encuentra localizado el lado humano del individuo. Las neurociencias también pretendieron alcanzar una verdad indiscutible al surgir como un intento de integrar esa aparente división científica del ser humano en mente, cerebro y alma. Así aproximaron las ciencias naturales al humanismo en la tentativa de comprender la complejidad de los procesos de humanización, en especial el de la conciencia humana. Sobre este contexto, en bioética lo importante no es saber la verdad sobre el futuro, aunque sí deberíamos saber cómo caminar hacia el futuro de una forma ética, reconociendo los límites del ser humano, su responsabilidad social y sus conflictos. Deberíamos aceptar que el deseo de conocer la verdad es algo inherente al ser humano y que ese deseo en sí no tiene carácter ético; que podemos aprehender apenas el presente, del pasado tenemos algunas memorias y del futuro nada conocemos; que la libertad no es hacer solo lo que se quiere hacer, sino hacer lo que se puede, sabiendo que sus fines serán éticos o no éticos. Deberíamos reconocer y respetar las diferencias aceptando y elaborando nuestros conflictos de manera intersubjetiva con noción de función social y de relaciones humanas, y aceptando la responsabilidad que nuestros actos nos traen.

Referencias

Wilfred R. Bion, *Cogitaciones*, Valencia, Ed. Pomolibro, 1996. - Wilfred R. Bion, *Uma memoria do futuro: o sonho*. São Paulo, Ed. Maritns Fontes, 1989. - Claudio Cohen, *Bioética & Sexualidade nas realções profissionais*. São Paulo, Associação Paulista de Medicina, 1999. - Sigmund Freud, *La negación* [1925], *Inhibición, Síntoma y Angustia* [1926], *El porvenir de una ilusión* [1927], Buenos Aires, Amorrortu, Vols. XIX, XX y XXI.

Probabilidad e incertidumbre

León Olivé (México) - *Universidad Nacional Autónoma de México*

Principales concepciones filosóficas sobre la probabilidad. El concepto de *probabilidad* se ha asociado

desde la Antigüedad a la falta de certidumbre, considerando la probabilidad como la medida de la cercanía o la lejanía de la certidumbre. Desde el punto de vista matemático se ha desarrollado desde el siglo XVII un riguroso cálculo de probabilidades, al que han contribuido notables pensadores y matemáticos como Pascal, Fermat, Huygens, Bernoulli, Laplace y Kolmogorov. Este cálculo permite hacer inferencias acerca de probabilidades a partir de otras probabilidades previamente conocidas o supuestas. Esto resulta en una guía importante para tomar decisiones, por ejemplo, en relación con los juegos de azar y las apuestas –problemas en relación con los cuales se comenzó a trabajar en el cálculo–, pero pronto se encontraron sus aplicaciones en otros terrenos, como en los seguros y las finanzas, y de hecho se ha convertido en una herramienta muy útil en todas las ciencias, y desde luego en la medicina y en las ciencias de la vida. Sin embargo, la interpretación filosófica del concepto de probabilidad ha sido históricamente tema de intenso debate, el cual continúa hasta la fecha. Como suele ocurrir con conceptos filosóficamente importantes, cada una de esas diferentes interpretaciones apunta hacia un sentido pertinente del concepto, y resulta difícil afirmar que existe solo un sentido que sea el único correcto, de modo que existen varios sentidos o, mejor dicho, existen varios conceptos de probabilidad.

1. *El enfoque modal.* En su sentido más general y cotidiano, el concepto de probabilidad se utiliza como un término modal: “¿Lloverá mañana?”. “No lo sé, pero es probable”. La probabilidad, bajo este enfoque, no se atribuye objetivamente al suceso del que se habla, sino que señala la ausencia de certeza por parte de quien lo aplica. El concepto se refiere al conocimiento del sujeto que hace la afirmación. Desde este punto de vista la probabilidad no se entiende como un concepto métrico, es decir, como un concepto que permite asignar un valor numérico dentro de cierta escala al objeto del dominio al cual se aplica, sino como un mero dispositivo lingüístico. Esta es una concepción *subjetivista* de la probabilidad que apunta hacia el uso asistemático, impreciso y no cuantificable del término, por lo que carece de interés científico.
2. *Medida de la confianza.* En la misma línea de concepciones subjetivistas de la probabilidad, pero entendiéndolo como un concepto métrico, la probabilidad se ha concebido como una medida de la confianza de un sujeto en que un cierto suceso realmente ocurrirá. Este enfoque fue defendido especialmente por Bruno de Finetti y Frank Ramsey en la década de 1930. La idea básica es que la probabilidad p que atribuye una persona a un suceso E es la razón (en el sentido matemático de cociente) de acuerdo con la cual está dispuesta a apostar la suma pS a favor de la ocurrencia de E , donde S es una cantidad

arbitraria. El valor numérico de la probabilidad mide, en este caso, exclusivamente la confianza de la persona acerca de la ocurrencia del suceso E , y no pretende medir ninguna relación objetiva entre sucesos del mundo. Sin embargo, De Finetti desarrolló un cálculo para la toma de decisiones racionales relativas a la ocurrencia de sucesos que sabemos que no necesariamente tienen que ocurrir, como en el caso de las apuestas. Para ello introduce una fuerte restricción sobre las relaciones de las probabilidades que una persona debe asignar a la ocurrencia de un suceso y a su no ocurrencia, que llamó *principio de coherencia*. El principio estipula que las probabilidades que asigne una persona a un suceso no pueden ser tales que si se compromete a apostar según ellas el contrincante pueda estar seguro de ganarle, o sea que la persona pierda dinero cualquiera que sea el resultado (que ocurra el suceso E o que no ocurra). De este modo, aunque aparentemente De Finetti estaba explicando un concepto de probabilidad bajo una perspectiva personalista y subjetiva, en realidad desarrolla el cálculo matemático bajo restricciones racionales. Es decir, si alguien quiere apostar de manera racional, debe ajustarse a las restricciones del cálculo y apostar de acuerdo con los teoremas que se establecen en él.

3. *La interpretación logicista* asume que los enunciados probabilísticos no expresan nada acerca del mundo, sino que la probabilidad representa una relación lógica entre enunciados, a saber, entre un enunciado que describe el suceso en cuestión, y enunciados que describen cierta evidencia. Este enfoque fue defendido, entre otros, por J. M. Keynes y R. Carnap, y se centra en el análisis del grado de certidumbre que es posible tener a partir de las hipótesis establecidas.
4. *La probabilidad como propensión.* A diferencia de las concepciones anteriores, que consideran a la probabilidad como meramente subjetiva, o como una cuestión de ajuste a determinadas normas y relaciones lógicas, es decir, como un asunto de racionalidad, otro enfoque, defendido vigorosamente por Karl Popper, considera que las probabilidades son físicamente reales. La probabilidad es la medida de la propensión, es decir, de la tendencia o de la disposición de los sistemas reales para tomar ciertos estados.
5. *Otras concepciones,* más que elucidar el concepto de probabilidad, descansan en las formas en las que es posible hacer asignaciones numéricas a las probabilidades. Entre ellas se encuentra la *teoría de la frecuencia*, defendida por Cournot en el siglo XIX y desarrollada por H. Reichenbach y R. von Mises en el XX. La idea básica es que la probabilidad de un suceso es la frecuencia relativa con la que efectivamente ocurre ese suceso en relación con la totalidad de los casos en los que podría ocurrir. Von Mises refinó esta idea e identificó la probabilidad como el límite (en sentido matemático) al

cual tiende la sucesión formada por los cocientes que indican la frecuencia relativa de ocurrencias del suceso en relación con el número de casos en los que sería posible que ocurriera. Así, por ejemplo, decimos que la probabilidad de obtener una cara al arrojar una moneda al aire es $\frac{1}{2}$, porque a la larga el número de veces que obtenemos una cara se acerca a la mitad del número de intentos. Se dice entonces que $\frac{1}{2}$ es el límite al cual tiende la sucesión y, por tanto, que esa es la probabilidad de obtener una cara. La *teoría del rango* sugiere una definición de la probabilidad para el caso en que se tienen varias alternativas que se consideran igualmente posibles porque la evidencia disponible no ofrece ninguna razón para considerar lo contrario. Si n es el número total de posibles alternativas, entonces la probabilidad de cada una de ellas es $1/n$. Por ejemplo, la probabilidad de que salga un seis al tirar un dado que no tenemos por qué suponer que está cargado, es $\frac{1}{6}$.

Sistemas científico-tecnológicos, incertidumbre, riesgo y responsabilidad. Independientemente de la concepción filosófica que se prefiera sobre el concepto mismo de probabilidad, en especial que se acepte que las probabilidades pueden existir realmente en el mundo, o que se deben siempre a limitaciones gnoseológicas de los seres humanos, las formas de asignar probabilidades como las que ejemplifican las teorías de la frecuencia y del rango pueden ser muy útiles, y el cálculo de probabilidades constituye un instrumental matemático útil en muchas ocasiones para enfrentar situaciones de incertidumbre. Sin embargo, la incertidumbre no siempre está asociada a probabilidades, y por tanto el cálculo de probabilidades es una herramienta de la que no puede hacerse uso en muchas situaciones porque no siempre pueden conocerse las probabilidades de la ocurrencia de cierto suceso. Esto es frecuente con respecto a sucesos que pueden ser el resultado de la operación de los sistemas tecnológicos y científico-tecnológicos que típicamente plantean problemas a la bioética, como es el caso de la administración de fármacos, intervenciones quirúrgicas, manipulaciones genéticas, liberación al ambiente de organismos genéticamente modificados, etc., donde las situaciones son de gran complejidad debido a las interacciones entre una multiplicidad de sistemas y a la amplia cantidad de factores que intervienen en la realización de un suceso. Ante la imposibilidad de conocer las probabilidades se requiere entonces tomar medidas distintas para contender con tales situaciones desde un punto de vista éticamente aceptable. En efecto, una de las características de los sistemas tecnológicos y científico-tecnológicos es que en virtud de su propia naturaleza producen en su entorno –social y ambiental–, efectos a corto, mediano y largo plazos, muchos de los cuales

son significativos para los seres humanos, y con frecuencia son imposibles de predecir en el momento de la puesta en funcionamiento del sistema (por ejemplo, al liberar al ambiente un organismo genéticamente modificado). Esto quiere decir que los sistemas tecnológicos y científico-tecnológicos generan situaciones de riesgo, de incertidumbre y muchas veces de ignorancia. Una situación de riesgo es aquella en la que se pone en juego algo valioso para los seres humanos a partir de ciertas consecuencias posibles de la acción o de la operación de cierto sistema, y se conocen las probabilidades de que ocurra cada uno de los resultados. Una situación de riesgo es además de incertidumbre, si se desconocen las probabilidades con que pueden ocurrir esos sucesos. Una situación es de ignorancia si ni siquiera se conocen los sucesos posibles que pueden ocurrir como consecuencia de una acción o de la aplicación de un sistema. El riesgo solo existe si hay seres humanos que tengan razones para considerar como posible el suceso que, sin embargo, no pueden predecir con certeza, pero cuya ocurrencia afectaría algo valioso para una persona o para un grupo de seres humanos. La ocurrencia del suceso, además, o bien resulta de una decisión humana de actuar de cierta manera, o bien su ocurrencia tiene ciertas consecuencias debidas a que algunas personas omitieron ciertas acciones. Por consiguiente, los daños causados en una situación de riesgo son imputables a ciertos agentes, a quienes puede y debe exigirse responsabilidades, morales y jurídicas, entre otras. En las sociedades contemporáneas, además, los riesgos son omnipresentes y su distribución conduce muchas veces a conflictos que plantean cuestiones de justicia social.

Evaluación del riesgo. Como corolario se sigue que la identificación del riesgo, su estimación y valoración, así como su aceptabilidad y gestión, visto todo esto como un continuo y no como compartimentos estancos, necesariamente dependen de valores. Aunque no todos los valores involucrados son de tipo ético, existe un problema ético en las formas de enfrentar los problemas del riesgo que generan los sistemas tecnológicos y tecnocientíficos. Pues la información y el conocimiento pertinentes para la identificación, estimación y gestión del riesgo siempre dependen de un contexto, de la posición de quienes evalúan, de sus fines, intereses y valores, y esto es inevitablemente una cuestión de ética. Las percepciones del riesgo están íntimamente ligadas a la forma en que los seres humanos, desde diferentes posiciones y puntos de vista culturales, comprenden los posibles fenómenos que constituyen los riesgos. No hay una única manera correcta de comprender y estimar el riesgo. Esto es algo que muchas veces se oculta mediante la tradicional asociación del lenguaje del

riesgo solo con el mundo de la economía, del comercio, de las finanzas, de los profesionales de la medicina y de las compañías de seguros. Desde este punto de vista se sostiene engañosamente que la percepción del riesgo implica una relación particular con un futuro desconocido cuya posibilidad, de llegar a realizarse, podría calcularse mediante extrapolaciones de ocurrencias pasadas, es decir, aplicando la *teoría de la frecuencia*. De esa manera se pretende reducir la evaluación del riesgo a una cuestión de cálculo que debe quedar solo en manos de expertos. Esta interpretación del riesgo cumple una función ideológica al ocultar que la estructura misma de las situaciones de riesgo pueden incluir interacciones muy complejas entre sistemas de diferente tipo, de manera que la frecuencia relativa de ocurrencias pasadas resulta insuficiente para asignar probabilidades, ni pueden saberse de antemano todos los posibles resultados, por lo cual tampoco es aplicable la *teoría del rango*.

Toma de decisiones éticas y participación de los posibles afectados. En situaciones de incertidumbre y de ignorancia, como las que generan muchos sistemas tecnológicos y científico-tecnológicos de las ciencias y las tecnologías de la vida, el manejo éticamente correcto sería ante todo reconocer que se trata precisamente de situaciones en las cuales se desconocen las probabilidades de las ocurrencias de las posibles consecuencias de ciertas acciones o de la operación de determinados sistemas, y más aún, que a veces ni siquiera es posible saber cuáles serían todas las consecuencias posibles. Cuando se trata de evaluar los riesgos de la aplicación de sistemas tecnológicos y científico-tecnológicos, la liberación de un organismo genéticamente modificado al ambiente, por ejemplo, o cuando se va a intentar un tratamiento médico, y cuando se trata de tomar decisiones acerca de cómo proceder en tales situaciones, es preciso reconocer que hay en juego diversos intereses y valores, por lo que en la estimación del riesgo, y en la decisión de cómo vigilarlo y, sobre todo, controlarlo, deben participar todos los interesados. En situaciones como las de la liberación de OGM al ambiente es preciso que participen científicos naturales y sociales, tecnólogos, humanistas, comunicadores, empresarios y políticos, así como ciudadanos y todas las personas cuyas vidas pueden ser afectadas. Esto no significa desconocer que diferentes grupos tienen un acceso diferenciado a la información pertinente, al saber especializado y a ciertos recursos necesarios para conocer y evaluar las consecuencias de la tecnología. Pero sí quiere decir que cuando se trata de evaluar resultados y decidir acciones en torno a un sistema científico-tecnológico que afecta a la sociedad o al ambiente, la visión y las conclusiones de cada sector serán necesariamente

incompletas, y ninguno tiene un privilegio que justifique su participación a costa de excluir otros sectores que pueden aportar puntos de vista valiosos y pertinentes.

Referencias

Bruno de Finetti, *Teoria delle Probabilità*, 1970. - John M. Keynes, *Treatise on Probability*, 1921. - Ludwig von Mises, *Human Action. A Treatise on Economics*, 1949.

Indecidibilidad

Silvia Rivera (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

Antecedentes del concepto. El concepto de *indecidibilidad* surge en el campo de las ciencias formales, con más precisión, como corolario del teorema enunciado por Kurt Godel en la década de 1930. Este teorema muestra que en las teorías formales hay proposiciones de las que no pueden demostrarse su afirmación ni su negación. Es decir que en ningún caso es posible construir un sistema de cálculo completo y consistente al mismo tiempo, porque habrá siempre una proposición cuya verdad y falsedad quede indeterminada y esto con independencia de la sofisticación o complejización del formalismo utilizado.

Ludwig Wittgenstein y la indecidibilidad de las reglas. El filósofo austríaco Ludwig Wittgenstein (1889-1951) plantea en sus últimos escritos interesantes observaciones en relación con las paradojas que se presentan a la hora de seguir una regla. Entre todas las reglas posibles son las de la matemática las que concentran su atención de modo especial, por el carácter verdadero y necesario que les otorgamos y por el lugar de privilegio que ocupan en la articulación de nuestro mundo, tanto físico como social. La posición de Wittgenstein se basa en destacar el carácter práctico de las reglas que funcionan como orientadoras de conductas. La cuestión es que las reglas carecen de un contenido cognitivo que determine de antemano la secuencia correcta que implica seguirlas efectivamente. De este modo se radicaliza la contingencia. Las reglas son por definición incompletas y ambiguas y esto en ningún modo se debe a un conocimiento limitado del hombre. Aun cuando existiera un ser omnisciente no podría aprehender el contenido a priori de las reglas simplemente porque no lo poseen. Según un ejemplo inspirado en el análisis que Saul Kripke realiza del planteo wittgensteiniano, podemos comenzar una serie numérica 1, 2, 3, 4... y pedir a alguna otra persona que continúe, la respuesta espontánea será sin duda 5, 6, 7, 8... Sin embargo, es posible aducir que esto es erróneo, porque la serie original era 1, 2, 3, 4; 9, 10, 11, 12; 17, 18, 19, 20....

Aun así la serie puede ser siempre modificada, argumentando que la secuencia en cuestión era solo del 1 al 20, modificándose del 20 al 40, y así sucesivamente. Es decir que hay múltiples maneras de construir una serie y que son múltiples sus criterios de corrección. Las reglas se presentan entonces como *indecidibles* en términos de su propia estructura formal. Desde esta perspectiva, la regla no será ya la realización de una racionalidad estructural, sino un acto de construcción radical, pero no individual sino colectivo, es decir, social. Es el intercambio social el que fija los criterios de corrección de las reglas, y a partir de ellos inventa un contenido para esas reglas.

El concepto de indecidibilidad en el campo de la teoría social. Ernesto Laclau, filósofo argentino radicado en Essex, es quien –inspirándose en las reglas matemáticas de Wittgenstein– ubica el concepto de indecidibilidad en el centro de su análisis de las relaciones sociales, del sujeto y la libertad. Laclau presenta a la sociedad como una estructura fallada, que no logra completarse como objeto total y, por tanto, tampoco alcanza a determinar por completo al sujeto que se constituye en relación con ella. El sujeto, cuya identidad se establece a través de decisiones tomadas en el marco de la estructura dislocada, se presenta entonces como el estrecho margen existente entre la estructura indecidible y la decisión. Está claro que la decisión tomada a partir de una estructura indecidible es contingente, esto quiere decir que no está determinada de antemano y que, por tanto, puede considerarse *libre* siempre dentro del espectro de posibilidades dadas por la estructura en cuestión.

Consecuencias éticas que se siguen del análisis del concepto de indecidibilidad. Es propio de la bioética tomar decisiones capaces de orientar la conducta en campos profesionales específicos. Esas decisiones son tomadas por personas que han sido parcialmente determinadas por el conjunto de relaciones sociales en las que se insertaron a lo largo de su vida. Sin embargo, por tratarse de un pleo social entendido como dislocado o fallado, no alcanza para determinar de un modo absoluto las reacciones de hombres y mujeres, sino que deja un margen de libertad que se manifiesta en la actualización por parte del sujeto de algunas de las posibilidades previstas por la situación estructural. La fundamentación de la decisión tomada nunca puede ser absoluta, es decir, estructurada de acuerdo con el modelo de la demostración lógica. Y esto no solo por las notas distintivas del campo ético, sino por la propia racionalidad formal que incluye en su centro mismo al concepto de indecidibilidad. De todos modos, que una decisión sea en última instancia *arbitraria*, es decir, que no pueda ligarse a razones de un modo necesario, no

quiere decir que no sea *razonable*, es decir que un conjunto de argumentos sin valor apodíctico no la hagan preferible a otras decisiones (Laclau, 1993).

Referencias

Saul Kripke, *Wittgenstein, reglas y lenguaje privado*, México, UNAM, 1989. - Ernesto Laclau, *Nuevas reflexiones sobre la revolución de nuestro tiempo*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1993. - Ludwig Wittgenstein, *Investigaciones filosóficas*, Barcelona, Crítica, 1988.

Pragmatismo

Daniel Kalpokas (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

Pragmatismo, instrumentalismo y verdad. El *pragmatismo* nunca ha sido, ni es actualmente, un movimiento filosófico homogéneo. Desde un principio, las diferencias teóricas entre los clásicos del pragmatismo –Peirce, James, Dewey y Mead– marcaron distancias que, en cierto modo, persisten en la nueva generación –Quine, Rorty, Putnam, C. I. Lewis, Haack, Bernstein, etc.–. Así pues, a lo sumo, puede hablarse de un “parecido de familia” entre los distintos autores pragmatistas, pero no de una doctrina compacta y única. Los orígenes del pragmatismo se remontan a los días del llamado *Club Metafísico*, en Cambridge, a principios de 1870, donde un grupo de intelectuales de distinta procedencia profesional –entre los que se encontraban Charles Peirce, William James, Chauncey Wright y John Fiske– se reunían con el objeto de reflexionar sobre diversos problemas filosóficos suscitados por *El origen de las especies* de Darwin y el impacto que el método científico puede tener para la filosofía. El término *pragmatismo* fue introducido por primera vez por Charles Sanders Peirce (1839-1914) –el fundador de esta corriente filosófica– en su artículo “How to make our ideas clear”, publicado en el *Popular Science Monthly*, en 1878. El término adoptado por Peirce para su nueva doctrina pretendía poner de manifiesto la conexión inseparable entre cognición racional y propósito racional. Peirce propuso un nuevo método para la clarificación de ideas basado en la llamada *máxima pragmática*, la cual definió de este modo: “Consideremos qué efectos, que puedan tener concebiblemente repercusiones prácticas, concebimos que tiene el objeto de nuestra concepción. Nuestra concepción de estos efectos es pues el todo de nuestra concepción del objeto” (Buchler, 1955). Según esta máxima, las consecuencias experimentales de un objeto nos dan el significado del concepto de dicho objeto. Decir, por ejemplo, que algo es quebradizo es decir que si se lo golpeará, se haría pedazos. Para comprender el significado de una idea no es menester realizar

efectivamente el experimento; basta con que seamos capaces de concebir las consecuencias experimentales probables y posibles involucradas. A pesar de su profundidad y originalidad, las ideas de Peirce quedaron prácticamente en la oscuridad hasta que William James (1842-1910) les dio popularidad en una conferencia titulada *Conceptos Filosóficos y Resultados Prácticos*, pronunciada en 1898. Con el término pragmatismo, James se refiere básicamente a dos cosas: al método pragmático tal como lo concibiera Peirce, y también a una nueva teoría acerca de la verdad. Por medio de la aplicación de la máxima pragmática a la noción de verdad, James llegó a su teoría pragmática de la verdad. Esta sostiene que: “Cualquier idea que nos conduzca prósperamente de una parte de nuestra experiencia a otra enlazando las cosas satisfactoriamente, laborando con seguridad, simplificándolas, ahorrando trabajo, es verdadera; esto es, ‘verdadera instrumentalmente’ (...) la verdad en nuestras ideas significa su poder de actuación” (James, 1978). Una creencia es verdadera, pues, cuando nos orienta con éxito en la práctica. Para John Dewey (1859-1952), el pragmatismo no significaba otra cosa que la actitud de referir toda consideración reflexiva a sus consecuencias, para su significado y prueba definitiva. El instrumentalismo –que es la variante del pragmatismo desarrollada por Dewey– “es un intento de establecer una teoría lógica precisa de los conceptos, los juicios y las inferencias en sus diversas formas, considerando principalmente cómo funciona el pensamiento en las determinaciones experimentales de consecuencias futuras. Es decir, intenta establecer distinciones universalmente reconocidas y reglas de lógica derivándolas de la función reconstructiva o mediadora atribuida a la razón” (McDermott, 1981). Según Dewey, el tradicional ideal cognoscitivo de la contemplación pura debe su origen a la temprana búsqueda de la certeza. Este ideal cognoscitivo es el causante de las usuales dicotomías entre teoría y práctica, hechos y valores, acción y pensamiento. La importancia de la acción en la producción del conocimiento recién fue reconocida a partir de los siglos XVII y XVIII, con el surgimiento de las ciencias experimentales. Tras esta revolución lógica, epistemológica y filosófica, la filosofía debe abandonar su ideal de certeza y ser reconstruida a la luz de la nueva concepción experimental del conocimiento. Derrribadas las dicotomías antedichas, la investigación es concebida ahora como la transformación controlada de una situación indeterminada en otra determinada. El valor del conocimiento reside, en última instancia, no en su carácter representativo, sino en su contribución a la adaptación al entorno natural y social.

Del giro lingüístico al resurgimiento del pragmatismo. La escena norteamericana cambió drásticamente en los años cuarenta debido a la inmigración, desde Alemania y Europa Central, de importantes figuras asociadas al positivismo lógico, como Feigl, Carnap, Reichenbach, Bergmann y Hempel. A principios del siglo XX, los escritos de Frege, Wittgenstein, Russell y Moore habían introducido el giro lingüístico en filosofía, esto es, la idea de que los problemas filosóficos deben ser analizados a partir de cómo aparecen formulados en el lenguaje. Los positivistas lógicos se caracterizaron por otorgarle un fuerte talante antimetafísico a este giro. Al llegar a Estados Unidos, estos filósofos impusieron rápidamente el giro lingüístico en las universidades norteamericanas y desplazaron al pragmatismo sustituyéndolo por la filosofía analítica del lenguaje en su versión neopositivista. Sin embargo, los ataques de Kuhn y Feyerabend a la concepción neopositivista de la ciencia, y la crítica de Quine a los dos dogmas del empirismo contribuyeron al resurgimiento –ahora giro lingüístico mediante– del pragmatismo. En *Two dogmas of Empiricism* Quine cuestionó dos pilares sobre los cuales se asentaba el positivismo lógico: la distinción analítico-sintético y el reduccionismo. Con respecto al primer dogma, Quine sostuvo que no podía elucidarse la noción de analiticidad (verdadero en virtud del significado) apelando a la noción de sinonimia, ni a la idea de definición ni a la de sustitución salva veritate. Contra el segundo dogma –la creencia de que todo enunciado con sentido debía ser equivalente a una construcción basada en términos que refieren a la experiencia inmediata– Quine señaló el reconocido fracaso de tal intento y sustentó la tesis holista según la cual es la totalidad del conocimiento la que siempre se pone a prueba por medio de la experiencia –y no las hipótesis y enunciados individuales y aislados–. Como consecuencia de ello, Quine sostuvo que son las consideraciones pragmáticas las que nos mueven a moldear nuestra herencia científica a la luz de los estímulos sensoriales. Así pues, en la segunda mitad del siglo XX el pragmatismo, lingüísticamente transformado, retornó al centro de la filosofía estadounidense. A partir de *Philosophy and the Mirror of Nature*, Richard Rorty (1931) emprendió una crítica radical de la tradición epistemológica moderna, a la cual contrapuso el pragmatismo como filosofía antirrepresentacionista y antifundacionista. Dos puntos distancian a Rorty del pragmatismo clásico: el abandono de las consideraciones en torno del método científico y la sustitución de los análisis del conocimiento basados en la noción de *experiencia* por un tratamiento de estas cuestiones en términos de lenguaje. En su concepción de la verdad, su crítica

del modelo epistemológico del espectador y el carácter instrumental de las creencias, el pragmatismo de Rorty continúa las sendas de James y Dewey. En cambio, Hilary Putnam (1926) ha desarrollado una forma de pragmatismo más afín a la de Peirce. Para Putnam, cuatro tesis definen el núcleo del pragmatismo: 1. el antiescepticismo; 2. el falibilismo; 3. el abandono de la dicotomía hecho-valor, y 4. la idea de que la práctica es primaria en filosofía. Puede decirse que mientras el pragmatismo de Rorty posee una fuerte impronta romántica, el de Putnam posee un talante inequívocamente ilustrado. Otra continuación contemporánea del pragmatismo peirceano puede hallarse en los escritos de Susan Haack. En *Evidence and Inquiry. Towards Reconstruction in Epistemology* Haack intenta defender su proyecto de reconstrucción de la epistemología desarrollando una concepción nueva de la justificación –el fundherentismo– que pretende retener ciertos aspectos valiosos de las epistemologías fundacionista y coherentista. Gracias a estos y otros autores contemporáneos, actualmente el pragmatismo ha vuelto a ser una corriente filosófica sumamente influyente dentro y fuera de Estados Unidos, realizando aportes esenciales en teoría del conocimiento, filosofía del lenguaje, filosofía de la mente, filosofía de la ciencia y teoría social.

Referencias

J. Buchler, *Philosophical Writings of Peirce*, New York, Dover Publications, 1955. - W. James, *Pragmatism and the Meaning of Truth*, Cambridge, Harvard University Press, 1978. - J. McDermott (ed.), *The Philosophy of John Dewey*, Chicago, The University of Chicago Press, 1981.

Verdad y apariencia

Silvia Rivera (Argentina) - Universidad de Buenos Aires

Origen y términos de la distinción verdad-apariencia. La distinción entre verdad y apariencia se encuentra presente ya en el momento de constitución del saber filosófico. Explicitada en los textos platónicos en la Atenas del siglo V antes de Cristo, constituye uno de los principales ejes articuladores de la filosofía occidental hasta nuestros días. El concepto *verdad* se usa primariamente en dos sentidos, uno referido a la proposición y otro referido a la realidad. En el primer caso, lo contrario a *verdadero* es *falso*. En el segundo caso –que es el que aquí nos ocupa– lo opuesto a *verdadero* es *aparente*, definiéndose la apariencia como algo *ilusorio* y aún *inexistente* o *irreal*. Se fortalece, en consecuencia, la asimilación entre verdad y realidad. Platón, al considerar a la permanencia como nota definitoria de la realidad, ubica la verdad en

un mundo de ideas inmutables, relegando lo histórico o cambiante al terreno de la apariencia. La apariencia, devaluada en su pretensión de realidad y de verdad, adquiere un sesgo negativo en tanto oculta el *ser verdadero*, si bien en algunos casos puede ser rescatada como primer escalón que nos conduce a la verdad, siempre que no quedemos cautivos de su evanescente manifestación.

Modalidad de la relación entre verdad y apariencia.

Es importante destacar que, a la hora de definir los términos de la distinción verdad-apariencia, los niveles ontológico y gnoseológico se entrecruzan con frecuencia. Este entrecruzamiento se presenta con claridad en el *paradigma de la línea* (Platón, *República*). La realidad es objeto de *ciencia* o conocimiento verdadero y necesario (*episteme* en términos platónicos). Por su parte, la apariencia se conoce a través de un conocimiento imperfecto y cambiante, es decir, concordante con su naturaleza, y que es la opinión –*doxa*–. La *doxa*, si bien imperfecta desde el punto de vista de su fundamentación teórica, es un saber suficiente para la vida cotidiana. Ahora bien, junto al nivel ontológico y gnoseológico encontramos también el de la ética. Para Platón, la realidad, la verdad y el bien coinciden y, por tanto, es la ignorancia causa de vicios y conductas censurables desde la perspectiva moral. Asimismo, el conocimiento teórico que nos permite acceder a las ideas o *realidad* en sentido fuerte, garantiza a los hombres justicia en las decisiones y comportamientos.

Carácter metafísico de la distinción verdad y apariencia. La metafísica puede definirse en sentido amplio y en sentido estricto. El último es el que la caracteriza como la “filosofía primera” o saber que se ocupa de manera puramente contemplativa o teórica del ente en tanto ente y de lo que en cuanto tal le corresponde” (Aristóteles, *Metafísica*). En el sentido amplio, podemos hablar de *metafísica* como un esquema de pensamiento que se articula a través de categorías dualidades o dicotómicas, pero no simétricas, sino que una se constituye como fundamento de la otra. Entre estas dicotomías se destaca la de *realidad-apariencia*, realidad que ya sabemos se equipara a verdad. Sobre esta dualidad se asientan otras: *necesario-contingente*, *esencia-accidente*, *absoluto-relativo*. Llama la atención que aun pensadores y movimientos que se declaran expresamente *antimetafísicos* recrean en sus programas algunos de los tradicionales esquemas metafísicos. Tal es el caso de los *positivistas lógicos*, que piensan la ciencia a través de categorías como *contexto de descubrimiento-contexto de justificación*, *historia interna-historia externa* y *ciencia pura-ciencia aplicada*. Se mantiene firme, en consecuencia, la idea de un fundamento último del mundo y el conocimiento. Cabe preguntarse hasta qué punto

la *ética aplicada* no reactualiza alguna de las notas del tradicional esquema metafísico.

Críticas a la distinción verdad y apariencia. Nietzsche ha sido el más radical crítico a la metafísica, anticipando a pensadores contemporáneos en la deconstrucción de la dualidad realidad-apariencia. Según Nietzsche, la filosofía surge en Grecia con un sesgo metafísico en función de la especial patología que aquejaba a Sócrates y que pronto se extendió no solo a los griegos sino a Occidente en su conjunto. La patología en cuestión se caracteriza por un debilitamiento vital que hace que las notas distintivas de la vida resulten insoportables para quienes la padecen. Estas notas son la contingencia y el azar, el carácter accidental de los acontecimientos, su movimiento constante e irreducible a cualquier ley o principio que lo subordine a algún tipo de necesidad. En función de su patología, los filósofos inventan otra realidad escondida tras esta. Y a esa realidad inventada a la medida de su debilidad –realidad inmutable, idéntica a sí misma, sin avatares ni sorpresas– le adjudican la plenitud del ser y de la verdad, relegando a la inmediatez de la vida efectiva al lugar de la apariencia. Recuperar la salud es restituir a la vida “el pensamiento y la virtud” extraviada por siglos (Nietzsche, *Así habló Zaratustra*). Queda claro, sin embargo, que no es cuestión de privilegiar la apariencia por sobre la verdad o realidad. De hacer esto solo lograríamos invertir el esquema metafísico, no abolirlo. En todo caso, afirmar que la realidad es la apariencia y que no hay otra verdad más allá de las perspectivas o escorzos que logramos aprehender a través de un conocimiento encarnado, implica desarticular la relación de subordinación y recuperar la unidad de un mundo desdoblado, que desdobló también al hombre extrañándolo de su cuerpo. En efecto, la tradición occidental escindió al hombre en la dualidad *cuerpo-alma*, *cuerpo-razón*, *cuerpo conciencia*. Y el acento aquí está puesto en esa supuesta parte inmaterial –alma, razón o conciencia– que nos diferencia de los animales y nos permite acceder a la verdad. El cuerpo histórico y los sentidos que en él arraigan han sido negados como vías de acceso a la realidad y a la verdad, por una tradición que se inicia con Platón pero que continúa en la modernidad, siendo Descartes un claro ejemplo. A partir de Nietzsche, el desafío de encarnar e historizar al sujeto de conocimiento queda planteado y nos interpela en nuestro presente frente a escuelas epistemológicas que aún reclaman para la ciencia o para la ética universalidad y necesidad.

Proyección de la distinción verdad y apariencia. La crítica a la distinción verdad-apariencia es retomada en el siglo XX por el pragmatismo. Tanto los representantes del *pragmatismo clásico* –William

James, John Dewey y Charles Sanders Peirce–, como los llamados *neopragmatistas* –Quine, Putnam y Davidson, entre otros– son francamente antidualistas. Si bien entre ambos pragmatismos media el *giro lingüístico* –en el que el filósofo Ludwig Wittgenstein ocupa un lugar privilegiado– todos coinciden en su resistencia a valerse de las oposiciones metafísicas para aprehender el mundo, remplazándolas por la imagen de un flujo de relaciones en continuo cambio. De este modo se diluye también la distinción entre sujeto y objeto, por una parte, y entre razón y sentidos, por la otra, desarticulándose, en consecuencia, los términos de la teoría de la verdad como correspondencia. Es decir que los pragmatistas descreen de que haya un modo en que las cosas efectivamente son, y que este modo pueda ser aprehendido de modo absoluto y evidente. La realidad se fragmenta en relaciones y para los neopragmatistas, más específicamente, en las descripciones que construimos acerca de lo que es. Descripciones que no se clasifican por su grado de aproximación a la verdad, sino por su nivel de utilidad. Porque nuestras prácticas lingüísticas están tan unidas a otras prácticas sociales que las descripciones tanto de la naturaleza como de nosotros mismos son funciones de necesidades sociales compartidas. Según afirma Wittgenstein, la definición ostensiva solo funciona cuando se presupone una práctica lingüística y, además, la identidad de las cosas es siempre relativa a una descripción.

Proyección ética de la crítica a las dualidades metafísicas. Romper con los dualismos metafísicos que de modo ejemplar están representados en la relación verdad-apariencia, tal como preanuncia Nietzsche y continúa el pragmatismo en sus diferentes versiones, implica romper también con la distinción entre obligaciones categóricas e hipotéticas (Rorty, 1997). Esto significa que la obligación moral no tiene una naturaleza que la hace intrínsecamente diferente de la tradición, el hábito o la costumbre. Significa también que no hay ley moral o principios absolutos que permitan orientar y evaluar las acciones, sino que todos ellos son creados e instalados por hombres y comunidades que los necesitan para la convivencia. Sin embargo, lejos de socavar a la ética, esta perspectiva la potencia, en tanto nos recuerda la responsabilidad que tenemos en la construcción de tales leyes y principios.

Referencias

Platón, *República*, Buenos Aires, Eudeba, 1977. – Aristóteles, *Metafísica*, Madrid, Gredos, 1970. – René Descartes, *Meditaciones metafísicas*, Buenos Aires, Austral, 1975. – Federico Nietzsche, *El crepúsculo de los ídolos*, Madrid, Alianza, 1979. – Richard Rorty, *¿Esperanza o conocimiento? Una introducción al pragmatismo*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1997.

Autenticidad y alienación

Fermin Roland Schramm (Brasil) - *Fundación Oswaldo Cruz*

Etimologías. Si aceptamos los presupuestos que el método etimológico atañe a una de las herramientas legítimas de las competencias del hombre para comprender el real (que Ortega y Gasset en *El hombre y la gente* sintetizó por la imagen del *animal etimológico*) y que, en época contemporánea, existe un acercamiento de la filosofía a la filología, podemos decir que la filología es parte legítima de la teoría. Sin olvidar que teorizar puede tener un efecto también práctico, como bien muestra el surgimiento de las filosofías prácticas y de las éticas aplicadas del siglo XX. Así, podemos recordar brevemente las etimologías respectivas de las palabras *autenticidad* y *alienación*, destacar algunas relaciones lógicas y semánticas entre los dos conceptos, lo cual da una pista fidedigna para intentar entender sus ámbitos de pertinencia. Podemos, por ende, mostrar de qué manera los dos conceptos se aplican, o no, a la ética; ver en cuál sentido pueden ser consideradas herramientas legítimas de la ética. En particular, puede mostrarse que el concepto de *autenticidad*, cuando está incorporado a las herramientas específicas de la ética y de la bioética, deberá tener en cuenta el hecho de que la ética se ocupa de cuestiones de tipo normativo referentes a la *calidad* del actuar humano en el interior de estructuras del tipo *yo-otro* o *yo-tú*.

El uso de los conceptos. Históricamente, los significados de los términos *autenticidad* y *alienación* pertenecen tanto al lenguaje ordinario como a los lenguajes especializados (técnicos, científicos o artísticos) y constituyen herramientas conceptuales de las ciencias humanas y sociales, entre las cuales se sitúa su uso filosófico. En el lenguaje ordinario, y en un primer sentido, los dos conceptos se oponen, pudiéndose comprenderlos como la adjetivación de un individuo que, al asumirse *tal cual él es* en una circunstancia determinada, se vuelve propiamente *auténtico*; en el caso contrario es *no auténtico*, o *alienado*, separado de su *yo* o *verdadero self*. Por extensión, y en un segundo sentido (más restricto), *autenticidad* y *alienación* pueden referirse también a grupos de individuos y colectividades, siendo que la *autenticidad* se refiere a las personas que se consideran ser lo que ellas *verdaderamente* son y que actúan coherentemente con esta identidad propia; en el caso contrario, serán consideradas *alienadas* de algo que las constituye, pero que no es asumido como tal. En este segundo sentido, los dos términos tendrán también un significado específicamente moral y serán objeto legítimo del análisis ético. En un tercer sentido, el concepto de *autenticidad* se aplica a objetos, documentos, a la autoría de obras de arte, a

descripciones de situaciones, de acuerdo con algún parámetro que permita determinarla, lo que no es siempre el caso con su antónimo *alienación* (que podrá eventualmente ser sustituido por el sinónimo imperfecto *falso*). Ya en el ámbito de los lenguajes específicos, los dos conceptos pertenecen a los campos de la filosofía, la psicología, la sociología y la ciencia política, pero también de las artes y, en general, de la producción de objetos (*autenticidad* - *no autenticidad*) y de los bienes a ser protegidos por el derecho (*alienación*). Parece, por tanto, no haber diferencias sustantivas en el uso de los dos conceptos por los juegos lingüísticos del lenguaje ordinario y de los lenguajes especializados, lo cual es atestiguado por la propia etimología de las dos palabras y por sus usos.

Un conjunto semántico complejo. La palabra *autenticidad* (del latín *authenticus*, derivado del griego *authēntikos*, “que actúa por autoridad propia” [referente al humano], “hecho por mano propia” [referido a obras, objetos, productos]) es un antónimo de *alienación* (del latín *alienatio*, *onis*, “transmisión de derecho de propiedad, separación, perturbación, delirio”), que, a la vez, es de alguna forma sinónimo de *no autenticidad*. Desde su filología, los varios usos de las palabras *autenticidad* y *alienación* indican un campo referencial y lógico-semántico común. En efecto, pueden referirse a entes y situaciones que posean determinadas características y en las cuales los dos conceptos pueden contrastar lógicamente entre sí (*autenticidad* versus *alienación*); pero pueden también relacionarse semánticamente con otros conceptos próximos. En primer lugar, con los conceptos griegos de *poiesis* (*el hacer humano*) en el sentido chomskiano de *performance*, a ser distinto de *téchne*, *capacidad de producir*, *llevar algo de lo no-ser al ser* en el sentido de la chomskiana *competence*) y *práxis* (*el actuar*). En segundo lugar, con el concepto moderno de *identidad* y, en tercer lugar, con el concepto contemporáneo de *moralidad* y, consecuentemente, con el saber acerca de la moralidad conocido como *ética*. En su relación semántica con el concepto de *identidad* (*propia* o *alienada*, *verdadero self* o *falso self*) se refieren a sujetos humanos, pudiendo referirse también a objetos, obras y productos (como en obras *verdaderas* o *auténticas* y *falsas* o *reproducidas*), razón por la cual puede considerarse que los dos términos se refieren a características ontológicas de seres y objetos; es decir, a características que los constituyen o pensamos que los constituyan (no entraré aquí en la cuestión epistemológica del empirismo versus racionalismo). Por último, *autenticidad* y *alienación* pueden también referirse a la manera de actuar de sujetos y grupos humanos sobre otros seres humanos (y, eventualmente, sobre los seres vivos en general), esto es, referirse a

la calidad moral de su *práxis*. Pero, hoy, la *práxis* no puede más ser separada de su competencia productiva o *poiesis*, pues la producción de objetos, a través del proceso de trabajo, es inseparable de la autoproducción de sí y de la producción de relaciones sociales (*práxis*). Así, los dos conceptos indican un conjunto complejo de *hacer y actuar*; una *práxis-poiesis*, en el cual cada término indica una realidad distinta de la otra (*hacer cosas, actuar sobre/con los otros*), pero también vinculada (*construir relaciones, actuar con/sobre los otros en la construcción*). Este conjunto semántico complejo de *autenticidad y alienación* está, a la vez, vinculado a contextos extralingüísticos de comportamientos, aunque eso no quiera necesariamente decir (de acuerdo con la lección del segundo Wittgenstein) que los dos términos y los varios juegos lingüísticos en que ocurren tengan la misma extensión semántica. En otras palabras, autenticidad y alienación tienen que ver con el estado de individuos y clases sociales que, debido a sus condiciones externas o internas (económicas, políticas, religiosas y psicológicas) se pertenecen o cesan de pertenecerse, pudiendo ser tratados como sujetos auténticos o alienados en sus relaciones con los otros y el mundo. En suma, las duplas *autenticidad-alienación* y *práxis-poiesis* indican los dos ejes constitutivos de la *estructuración del ser* por el *otro*, de *apertura del ser* al *otro* y de *acogida del otro* por el *yo*, incluso en el sentido de *protección del otro* por el *yo*, o su contrario. Así, los dos conceptos se vuelven pertinentes para el campo de las éticas aplicadas y, en particular, de la bioética.

El sentido filosófico de autenticidad y alienación. El término *autenticidad* en filosofía puede referirse a objetos producidos (*poiesis*) o a sujetos humanos y a grupos de individuos que interactúan entre sí (*práxis*). En el primer caso, se trata, en efecto, de una característica que solo puede ser atribuida por un observador externo al *objeto auténtico*. En este caso, un producto de la *poiesis* es *auténtico* si podemos establecer su identidad de manera indudable, un problema aparentemente simple, pero, de hecho, muy complicado, como mostró Walter Benjamin al analizar la obra de arte en la era de su reproducibilidad técnica. Para Benjamin, a la obra en examen le puede faltar el *hic et nunc* (que los antiguos llamaban su *pathos*) que la tornaría, de hecho, auténtica; o, entonces –considerando la proximidad semántica entre las palabras *autenticidad* y *originalidad*–, la dificultad consiste en no poder establecer la forma *originaria* que la produjo (Benjamin, 1982). En el caso de seres humanos, el concepto de autenticidad puede referirse a una característica atribuida por un sujeto observador externo y situado en una relación de empatía con el sujeto observado y predicado; pero

puede también ser una característica que el propio sujeto se otorga a sí mismo en su actividad autorreflexiva, en la cual sujeto y objeto coincidirán. En filosofía, el término fue utilizado, sobre todo, por los filósofos existencialistas, en particular por Martin Heidegger y Jean-Paul Sartre, al hablar de *existencia auténtica*, vía de regla con fuertes connotaciones éticas y/o políticas –en el caso de Sartre– o comprendiendo la autenticidad como ideal existencial involucrando convicciones personales o como característica propia del ser humano, sin connotaciones morales ni políticas explícitas –en el caso de Heidegger.

Autenticidad, praxis y ética. De acuerdo con las ocurrencias en el lenguaje ordinario y, en parte, en los lenguajes específicos, el ser auténtico es aquel que se pertenece, que se acepta como es y actúa coherentemente con esta su característica ontológica, en el caso contrario debe ser considerado alienado. Esta fue la posición defendida por Martin Heidegger (2003), para quien el *Dasein* (*estar en el mundo*) se refiere a sí, decidiendo de su propio ser y de los modos de su abrirse, proyectarse y actuar en el mundo; o sea, *autenticidad*, en esta concepción, es una categoría *identitaria* que se refiere al *yo sujeto* que se piensa como yo objeto y permite, por ende, que identifiquemos sujeto y objeto, *sujetividad y objetividad* individual. En particular, el ser humano, provisto de alguna forma de razón y de autoconciencia, no puede no experimentar su total separación de cualquier otro ser humano y de estar escindido en su propio *Dasein*, sufriendo por eso y sufriendo más aún si fuera incapaz de dar un sentido a su desamparo. Pero la concepción heideggeriana es cuestionable desde el punto de vista de la ética, es decir, si la comprendemos en el sentido normativo contemporáneo de la filosofía moral, la cual tiene el objetivo de establecer lo que es justo hacer y no tanto lo que es bien que sea, de establecer el contenido del deber y no la naturaleza de la vida buena (Taylor, 1989). En otras palabras, la concepción heideggeriana es el fruto de una fractura entre ser y praxis, entre ontología y ética, siendo, por tanto, cuestionable y no pertinente desde el punto de vista de la ética. En efecto, desde el punto de vista ético, la autenticidad no puede ser el producto de una reducción conceptual consistente en la autorreferencia del yo, debiendo, al contrario, ser pensada como estructuración y apertura del yo al otro/tú. En resumen, *ser auténtico* tiene siempre el sentido de serlo también para alguien, visto que el sujeto auténtico está siempre ya inscrito en una estructura, junto con por lo menos otro sujeto y, a partir de este dato, el yo deberá siempre tener en cuenta la alteridad del otro en sus proyectos. Por eso podemos decir que la autenticidad del yo debe ser entendida éticamente como *autenticidad compartida*

con el otro. Un ejemplo, en este sentido, es la ética de Jean Paul Sartre. Este, en un primer momento, considera la libertad como fundamento del *estar en el mundo* (*être-au-monde*) y describe la existencia humana como un combate moral entre esta libertad y su recusación, identificada como fuga para el en-sí (*fuite vers l'en-soi*) gracias al error de la mala fe (Sartre, 1943). Pero, en un segundo momento, el autor se da cuenta de que el objetivo de la libertad personal, aunque necesariamente vivido subjetivamente, solo hace sentido si logra incorporar también la libertad del otro. Es el momento del *engagement* sartriano, en el cual la *terrible libertad* es pensada junto con la *responsabilidad* por los otros (Sartre, 1992). Siendo así, desde el punto de vista ético la concepción ontologizante de la *autenticidad* representa una reducción conceptual no admisible, por cuanto la ética encara la moralidad de las acciones de los agentes morales sobre pacientes morales (que pueden ser humanos o no), incluso cuando agente y paciente coinciden en un mismo sujeto, o identifica identidad y bien porque identidad y moralidad son temas inextricablemente interrelacionados (Taylor, 1989). En efecto, si, por un lado, *autenticidad* tiene el significado de característica ontológica de la identidad propia de un individuo y no de otro –al final “nunca estamos en el lugar de otro” (Primo Levi)–, por otro, la *autenticidad* es también el resultado de un proceso de estructuración de un sujeto que, al ser “echado en el mundo” y al asumirse como ser responsable por su *práxis*, intenta hacer coincidir su ser y su venir a ser. Eso implica que *ser auténtico* tiene siempre el sentido de intentar serlo también para alguien, o sea, que el sujeto auténtico está siempre ya inscrito en una estructura, junto con por lo menos otro sujeto y en la cual hay que reconocerse, aun cuando haya una *diferencia radical* inscrita en la pura presencia a sí de la conciencia (Derrida, 1967). O, de acuerdo con Paul Ricoeur (1990), la identidad estaría siempre dividida entre una mismidad inmutable (*identidad-idem*) y una *ipseidad* (*identidad-ipse*) afectada por la alteridad. Por eso el término *autenticidad* puede verse como provisto también de contenido ético, perteneciendo, por tanto, legítimamente tanto a la ontología cuanto a la ética. Pero se puede también sostener –aceptando la sugerencia de Emmanuel Lévinas– que la ética es la verdadera filosofía primera (Lévinas, 1998), o sea, que la *autenticidad* se refiere antes a la ética que a la ontología, pues, en su *práxis*, el individuo es siempre un *sub-jectum*, un *ser ente* que adquiere su identidad en la relación con la *diferencia* que lo interpela y, por consiguiente, lo estructura (no entraré aquí en la cuestión de saber si esta estructura yo-otro necesita un tercer término que estructuraría la propia estructura dual). Siendo así,

podemos pensar la *autenticidad* como característica pertinente para el análisis ético y, en particular, para la bioética, visto que esta tiene siempre que ver con la *práxis* y con sus efectos sobre el otro, y que la *práxis* tiene siempre que ver con el campo estructurado por esta diferencia originaria, por esta irrupción del otro humano en el campo del yo, aunque el *otro* sea entendido en términos de *ipseidad*. En suma, la autenticidad estará siempre afectada por alguna forma de alienación, y una manera de contornear eso es pensarla inscribiéndola en la estructura ética y pensarla como autenticidad compartida.

La autenticidad compartida. Si pensamos la bioética como la herramienta teórica y práctica que pretende dar cuenta de los conflictos de intereses y de valores que surgen en y con la *praxis* humana, la dupla autenticidad-alienación hace necesariamente parte de la estructura *yo-otro* (incluyendo, eventualmente, un tercer término que estructura los dos otros). Al aceptar esta estructuración como haciendo parte del proyecto de vida que cada sujeto humano es, él solo puede volverse auténtico en esta relación, en la cual recibe el reconocimiento del cual necesita para existir como humano y ser auténtico. En otras palabras, el sujeto auténtico solo puede ser sujeto ético en la medida en que reconoce en su estar en el mundo, en su *Dasein*, la presencia del otro (que puede ser vivido como amenazador o acogedor); su estructuración por esta presencia y tener al otro como destinatario de sus actos, de su *práxis*. Es en este sentido que la ética puede ser considerada –de acuerdo con Lévinas– la filosofía primera, anterior a cualquier ontología y, *a fortiori*, a cualquier metafísica. En suma, pensando la autenticidad como característica compartida en la conflictividad de la relación práctica, evito tener que pensarla en términos solipsísticos del lenguaje ordinario y de Heidegger; evito, al final, la reducción de una relación a uno de sus componentes, pudiendo, así, pensarla y vivirla, eventualmente, como una auténtica relación *yo-tú*, esto es, una *autenticidad compartida*.

La noción normativa de autenticidad. Si la autenticidad consiste en ser el mismo, un único proyecto, que atraviesa las varias situaciones vividas (como pretendía Sartre), este *ser el mismo* siempre estará sujeto a los proyectos de los demás seres humanos, con quienes podrá entrar en conflicto (por intereses, por valores diferentes), pero que podrá también reconocer como la alteridad que lo reconoce y con la cual podrá, eventualmente, construir las condiciones para un mundo moralmente habitable. Pero eso implica pensar en una noción normativa de autenticidad, siendo que esta deberá, en este caso, ser pensada como identidad individual,

colectiva y simbólica, o sea, pensada en por lo menos tres planos, como forma de pensarse una autenticidad que trascienda el así llamado verdadero *self*. En resumen, pensar la autenticidad en el contexto de un diálogo entre la tradición aristotélica de la *vida buena* (*eudaimonia*) y aquella, kantiana, del deber o de la obligación, pero sabiendo que si, por un lado, la autenticidad significa ser fieles a nosotros mismos y recuperar nuestro peculiar sentimiento de la existencia, por otro, tal vez solo podamos realizarla completamente reconociendo que tal sentimiento nos reúne a una totalidad más amplia (Taylor, 1994). Y eso no es nada más de lo que la filosofía moral, o ética, pretende hacer desde que las dos tradiciones de la ética occidental (la *analítica* y la *continental*) dialogan entre sí en la ética práctica, construyendo el campo de las éticas aplicadas y de la bioética, en la cual la autenticidad puede ser pensada simultáneamente como característica ontológica e ideal ético normativo. Pero eso crea, inevitablemente,

una tensión entre el *yo* y el *otro* al interior del propio concepto de autenticidad, que es nada más que la tensión vivida en la propia existencia de cada sujeto moral, cuya estructuración no elimina la dialéctica sutil entre autenticidad y alienación de la condición humana.

Referencias

- W. Benjamin, *La obra de arte en la época de su reproducibilidad técnica* (1936), Madrid, Taurus, 1982. - J. Derrida, *L'écriture et la différence*, Paris, Editions du Seuil, 1967. - M. Heidegger, *Ser y tiempo* (1927), Madrid, Editorial Trotta, 2003. - E. Lévinas, *Étique comme philosophie première* (1992), Paris, Rivages, 1998. - P. Ricoeur, *Soi-même comme un autre*, Paris, Editions du Seuil, 1990. - J. P. Sartre, *El existencialismo es un humanismo* (1946), Buenos Aires, Sur, 1980. - J. P. Sartre, *L'être et le néant*, Paris, Editions Gallimard, 1943. - C. Taylor, *Sources of the Self. The Making of the Modern Identity*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 1989. - C. Taylor, *Il disagio della modernità*, Roma-Bari, Editori Laterza, 1994.

El consentimiento voluntario fue señalado como absolutamente esencial para los experimentos médicos en el primer párrafo del Código de Nuremberg (1947), documento que junto a la *Declaración Universal de Derechos Humanos* (1948), se consideran el punto de partida de la bioética, más allá de su posterior definición nominal. El Código pedía que la persona tuviera capacidad (v.) legal, así como información (v.) y comprensión sobre la naturaleza, duración, propósitos, método, riesgos e inconvenientes derivados de la participación en el experimento. También exigía que el sujeto estuviera situado en posición de poder decidir libremente sin ningún tipo de coerción, coacción, engaño o fraude sobre su voluntad (v.). La exigencia del libre consentimiento sería consolidada por la *Declaración de Helsinki* (1964) de la Asociación Médica Mundial, que iría a convertirse en la piedra angular de la ética de la investigación biomédica. En modo definitivo, el consentimiento quedaría establecido como obligación de los Estados en el artículo 7 del *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos* (1966), entendido como derecho humano a la integridad, según se desprendía de su asociación en el mismo artículo, con la prohibición de la tortura y las penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

El consentimiento informado en la tradición angloamericana. El *consentimiento informado*, término acuñado en la jurisprudencia de Estados Unidos en 1957, apareció como cuestión tematizada en ese país a finales de los años cincuenta y principios de los sesenta (Faden y Beauchamp, 1986). Hasta 1934, en el *Caso Brown versus Hughes*, los tribunales no veían bien la experimentación y la equiparaban con una acción violenta por el médico que era el responsable de la atención del paciente. En 1935, en el *Caso Fortner versus Koch*, de la Suprema Corte de Michigan, se autoriza la investigación clínica como parte de la práctica médica a condición de que el paciente estuviese enterado y aceptara el experimento y que este “no variara demasiado radicalmente de los métodos de procedimiento aceptados”. Desde el punto de vista clínico (v. *Consentimiento en atención clínica*) quedaría claramente establecido a partir de la *Carta de Derechos de los Pacientes* (v.) de la Asociación Americana de Hospitales en 1973. Para la investigación biomédica, más allá de la casuística jurídica de referencia como *Canterbury versus Spence* (1972), fue en el *Informe Belmont* (1979) de la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, que con sus tres principios éticos (respeto por las personas,

autonomía y justicia) anticiparía el principalismo de la justificación moral; cuando el consentimiento se postuló como aplicación del principio de respeto por las personas, con los tres elementos ya señalados de información, capacidad-comprensión y voluntariedad. Sin embargo, en el Informe no resultaba fácil decir cuál habría de ser el estándar de la información a dar a las personas: si el usual en la práctica médica, si el de una persona razonable o cuál. Este aspecto de la información resultaría problematizado muchos años más tarde con las discusiones sobre el doble estándar y la *Declaración de Helsinki* (2000). Robert Levine diría entonces que todo lo que una persona de un país en desarrollo requería como información era conocer qué tratamiento estaba disponible en su país, con lo cual atacaba la noción universalista del consentimiento. Tampoco resultaba fácil para el Informe Belmont la cuestión de la comprensión ya que, afirmaba, el modo y el contexto en el cual se brinda la información es tanto o más importante que la información en sí. En tanto la capacidad del sujeto para comprender es función de la inteligencia, la racionalidad, la madurez y el lenguaje, resultaba necesario *adaptar* la presentación de la información a las capacidades del sujeto. De algún modo era lo que solicitaba el Código de Nuremberg al hablar de la posición del sujeto para decidir libremente. Por otro lado y considerando la situación de aquellos sujetos con su comprensión severamente limitada como los niños, enfermos mentales, pacientes terminales y en coma; el respeto por las personas requería también el permiso de terceras partes para proteger a los sujetos de daño actuando en su mejor interés. Y la voluntariedad, finalmente, requería condiciones libres de coerción e influencia indebida según el Informe. La influencia indebida, se consideraba, ocurre a través de una recompensa excesiva o inapropiada para obtener el acuerdo, aunque también puede ocurrir cuando incentivos ordinariamente aceptables se aplican a sujetos especialmente vulnerables. De allí que al existir un continuo en los factores de influencia para presiones injustificables, “... es imposible establecer precisamente dónde termina la persuasión justificable y dónde comienza la influencia indebida”. El criterio utilizado por el Informe Belmont se basaba en una idea de persona más evolucionista y contextualista que la idea individualista de persona que se presentaría en la visión reduccionista del principio de respeto por las personas del Informe a principio de autonomía en Beauchamp y Childress. Ese reduccionismo sería llevado a su extremo por el fundamentalismo de los

principios éticos en autores como Engelhardt, MacKlin y Levine.

Comunidad y orígenes del consentimiento en América Latina. Aunque la temática del consentimiento tradicionalmente se asocia en bioética o bien a las investigaciones biomédicas o bien a la atención clínica, lo cierto es que los elementos constitutivos del mismo y su noción formal son históricamente muy antiguos. Esto puede observarse textualmente con un análisis del desarrollo del colonialismo y el imperialismo desde sus orígenes en América Latina y tiene particular relevancia para la comprensión del consentimiento comunitario (v.). La primera ceremonia de Colón en el día del descubrimiento –según escribió en su Diario–, fue tomar *posesión* de las nuevas tierras en nombre de los monarcas españoles. Ese mismo día observó a los indígenas como buenos sirvientes, ingeniosos pero ignorantes en armas, dispuestos a ser cristianos y dando todo lo que tenían a cambio de nada de los otros. Por siglos, estos conceptos serían las cuestiones centrales en las relaciones entre conquistadores y nativos. Pero todos los conceptos centrales utilizados por los españoles para su dominio sobre las tierras descubiertas y sus habitantes habían sido prefigurados históricamente en términos políticos y legales por las concepciones jurídicas del bajo medioevo en la Europa Occidental. La justificación legal para reconquistar al Islam los antiguos territorios cristianos en África y la Península Ibérica fue la primera razón para sostener el derecho a tomar posesión en América por los monarcas españoles. El segundo fundamento jurídico fue el de la *res nullius* acerca de las islas y territorios sin gente en ellos y que, por tanto, no tenían ningún propietario. Pero el tercero y más importante de los argumentos fue la tesis legal sobre la justa apropiación por monarcas cristianos, como Isabel y Fernando, de todas las nuevas tierras descubiertas que estuvieran en propiedad de príncipes no cristianos. Una bula católica del Papa Nicolás V en 1455 había dado a Portugal el derecho a conquistar y reducir a esclavitud (v. *Esclavitud y servidumbre*) a los paganos a ser descubiertos en el África Occidental. En 1493, a pedido de los Reyes Católicos, el Papa Alejandro VI firmó cinco bulas dando los mismos derechos a España en América. Esa justificación política de la conquista de América fue criticada entonces porque los europeos no respetaban el deseo de los indígenas y porque el Papa, que había otorgado a España el derecho de conquista, no tenía ningún poder sobre cuestiones seculares de la gente pagana. Remitiendo a San Agustín y a Santo Tomás de Aquino, estas críticas sostuvieron que la ley natural era el fundamento del origen de los Estados y del poder político de los príncipes paganos y que una “guerra justa” contra ellos exigía autoridad legítima, justa causa y una conducta lícita en la guerra.

En las discusiones que teólogos y juristas como Francisco de Vitoria (1539) y Bartolomé de las Casas (1552) entablarían con respecto a los indígenas del Nuevo Mundo se encuentra un fundamento de la discusión moderna sobre la condición humana, estableciendo el correlato entre derecho internacional y derechos humanos. Vitoria se opuso a la tesis de los consejeros reales, que sostenían el derecho de los españoles a reducir a los indígenas americanos por la fuerza (v. *Poder e injusticia; Dominación y hegemonía*), como había sucedido en el caso de África con la reducción a esclavitud de la población negra, y esta oposición la sostuvo con un doble argumento condicional: España podría tener el gobierno de los nuevos territorios: 1. si lo hacía por el bien y la utilidad de las poblaciones nativas y no por el mero lucro, y 2. si su período de administración tomaba solamente el tiempo en el cual los indígenas estuvieran en un estado de barbarie. Este argumento de tipo beneficentista y utilitarista era reforzado por un argumento basado en autonomía que rechazaba el supuesto de la “elección voluntaria de los indígenas” del dominio español, ya que los indígenas no podían comprender bien el propósito de los españoles, estaban coercionados por gente armada y los gobernantes indígenas no tenían capacidad para tomar decisiones acerca de nuevos príncipes sin tener el consentimiento de su pueblo. La corona española respondió entonces con la implantación del documento conocido como “el Requerimiento”. Redactado en latín, este informaba a los indios no conquistados de la donación de las Indias hecha por el Papa a los reyes de Castilla –cuyos documentos podían ver si quisieran– razón por la cual debían aceptar la presencia española y su adoctrinamiento. Se les ofrecía el tiempo justo para deliberar y entender lo que se les había dicho y se les avisaba que en caso de no aceptar la presencia española se les haría la guerra y se los sujetaría al yugo y obediencia de la Iglesia y de sus Altezas. Es conocida la respuesta dada por un cacique de la región del Cenú (Colombia) luego de haber oído la lectura del Requerimiento (López de Gómara, 1552): “*Que en cuanto a venir los españoles en son de paz, no lo mostraban en sus actitudes; que en cuanto a sus reyes, a juzgar por lo que se les pedía, se veía que eran unos indigentes necesitados y que ese personaje que había repartido la tierra, estaba loco y buscaba pleitos regalando a terceros lo que no era suyo, para crear conflictos con quienes desde tiempos inmemoriales estaban en posesión de ellas. Que le darían víveres pero el oro, del cual tenían poco, era cosa que no estimaban en nada, por ser inútil para la vida diaria. Que le parecía muy bien que creyeran en un solo Dios pero que ellos no querían cambiar de religión. En cuanto a las amenazas, lo mejor sería que saliese lo más pronto de esa tierra pues no estaban*”

acostumbrados a considerar buenas las demostraciones de fuerza armada y extranjera, y tendrían que hacer con ellos lo que ya habían hecho con otros, y le mostraba las cabezas colgantes que adornaban sus campos”.

Consentimiento 1. Información

Sandra Wierzbza (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

Concepto y alcances del deber de información. El consentimiento informado importa una declaración de voluntad del paciente relativa a la práctica de una terapéutica sobre su cuerpo y requiere la previa información que el médico debe brindarle con relación a tal procedimiento, sin la cual el enfermo no podría tomar la decisión razonada e independiente de someterse o no al mismo. El suministro de información al paciente por el profesional tiende a paliar la situación de asimetría existente entre ambos –*lego-experto*; que son además, enfermo-médico-. El intercambio comunicativo entre ambos, basado en la confianza, ampliará las posibilidades de comprensión de los resultados del tratamiento por parte del paciente. En cuanto a los alcances del deber de información, existe consenso en el sentido que debe revelarse: a) *La naturaleza y objetivo del procedimiento*: supone información sobre si el procedimiento es diagnóstico o terapéutico y si la práctica es invasiva o no. También puede resultar relevante prestar información sobre la duración del tratamiento; el lugar donde se llevará a cabo, si requerirá anestesia o no, la clase de instrumental que se utilizará, las partes del cuerpo que serán afectadas, y si el procedimiento es experimental o es parte de una investigación. La comparación del tratamiento a realizar con otros más comunes y conocidos se considera de buena práctica; b) *Los riesgos que el procedimiento lleva aparejados*: se trata probablemente del aspecto más relevante a informar, resultando complejo encontrar un justo límite entre la cantidad de información que cada paciente necesita para tomar una decisión inteligente y aquella que resulta posible proporcionarle en función de los límites que impone el ejercicio de la medicina. Se sugiere considerar la naturaleza del riesgo, su magnitud, la probabilidad de su materialización y la inminencia de tal posibilidad. En general, existe consenso en cuanto a que debe informarse al menos los riesgos más graves y más frecuentes, sin embargo, no hay un parámetro objetivo para determinar en qué casos un riesgo se encuadra en tales categorías (algunas pautas de carácter estadístico pueden hallarse en la jurisprudencia). c) *Los beneficios*: casi siempre estos

El origen y primeros antecedentes de la doctrina general del consentimiento en América Latina, y en particular del consentimiento comunitario, debemos ir a buscarlo entonces a estas discusiones.

[J. C. T.]

son evidentes y coinciden con los objetivos del tratamiento: aliviar o hacer desaparecer el problema que ha hecho que el paciente buscara tratarse. Sin embargo, la revelación de los beneficios se considera crucial en ciertos casos, como cuando el procedimiento es diagnóstico y no terapéutico, caso en el cual el paciente debe saber que solo se intenta obtener información para luego iniciar tratamientos; y cuando el nivel de beneficio que se espera del procedimiento está muy por debajo de la completa mejoría del paciente, supuesto en el cual el médico debe informar de tal limitación. d) *Las alternativas u opciones*: se trata de una cuestión de gran trascendencia, pues esta información permite al paciente optar por el tratamiento en otro establecimiento asistencial, por otro profesional, o incluso decidirse por el no tratamiento. Por lo general el médico recomendará una alternativa basada en su saber profesional, habiendo previamente descartado otras, y pudiendo el paciente aceptar o no el consejo –*no resultando exigible que se ofrezca al enfermo una gama abierta de opciones para que este elija libremente*.

Estándares de extensión del deber. En cuanto a la extensión del deber de advertencia a cargo del médico, se ha discutido si este debe ser medido de acuerdo con un estándar de cuidado profesional –bajo el cual el deber del médico de revelar es una cuestión que depende del juicio y la discrecionalidad profesionales–, o de acuerdo con una medida de razonabilidad general –se considera cuánto debiera el paciente conocer para alcanzar una decisión inteligente, con independencia del juicio médico-. Ya en el contexto de las circunstancias propias de causas judiciales de responsabilidad profesional que comprometen el debido cumplimiento del deber de información, resulta trascendente determinar la existencia de relación de causalidad entre la omisión de revelar y el daño. En la jurisprudencia de Estados Unidos y Canadá, los tribunales que reconocen la doctrina del consentimiento informado requieren prueba de la relación de causalidad entre la falta de revelación y el daño; en consecuencia, exigen que el incumplimiento de la obligación profesional sea la causa próxima del daño. La regla es que el actor no puede ser indemnizado bajo esta doctrina, salvo que

acredite que no habría dado su consentimiento al tratamiento si en forma oportuna se le hubiese suministrado una completa y adecuada información. Y con respecto a la relación de causalidad, existen dos criterios: a) Según el estándar subjetivo, se considera aquello que el propio paciente habría hecho, en caso de habersele informado adecuadamente; b) según el estándar objetivo, corresponde tener en cuenta qué habría decidido una persona razonable y prudente en la posición del paciente, de haber sido adecuadamente informada de todos los peligros significativos. Si previsiblemente una adecuada información habría llevado a esa persona a declinar el tratamiento por causa de la revelación relativa al tipo de riesgo o peligro que derivó en un daño, la relación de causalidad queda establecida. En cambio, si la revelación de todos los riesgos relevantes no habría hecho variar la decisión de una persona razonable en la posición del paciente, no existe conexión causal entre la falta de información y el daño. El criterio objetivo se aplica mayoritariamente en la jurisprudencia, para evitar el llamado “peligro respecto de la retrospección de un paciente resentido”.

Supuestos de interpretación del deber. Cabe destacar que el deber de revelar no es absoluto, pudiendo relativizarse en supuestos como los siguientes: 1. Cuando el riesgo no es razonablemente previsible y tampoco es inherente al tratamiento; 2. Cuando el paciente se niega específicamente a obtener información; 3. Cuando existe una situación de urgencia que tornaría irrazonable la obtención del consentimiento informado; 4. Cuando el riesgo es conocido por el paciente o es tan obvio como para justificar la presunción de tal conocimiento; 5. En casos en los que la completa revelación de las alternativas y consecuencias podría tener efecto nocivo en la salud física o psíquica del paciente. A su vez, corresponde señalar que de acuerdo con la evolución de la doctrina en los últimos años, el deber de información se considera más extenso para ciertas prácticas, como la cirugía plástica estética, en el sentido de que se exige información más completa y espaciada en el tiempo, dada la naturaleza de los procedimientos involucrados –de embellecimiento– y su carácter “electivo”. Finalmente, queda claro que el derecho a la información con que cuenta un paciente, como previo a un procedimiento médico, presenta una contracara, cual es el derecho a no saber. En efecto, existe un derecho a no saber, es decir, a renunciar al derecho a conocer informadamente. Es que así como es corolario lógico del derecho a consentir un tratamiento médico, el derecho a negarse al mismo, el derecho a no saber, constituye la contrapartida necesaria del derecho a conocer la información médica relevante para someterse a un

tratamiento. El derecho a no saber parece volverse especialmente relevante en materia de información a pacientes oncológicos. Se afirma que no podrían darse reglas fijas en el tema, y que debería actuarse de acuerdo con las características propias de cada paciente, destacándose la capacitación específica con que debe contar el personal encargado de brindar tal información, y la necesidad de informar a los representantes legales en caso de niños pequeños y personas que no poseen el pleno uso de sus facultades mentales. Asimismo, dentro de ciertos marcos, cabe la información a los parientes o personas a cargo del paciente, en su calidad de cuidadores primarios. En la Argentina, si bien la ley 17132/67 de Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades de Colaboración en la Capital Federal no se refiere específicamente a la información que debe preceder el consentimiento a un tratamiento, sí lo hace prácticamente toda la legislación más reciente en materia de salud, como ser las sucesivas leyes de Trasplantes de Órganos, la Ley de Lucha contra el Sida (23.798/89, y más específicamente su decreto reglamentario 1244/91), la Ley 153 de Salud Básica de la Ciudad de Buenos Aires, la Ley 114 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires, la Ley No. 11044 de Investigación en Salud de la Provincia de Buenos Aires, entre otras.

Referencias

Elena I. Highton, Sandra M. Wierzbza, *La relación médico-paciente: el consentimiento informado*, Buenos Aires, Ed. Ad Hoc, 2003, 2ª. edición actualizada y ampliada, cap. XI. - “P. R. c/Estado Nacional” CNFed. Civil y Com., sala I, diciembre 28-993. P. R. N. c. Estado Nacional (Ministerio de Defensa, Ejército Argentino), LL 1994-D-20. Suprema Corte Canadiense, caratulado “Reibl v. Hughes”, Dom Law Rep. 1980 Oct. 7;114:1-35. - C. de R., N. c/Clinica Dr. A. E. Estética y o. (F 178/96), Montevideo 24 de Abril de 1998, apelada. Autos P. B. c/V., M. A. s/Daños y Perjuicios, CNCiv., sala “E”, 3/2/95, exp. 138.184, inédito.

Consentimiento 2. Capacidad

Sandra Wierzbza (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

La capacidad en el acto jurídico. El tema de la capacidad para recibir información y consentir procedimientos médicos suscita conflictos de variada índole, que se resuelven de maneras diversas según se considere que el otorgamiento del consentimiento informado constituye o no un acto jurídico. Si se considera que constituye un acto jurídico y no un mero acto lícito o manifestación de voluntad no negocial, el paciente debería ser adulto y sano mentalmente para otorgarlo y solo podría

ser dado “por otro” con representación suficiente. En este caso, deben aplicarse con rigor los límites de edad impuestos por la ley civil y aquellos correspondientes a la representación legal. Al respecto, cabe precisar que la capacidad puede ser analizada desde dos puntos de vista: a) como aptitud de la persona para ser titular de relaciones jurídicas (capacidad de derecho) *–instituida en beneficio de terceros y por razones de orden moral o ético, no puede jamás resultar excluida en materia de consentimiento informado, ya que en principio nadie puede ser privado del derecho de decidir qué se hará con su propio cuerpo a los efectos de llegar a su curación–*; y b) como aptitud del sujeto de ejercer los derechos de los cuales es titular (capacidad de hecho) *–interesa al consentimiento informado, si se considera que este constituye un acto jurídico–*. En el derecho argentino, a los efectos de los actos jurídicos, la capacidad funciona como principio general y solo se verá desplazada en los supuestos específicamente previstos por ley *–que requieren una declaración formal, oficial y judicial–* que serán de interpretación restrictiva. Tales supuestos son: I) Incapacidad absoluta: dementes (art. 54 inc. 3o. CC) y sordomudos, que no sepan darse a entender por escrito (art. 54 inc. 4o. CC); II) Incapacidad relativa: emancipados por habilitación de edad (art. 131 párr. 3o. CC); emancipados por matrimonio (art. 131/133 CC); habilitados comercialmente (art. 10/12 Código de Comercio); inhabilitados: (art. 152 bis CC). A su vez, requiere que el sujeto sea mayor de edad, es decir, contar con dieciocho años según lo dispuesto por el nuevo artículo 126 del Código Civil. Cabe destacar que la moderna legislación en materia de salud (v. gr.: Ley 22.990 de Sangre –art. 44–; Ley 24193 de Trasplantes de Órganos –art. 15–, Ley No. 11044 de Investigación en Salud de la Provincia de Buenos Aires –art. 10–, entre otras), tomaba ya los dieciocho años como edad suficiente para consentir actos médicos, aun antes de la reforma general introducida por el Código Civil.

El consentimiento como acto lícito. De acuerdo con nuestro criterio, el consentimiento informado no supone un acto jurídico, sino una mera manifestación de voluntad no negocial o mero acto lícito. Ello se traduce en la simplificación de las reglas referidas a capacidad, incapacidad y representación, régimen de nulidades, etc.: para otorgar un consentimiento informado válido no hace falta acudir a distorsiones referentes a la normal representación de los incapaces ni complicar el régimen de capacidad y representación legal, buscando a estos fines excepciones que no figuran en ninguna norma. Ello por cuanto la capacidad o incapacidad consistente en la posibilidad de decidir por sí mismo someterse a un tratamiento por parte de un enfermo debe mirarse de manera especial, pues no se

trata de la capacidad legal para realizar actos jurídicos, sino de la posibilidad de expresión de su voluntad, previa comprensión del acto médico y de sus consecuencias sobre la vida y la salud, de la facultad de comparar las ventajas alternativas, además de la posibilidad para sobreponerse al miedo, a la angustia y al nerviosismo que conlleva una situación de esta índole. Debe atenderse más bien a razones de aptitud psicológica, a que el sujeto pueda o no ejercer personalmente su derecho a otorgar un consentimiento informado luego de la adecuada revelación de lo que necesita saber para decidir. En tanto si se piensa que se está ante un acto jurídico no se trata solo de una cuestión fáctica, sino que debe existir una causal jurídicamente relevante que impida la plena capacidad; por el contrario, si se considera que se está ante una declaración de voluntad no negocial, ante un mero acto lícito, la cuestión no se refiere ya a una incapacidad legal, sino a una imposibilidad fáctica, la que fácilmente puede darse en el caso de enfermedad física o psíquica, momentos en que existe cierta debilidad, poca disposición para entender o dificultad para recibir una explicación, en que el paciente está bajo el efecto de calmantes o excepcionalmente nervioso o irritable o dolorido.

Capacidad y competencia. En este sentido, algunos autores distinguen entre capacidad y competencia. *Capacidad* es una noción usada principalmente en el ámbito de los contratos; por eso, y por razones de seguridad jurídica, por lo general las leyes establecen una edad determinada a partir de la cual se alcanza la mayoría de edad. *Competencia* es un concepto perteneciente al área del ejercicio de los derechos personalísimos; no se alcanza en un momento preciso, sino que se va formando, requiere una evolución; no se adquiere o pierde en un día, o en una semana. Bajo esta denominación, se analiza si el sujeto puede o no entender a cabalidad aquello que se le dice, cuáles son los alcances de la comprensión, si puede comunicarse, si puede razonar sobre las alternativas y si tiene valores para poder juzgar. La noción de consentimiento informado está unida a la noción de discernimiento y, en consecuencia, a la de *competencia*. Así, debe contemplarse el supuesto de personas de cierta edad, que no han sido declaradas ni son pasibles de ser declaradas como incapaces, pero no pueden expresar su voluntad informada al tiempo del acto médico sin la ayuda de un familiar. Además, debe tenerse en cuenta a los menores, por lo menos a los menores adultos u otras personas relativamente incapaces desde el punto de vista legal, quienes pueden y deben considerarse capaces de aceptar y consentir por sí mismos ciertos tratamientos, fundamentalmente los referidos a cuestiones que su pudor o temor impide –y ellos expresamente prohíben– que les

sean reveladas a sus progenitores, curadores o asistentes, en atención a la índole de la dolencia (por ejemplo, enfermedades venéreas, adicciones, etc.) cuando ellos comprenden perfectamente todo lo relativo a los alcances de la práctica propuesta y que la sola mención de la necesidad de otra autorización impediría tratar. Debe informarse al incapaz, aunque jurídicamente sea tal, cuando tenga suficiente juicio y voluntad para consentir el procedimiento. En definitiva, una persona está en condiciones de consentir un tratamiento médico a menos que sea incapaz de tomar una decisión relativa al tratamiento propuesto. Debe atenderse para ello al momento previo, o inclusive al momento mismo de la práctica o procedimiento, por ejemplo, si el paciente está medicado o bajo el efecto de sedantes o atravesando una crisis nerviosa, si puede oír bien cuando se le hace la revelación oralmente, si puede leer bien cuando se trate de formularios o explicaciones escritas; es decir que debe estarse a su concreta aptitud para consentir, pues luego el paciente podrá alegar que su consentimiento se logró cuando era incapaz de comprender a cabalidad el alcance del tratamiento. Si bien es difícil trazar una línea para determinar el umbral en que un enfermo es capaz o incapaz de tomar una decisión médica, el criterio para considerar a un paciente competente o incompetente debe estar regido por los valores rectores de la doctrina del consentimiento informado, es decir, en primer lugar, la autonomía individual, y recién, en segundo lugar, la razonabilidad de la decisión, mientras muestre adecuado respeto por la salud del paciente. Aunque una última determinación siempre quedará en manos de los tribunales de ser necesario, la costumbre y la práctica hacen que sea el médico tratante quien decida acerca de la aptitud. Además, los facultativos serán quienes hagan una primera evaluación acerca de la capacidad del enfermo para consentir el tratamiento, desde que la posibilidad de aceptar o no lo que diga el paciente estará a su cargo.

Incapacidad y representación. En cuanto a la representación del incapaz, pensamos que cuando se ha verificado la existencia de una incapacidad que obliga al profesional a requerir el consentimiento de otro por imposibilidad del paciente, este debe ser pedido, en principio, al padre, la madre, el cónyuge, el tutor, el curador, el hermano, el hijo, el pariente, la concubina, el amigo o aquel que acompañe y esté al lado del paciente al tiempo de la atención médica. Y no nos referimos a una incapacidad y consiguiente representación legal, sino a una imposibilidad y consiguiente representación fáctica. No nos parece adecuado establecer ni una pauta de capacidad ni un orden rígido para ello, por cuanto en la práctica la asistencia y preocupación constante de un familiar por la salud de

un paciente podría justificar que sea el llamado a asentir, aunque hubiera personas de parentesco más cercano. El consentimiento informado *por otro* debe ser apreciado con criterio amplio, favorable a la realización del procedimiento cuando fuere adecuado desde el punto de vista terapéutico, considerando las particularidades del caso. Solo de esta manera podrá brindarse soluciones equitativas en supuestos de discordancia en las decisiones de los parientes (por ejemplo, desacuerdos entre padre y madre del menor); o en casos en los que parientes más lejanos o personas que no guardan relación de parentesco con el paciente (por ejemplo, la concubina, un gran amigo, etc.) se ocupan del enfermo como no lo hacen los verdaderos representantes legales o parientes; o en casos de menores adultos que acuden solos al médico y no desean que sus padres intervengan, en especial en atención a la índole de la dolencia.

Referencias

Elena I. Highton, Sandra M. Wierzbza, *La relación médico-paciente: el consentimiento informado*, Buenos Aires, Ed. Ad Hoc, 2003, 2ª. edición actualizada y ampliada, cap. V. - Aída Kemelmajer de Carlucci, "El derecho del menor a su propio cuerpo", en G. Borda (director), *La persona humana*, Buenos Aires, La Ley, 2001, p. 249. - Olga O. Lavalle, "Consentimiento informado en adolescentes", Buenos Aires, Jurisprudencia Argentina N° Especial: *Bioética*, 1 nov. 2000, p. 56. - Alfredo Orgaz, "El consentimiento del damnificado", Buenos Aires, La Ley, Tomo 150, p. 958.

Consentimiento 3. Voluntad

Sandra Wierzbza (Argentina) - Universidad de Buenos Aires

Concepto. Se ha caracterizado al *consentimiento informado* como una declaración de *voluntad* efectuada por un paciente, por la cual, luego de brindársele suficiente información referida al procedimiento o intervención quirúrgica que se le propone como médicamente aconsejable, este decide prestar su conformidad y someterse a tal procedimiento o intervención. Así, tanto el deber de revelar como el de consentir constituyen aspectos distintivos propios de la doctrina del consentimiento informado. Y consentir no es simplemente aceptar someterse al tratamiento, pues el enfermo debe tomar una verdadera decisión. Hay dos aspectos esenciales de una decisión legalmente válida: el *entendimiento* o *comprensión* y la *voluntariedad*. Es muy común que las personas no entiendan lo que se les dice; y frente a esta realidad sencilla y cotidiana no existe razón por la cual no pueda ocasionalmente, o aun con cierta frecuencia, suceder esto en las conversaciones entre médicos y pacientes. De hecho debe aceptarse, y estudios

empíricos así lo han demostrado, que los enfermos a menudo no llegan a entender la información que se les ofrece, sea verbalmente o por escrito, sin que se trate de personas que carezcan de capacidad en su vida normal. En cuanto al segundo aspecto, en el sistema civil argentino la declaración de voluntad prestada en razón del consentimiento informado debe cumplir con ciertos requisitos internos y externos a fin de que el acto pueda considerarse voluntario. Para que el consentimiento provenga de un acto voluntario, los elementos internos y externos deben concurrir. Lo normal es que la manifestación de voluntad se corresponda con los elementos internos que la forman; cuando ello no es así, se deberá efectuar una opción y determinar qué elementos deben prevalecer.

Elementos internos. Desde el punto de vista interno, para que la declaración del paciente pueda ser considerada *voluntaria*, deberá ser efectuada con discernimiento, intención y libertad (conforme al Art. 897 del Código Civil). El *discernimiento* es el entendimiento o inteligencia, la facultad de poder conocer; y puede ser definido como la aptitud del espíritu humano de distinguir lo verdadero de lo falso, lo justo de lo injusto y, en general, de apreciar la conveniencia o inconveniencia de las consecuencias de las acciones humanas, sean propias o ajenas. Requiere cierto desarrollo intelectual, por lo que puede verse desplazado por la inmadurez mental del paciente o su insania. En estos supuestos, podría ser necesario el consentimiento dado por otro y no por el propio paciente. La *intención* es el propósito de la voluntad al realizar cada uno de los actos conscientes, por lo que se refiere al conocimiento concreto en la circunstancia determinada. Se verá impedida en ocasión de error o ignorancia del paciente o cuando se lo indujere a efectuar una declaración mediante engaños o dolo, en cuyos casos existirá divergencia entre el fin o propósito del acto y el resultado obtenido. En tanto la intención se refiere al acto concreto y al conocimiento del mismo, la incorrecta revelación del médico puede hacer fallar este elemento de la voluntad. El elemento *libertad* se relaciona con la espontaneidad de la declaración, con la independencia de la voluntad. La determinación del enfermo implica un imperio de sí mismo, la posibilidad de haber elegido. Un sujeto se verá privado de su libertad cuando se ejerza coacción externa sobre él, de tal manera que se vea privado de actuar con espontaneidad debido a fuerza o intimidación. Si el paciente fuera capaz para consentir y el profesional del arte de curar llevara a cabo un tratamiento sin obtener su consentimiento, se vería afectada su libertad, y, por tanto, no podría decirse que hubo sometimiento voluntario al tratamiento. Esta situación

más difícilmente podrá darse en casos de pacientes ambulatorios, pero no sería del todo improbable cuando se tratara de pacientes internados. Sin embargo, esta falta de libertad está relacionada con la violencia y no con el mero intento de convencer al paciente para que se trate, pues lo cierto es que si no existe libertad absoluta para los actos jurídicos en general, menos aun cuando se trata de enfermos, entendiéndose que en la vida siempre hay un cúmulo de factores que restan posibilidades de verdadera opción o elección al sujeto. Para que se admita la falta de libertad, la voluntad del paciente debe haber sido sustituida por una voluntad extraña o por un conjunto de circunstancias externas que hayan eliminado la espontaneidad de la decisión. La legislación, la doctrina y la jurisprudencia prevén ciertos casos de privación legítima de la libertad o legitiman la actuación del médico sin, o inclusive en contra de, la voluntad del paciente, con o sin autorización judicial. Así, en algunas situaciones en que está en peligro la vida del paciente o de terceros, cuando existe supuesto de urgencia extrema, cuando alguien tiene el derecho de dirigir las acciones de otro, etcétera.

Elementos externos. Además, para que produzca sus efectos jurídicos, deben darse ciertas *condiciones externas*, es decir que la voluntad deberá exteriorizarse o manifestarse, ya que los hechos no son propósitos, sino realidades. Para que la voluntad del paciente permita al médico o institución realizar el tratamiento contando con su anuencia, la voluntad debe haberse manifestado exteriormente. Al respecto, el art. 913 del Código Civil argentino establece que “ningún hecho tendrá el carácter de voluntario, sin un hecho exterior por el cual la voluntad se manifieste”. Pese a ello, no siempre existe excesiva formalidad en cuanto a la declaración de voluntad, pues a su vez el art. 915 del Código Civil establece que “la declaración de la voluntad puede ser formal o no formal, positiva o tácita, o inducida por una presunción de la ley”. La declaración formal de voluntad aparece como necesaria en los casos en que la eficacia de los actos depende de la observancia de ciertas formalidades exclusivamente admitidas como expresión de voluntad para el acto de que se trata (art. 916, Código Civil). En estos supuestos, no existe libertad para elegir las formas de expresión de la voluntad (por ejemplo, para la celebración del matrimonio existe una forma legal determinada), libertad que se conserva, por el contrario, para los actos no formales. Los actos formales pueden a su vez ser solemnes o no solemnes. Habrá declaración expresa –o positiva– de voluntad, cuando esta se manifieste en forma verbal, escrita o por signos inequívocos con referencia a determinados objetos (art. 917, Código Civil). En cambio, la

declaración de la voluntad será tácita cuando surja de hechos o actos “*por los cuales se puede conocer con certidumbre la existencia de la voluntad, en los casos en que no se exija una expresión positiva, o cuando no haya una protesta o declaración expresa contraria*” (art. 918, Código Civil). Obviamente, la prueba será tanto más difícil cuanto menos formal sea la forma que se adopte para expresar la voluntad; si no se adoptó la exteriorización expresa –más aún, escrita– de declaración de la voluntad podrá luego haber serias dificultades de prueba. También habrá declaración tácita de voluntad en los escasos casos en los cuales el silencio tiene relevancia jurídica. Ello sucederá en supuestos excepcionales, por ejemplo, cuando tenga relación con declaraciones anteriores, ya que en principio el silencio no sirve como manifestación de la voluntad, en nuestro derecho (art. 919, Código Civil); o cuando la misma derive de una presunción legal (art. 920, Código Civil). Sin embargo, puede deducirse una manifestación tácita de voluntad de actos posteriores, que no hubieran sobrevenido de no haberse consentido actos –en el caso de tratamientos o prácticas médicas– anteriores. La relación médico-paciente no se da o se constituye, en general, por acto instantáneo, sino con cierta continuidad, y de los comportamientos de hecho pueden deducirse, en ciertas circunstancias y ante conductas inequívocas, que no den lugar a dobles interpretaciones, consentimientos tácitos. La larga relación hace más probable que un silencio tenga significado de consentimiento y ciertas actitudes omisivas o hechos positivos posteriores pueden valer como manifestación de voluntad. La cuestión debe dilucidarse a la luz de la buena fe.

Voluntad y toma de decisiones. Ahora bien, la interacción entre los médicos y los enfermos para llegar a tomar decisiones sobre un tratamiento concreto puede conceptualizarse desde dos puntos de vista: a) *Toma de decisión instantánea:* esta puede considerarse como acaecida en un solo momento. El formulario de consentimiento constituye el eje central del modelo y la comprensión por parte del paciente, aunque deseable en abstracto, es menos relevante que el suministro de la información. Se adapta bien a la moderna organización hospitalaria de división del trabajo, pero cristaliza el consentimiento informado como algo separado del ritmo propio y del contexto de la tarea médica; y, en consecuencia, parece impuesto por un sistema legal que no está del todo interiorizado de esta realidad; b) *Toma de decisión en el contexto de un proceso:* el modelo que entiende el consentimiento informado como un proceso se basa en la asunción que la decisión llega tras un continuo devenir y que el intercambio de información es permanente durante el curso de la

relación médico-paciente. El otorgamiento de este consentimiento se basa en una relación especial de confianza, siendo múltiples sus ventajas y destacándose la participación activa del paciente en las decisiones, lo que importa la mayor identificación con las mismas y una mejor comprensión de lo que significa el tratamiento, alcanzándose normalmente el mejor cumplimiento de las medidas dispuestas de común acuerdo. En la jurisprudencia argentina de la última década, el tema de la voluntad del enfermo ante la necesidad de optar por un tratamiento médico, ha recibido una consideración especial en temas siempre vinculados a la doctrina de consentimiento informado, y más específicamente a supuestos de negativas a tratamientos médicos por objeción de conciencia o por otras motivaciones, en casos de pacientes terminales y ante solicitudes de autorización para procedimientos de esterilización en casos de mujeres en edad de procrear, entre otros.

Referencias

Elena I. Highton, Sandra M. Wierzbica, *La relación médico-paciente: el consentimiento informado*, Buenos Aires, Ed. Ad Hoc, 2003, 2ª. edición actualizada y ampliada, cap. III.

Consentimiento en atención clínica

José Eduardo de Siqueira (Brasil) -
Universidad de Londrina

El paternalismo médico. El juramento hipocrático es probablemente el más antiguo texto moral que la humanidad conoce y es repetido en cada ceremonia de cierre de cursos de medicina, en todas partes del mundo occidental. Presenta la siguiente introducción: “*Juro por Apolo médico, por Asclepios, Higeia y Panacea, así como por todos los dioses y diosas, cumplir en la medida de mis fuerzas y de acuerdo a mi criterio el juramento y compromiso que siguen...*”. El énfasis en el criterio de decisión particular del médico ignorando la opinión del paciente está presente en varios otros textos de Hipócrates. En “Sobre la decencia”, así se expresa el padre de la medicina sobre el comportamiento del médico a la vista de sus pacientes: “*Haz todo eso con calma y orden, ocultando al enfermo durante tu actuación la mayoría de las cosas. Dale las órdenes oportunas con amabilidad y dulzura y distrae su atención, repréndele a veces estricta y severamente, pero otras, anímale con solicitud y habilidad, sin mostrarle nada de lo que va a pasar, ni de su estado actual*”. Larga vida tuvo el paternalismo médico, siempre orientado por el principio de que el enfermo carecía de autonomía y era incapaz de tomar decisiones, siendo su única obligación moral, la obediencia. Delante del poder de decisión del

médico, le correspondía al enfermo solo el deber de acatar las orientaciones del profesional. Es de la mitad del siglo XV, el siguiente texto atribuido a Santo Antonio de Florencia: “*Si un hombre enfermo recusa las medicinas recetadas por un médico, llamado por él o su familia, puede ser tratado contra su propia voluntad, del mismo modo que un hombre puede ser retirado contra su voluntad de una casa que está por tumbar*”. Al comienzo del siglo XIX Thomas Percival así se refiere a los derechos del paciente: “*Cuando un paciente hace preguntas que contestadas sinceramente pueden resultar en desventajas, sería un grave error revelarle la verdad. Su derecho a la verdad es dudoso o mismo nulo*”. El primer código de ética de la modernidad producido en la mitad del siglo XIX, por la Asociación Médica Norteamericana, recibe una gran influencia de la obra de Thomas Percival y trae en su artículo 1º el siguiente postulado: “*El médico debe tratar con atención, constancia y humanidad todos los casos a su cargo (...) A la imbecilidad y a los caprichos de los pacientes debe conceder una disculpa razonable (...)*”. El vínculo de la relación médico-paciente se asemeja al de una familia, adjudicándose al médico la figura del padre y al enfermo el papel de hijo. Este modelo asimétrico de relación duró hasta comienzos del siglo XX, cuando pacientes norteamericanos pasaron a enjuiciar a médicos que omitían informaciones, impidiéndolos de tomar decisiones autónomas. La historia pasa a acumular sentencias judiciales penalizando a médicos que no respetaban las decisiones de sus pacientes. Una sentencia paradigmática fue la emitida por el Juez Benjamín Cardozo en el caso *Schloendorff versus Society of New York Hospital* en 1914: “*Todo ser humano de edad adulta y juicio sano tiene el derecho de determinar lo que debe hacerse con su propio cuerpo y un cirujano que realiza una intervención sin el consentimiento de su paciente comete una agresión por la que se le pueden reclamar legalmente daños*”.

Respeto de la autonomía. A la vista de esta nueva realidad, los códigos de ética profesional pasan a reconocer al paciente como persona capaz de asumir decisiones autónomas y retiran de la categoría médica el poder de depositaria de la salud pública y, como consecuencia, el tradicional paternalismo médico pierde sustentación. En el año 1973 se edita el *Código de Derechos del Paciente de la Asociación Norteamericana de Hospitales*, el cual dispone que “*el paciente tiene derecho de recibir de su médico las informaciones necesarias para acceder su consentimiento, antes de iniciarse cualquier procedimiento y/o tratamiento médico*”. Todos los códigos de ética pasaron a incorporar este nuevo mandato. El clásico paternalismo hipocrático sale de escena y la sociedad pasa a debatir los límites sensatos del ejercicio de la autonomía por parte

de los pacientes para la toma de decisiones. Se abandona así la relación radicalmente asimétrica y vertical médico-paciente y se construye, aunque tímidamente, un nuevo pacto de relación, más horizontal y simétrico. En el año 1974, el Congreso norteamericano, preocupado con la carencia de control social sobre las investigaciones realizadas en seres humanos y reaccionando a situaciones de incontestable falta de respeto a los individuos sujetos de las mismas, constituyó una comisión con la finalidad de proteger a las personas sometidas a pesquisas médicas, iniciativa esta que condujo a crear la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*. En la época, el caso más famoso y que generó enorme perplejidad pública, fue el *Tuskegee Study*, investigación realizada desde el año 1932 con negros de Alabama portadores de sífilis. La National Commission estableció como su objetivo fundamental la identificación de “*principios éticos básicos que orientarían la investigación en seres humanos en las ciencias del comportamiento y en la biomedicina*”. Después de cuatro años de reuniones periódicas, la Comisión publicó el histórico Informe Belmont, que identifica tres grandes principios considerados esenciales para autorizar la realización de las mencionadas investigaciones: respeto por las personas (luego autonomía), beneficencia y justicia. *Autonomía* entendida como la capacidad de cada persona de actuar con conocimiento de causa y sin coacción externa para ofrecer espontáneamente su consentimiento para participar de cualquier experimento. Se crean entonces dos instrumentos para implementar las recomendaciones del Informe en todos los centros de pesquisas médicas. El primero, conocido como término de consentimiento informado firmado por el sujeto de la investigación después de haber sido instruido adecuadamente sobre la metodología y los objetivos del experimento y, en el caso de incompetencia del mismo para manifestar su propia voluntad, se propuso el término de decisiones de sustitución, firmado por los padres o responsables legales de los pacientes.

Consentimiento en atención clínica. El consentimiento informado en atención clínica es siempre dinámico y se fundamenta en el imperativo de máximo respeto a la dignidad del ser humano enfermo. La sociedad moderna exige que los médicos reconozcan la competencia de sus pacientes para la toma de decisiones relativas a procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados en sus propios cuerpos. Es preciso considerar, sin embargo, que si es reprobable la actitud paternalista, que no reconoce el ejercicio de autonomía de las personas, igualmente irresponsable será la “actitud de Pilatos”, que aspira transferir sistemáticamente todas las decisiones para la esfera de

dominio de los pacientes, sin que ellos estén informados de manera adecuada. El profesional de la salud precisa reconocer que el consentimiento pleno ofrecido por el paciente, para cualquier procedimiento, solo podrá efectuarse después de que él haya sido suficientemente informado y haya comprendido todas las variables necesarias para tal decisión y, por tanto, depende por completo de la iniciativa y dedicación del médico. La relación médico-paciente necesariamente será dinámica, interactiva y conducida por un diálogo respetuoso, siempre considerando que el papel central en la toma de decisiones finales pertenece al paciente. La medicina moderna convive con el incremento expresivo de diagnósticos de enfermedades crónicas y un sinnúmero de posibilidades terapéuticas, cada una con sus propios riesgos y beneficios, lo cual hace el proceso de la toma de decisiones extremadamente complejo. Entre la actitud paternalista y el ejercicio no crítico de la autonomía radical concedida al enfermo, está la prudencia en la búsqueda de las mejores y más razonables decisiones concertadas entre los dos protagonistas, médico y paciente. Lamentablemente, se percibe una práctica inaceptable de considerar el término de consentimiento informado como un procedimiento burocrático para obtener del paciente un documento legal de protección del profesional de la salud contra eventuales procesos judiciales. Formulada inicialmente para permitir decisiones libres y autónomas por parte de las personas enfermas respecto a propuestas clínicas, el término consentimiento se ha transformado en un instrumento de protección jurídica de profesionales guiados por la ideología de la medicina defensiva. Es imperioso retomar el consentimiento como proceso de encuentro y diálogo entre el profesional de la salud y el paciente, ejercido desde la admisión de este en cualquier unidad de asistencia médica primaria hasta el alta definitiva efectuada en un hospital terciario. Además de informaciones suficientes y claras, no pueden aceptarse actitudes de coacción, ejercidas por familiares y/o profesionales, para condicionar la decisión del paciente, sobre los procedimientos clínicos. En la cultura latina a menudo se acepta que el médico ofrezca informaciones incompletas sobre la enfermedad con el objetivo de obtener cómodamente el consentimiento del paciente acerca de las propuestas sugeridas por el profesional. Este condenable tipo de manipulación también es ejercida por familiares que buscan tener el control sobre las decisiones terapéuticas y diagnósticas sin respetar la voluntad propia del paciente. En el año 1935, enseñaba el gran clínico español Gregorio Marañón en *Vocación y ética*: “¡El médico, pues, debe mentir y no solo por caridad, sino por servicio a la salud! Cuántas

veces una inexactitud, deliberadamente imbuida en la mente del enfermo, le beneficia más que todas las drogas de la farmacopea!”. Conocido como pacto de silencio es el común acuerdo realizado entre médicos y familiares para ocultarles a los pacientes informaciones consideradas, a priori, como dañosas para el equilibrio mental de los frágiles enfermos. Debe tenerse presente que la mentira invariablemente es un mal camino a ser adoptado. El paciente no pide mentiras piadosas, sino formas piadosas de aproximación a la verdad. Importante, sin embargo, es considerar que el camino que busca conocer la verdad difiere enormemente según las personas y los diferentes momentos de la vida de cada uno. Cualquier enfermedad genera diferentes grados de vulnerabilidad individual y construye obstáculos para la lucidez del paciente y el profesional de la salud no puede dejar de reconocerlos. Tanto la mentira piadosa como la verdad expuesta con frialdad e incondicionalmente por el profesional muestran la incompetencia de establecer un vínculo saludable entre el paciente y el médico.

El trato respetuoso de la información. La relación médico-paciente debe tener siempre como presupuesto su singularidad y la necesidad de respeto mutuo. La solicitud del paciente por información debe hacer que el profesional esté disponible para satisfacerla, sin dejar de considerar las situaciones comunes de fragilidad personal, miedos y hasta momentos de irracionalidad por parte del enfermo delante del sufrimiento no deseado. El flujo de informaciones en la relación médico-paciente debe someterse al respeto debido a los interlocutores y materializarse en acciones de lealtad y auténtico compañerismo. Para esto, no existe otro camino sino el del diálogo realizado con prudencia y discernimiento, pues a menudo ocurrirán situaciones que serán marcadas por momentos de silencio y de lenguaje no verbal llevado a cabo por ambos protagonistas. Es el paciente, sin embargo, quien debe escoger la forma, el ritmo y los límites de la revelación de las verdades referentes a su molestia, cabiéndole al médico ser leal y atento a las dudas e inseguridades del enfermo y sus familiares. Para que un proceso de decisiones clínicas tenga éxito es necesario considerar las expectativas de los participantes –médico y paciente– en la búsqueda de soluciones. Ambos deben estar de acuerdo en establecer un diálogo continuo sobre el conocimiento de las dimensiones de la enfermedad, y las perspectivas de investigaciones, tratamiento y pronóstico de la misma, teniendo en cuenta ventajas y desventajas de cada una de las decisiones a ser tomadas. Esta dinámica debe ser conducida, etapa por etapa, con tiempo para permanentes evaluaciones de todos los procedimientos y, siempre que sea posible, consensualmente adoptados. Hay, sin embargo, situaciones especiales que no permiten

el cumplimiento de todas las etapas deseadas: aquellas que abarcan procedimientos de urgencia, en los cuales se impone adoptar con rapidez los cuidados para la manutención de los datos vitales. Igualmente, los procedimientos de ciertos especialistas, como anestesistas e intensivistas, no siempre cuentan con el tiempo suficiente para una mejor interacción médico-paciente. Asimismo, otra situación que requiere ser considerada es aquella en la cual el paciente decide libremente transferir la responsabilidad por la toma de decisiones a su médico si su confianza en el profesional es bastante firme para este tipo de delegación de poder. Ello no significa pérdida de autonomía, sea que esta opción se dé por inseguridad o por búsqueda de una reducción de su ansiedad personal. Asimismo merecen especial atención las circunstancias especiales en que la toma de determinadas decisiones clínicas necesitan del apoyo de personas más próximas a los valores morales o a las creencias de los pacientes, como los de naturaleza étnica, religiosa o cultural. Los profesionales de la salud no deben oponerse a tales contribuciones. En síntesis, la relación profesional de la salud-paciente debe verse como un coloquio singular, que tiene inicio con el relato del sufrimiento personal del paciente, y que sigue con atención activa, diálogo, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, buscando la cura o el alivio de la enfermedad. No podrá ser en ningún momento el encuentro entre un técnico y un cuerpo enfermo, sino la cooperación entre dos individuos que, aún teniendo historias biográficas y formaciones profesionales diferentes, se estiman como personas que cultivan el respeto mutuo y el reconocimiento incondicional de la dignidad humana.

Referencias

A. Cordeiro, *Bioética para clínicos*, Madrid, Editorial Triacastela, 1999. - R. Faden, T. Beauchamp, *History and theory of Informed Consent*, New York, Oxford University Press, 1986. - D. Gracia, *Fundamentos de bioética*, Madrid, Eudema, 1989. - G. Marañón, *Vocación, ética y otros ensayos*, 3.ª ed., Madrid, Espasa Calpe, 1947. - L. Martin, *A ética médica diante do paciente Terminal*, São Paulo, Editora Santuario, 1993. - J. C. Tealdi, "Los principios de Georgetown: análisis crítico", en *Estatuto Epistemológico de la Bioética*, México, Unesco, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, 2005. - National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, *The Belmont Report*, Washington, PRR Reports, 1979. - *Tratados Hipocráticos I*, Madrid, Gredos, 1983.

Consentimiento comunitario

Javier Luna Orozco (Bolivia) - *Universidad Nuestra Señora de La Paz*

El concepto de consentimiento. La realidad ampliamente diversa de los grupos que conforman las

sociedades humanas, de acuerdo con características genéticas propias de su raza, idiosincrasia, cultura, religión, lengua y medio geográfico en el que habitan es, de por sí, un tema que debería llevar a un análisis mucho más profundo de las nociones de *consentimiento* que han venido aplicándose en la práctica médico-asistencial y en la investigación. Aceptar únicamente la definición médico-legal de *consentimiento informado* como "el que ha de prestar el enfermo o, de resultarle imposible, sus allegados, antes de iniciarse un tratamiento médico o quirúrgico, tras la información que debe transmitirse el médico de las razones y riesgos de dicho tratamiento" es una definición limitada que no da lugar a considerar esa diversidad, situando a la persona en un contexto genérico que no considera la individualidad intrínseca que posee. Al concepto de *consentimiento informado* deberían agregarse las cualidades de *esclarecido* y *particularizado*, lo cual no solo requiere aplicar el *principio de información adecuada* para conseguirla, sino que esta información, a más de ser entendida y asumida por la persona, debe ser brindada previamente con una *actitud afectiva* que muestre y demuestre sinceridad, solidaridad y benevolencia, acordes con el virtuosismo y el carácter del *good doctor* del que nos habla James Drane y que los latinos lo definieron en el *vir bonus sanandi peritus*, es decir, hombre bueno (con la condición *previa* de bondad) experto o perito en el arte de sanar. Lo dicho se completa y se hace aún más complejo con las connotaciones filosóficas del giro aplicado al *casuismo* o *situacionismo* en el que podría ubicarse *el paciente individual*, considerado en su singularidad y dignidad particular.

Consentimiento comunitario. La complejidad es aun mayor si aceptamos que el consentimiento pudiera ir más allá del que brinda la persona enferma y sus familiares, y ser influido por otras condiciones, dígame sociales, económicas, religiosas o de otra índole, situándose en esa complejidad el denominado consentimiento comunitario sobre el cual no existe casi nada escrito, pero que se inscribe en una realidad muy propia de algunas sociedades indígenas americanas y probablemente de otras latitudes. Esto al menos es lo que se observa en los hospitales de Bolivia, como el Hospital de Clínicas de La Paz que, al ser público y no estar cubierto por la seguridad social, acoge a los grupos poblacionales más pobres, y por tanto vulnerables, constituidos en su inmensa mayoría por indígenas que tienen una fuerte raigambre rural de naturaleza comunitaria, donde las decisiones no las toma el individuo, sino el núcleo social agrario al que pertenece, bajo la égida de un cacique o curaca, y con un totemismo de dioses tutelares propios (*huakas*), distintos de los de la familia propiamente dicha (*konopas*), ya que "los mitos representan las

huellas psíquicas” impresas en el carácter de su pueblo. Esa sumisión a la opinión del conjunto ha calado hondamente en la psicología y el comportamiento de muchos pacientes y sus familiares próximos, que no deciden o tienen temor de decidir por sí mismos, en tanto no cuenten con una opinión de consenso colectivo, manifestada con la inclusión de allegados a quienes se respeta por ser padrinos, compadres o poseer cualquier otro rango en la comunidad de la cual procede el enfermo. Lo dicho se confronta con el principio de *autonomía* y el respeto a la *confidencialidad* de la bioética anglosajona, y es algo que debe saber interpretar y conducir muy prudentemente el equipo de salud a cargo del paciente, porque escapa de la ética convencional puramente regulada por normas, acercándose más al *diálogo entre extraños morales* de Engelhardt. A más de ello, está la necesaria adecuación de la atención médico-sanitaria a los hábitos y costumbres diversas que tienen los pacientes, desde la manera de vestirse, la actitud que adoptan ante el médico o la lengua que hablan –que muchas veces requiere intérpretes–, hasta la posición de parto que prefieren las mujeres de determinadas etnias; sumándose la influencia del curandero y/o médico tradicional (*yatiri* o *callahuaya* de las culturas aymara y quechua), que puede actuar antes o después de la atención médica del paciente en el hospital.

Realidad latinoamericana, interculturalidad y etnomedicina. Todos estos factores, más o menos compartidos en muchas realidades latinoamericanas, determinan que la *interculturalidad* en las prestaciones médico-sanitarias de los países con una alta concentración poblacional indígena (México, Bolivia, Perú, Ecuador y algunos de Centroamérica), deba ser incorporada como un tema muy propio, tanto en la identificación y construcción de una bioética latinoamericana, como en la formación académica universitaria de los recursos humanos en salud y las disciplinas sociales relacionadas, acercándonos cada vez más al perfil social humanístico que debe tener el nuevo profesional en salud, con conocimientos de filosofía aplicada, antropología, sociología, geografía sanitaria, historia de la medicina, idiomas nativos, medicina tradicional local y formas de medicina alternativa, a más de la deontología y las éticas aplicadas. Afortunadamente, la *interculturalidad* está siendo incorporada,

incluso en la práctica diaria de algunos hospitales, revalorizando el aporte de las muchas expresiones que tiene la etnomedicina, y es especial en lo que hace al uso de plantas medicinales y otras sustancias de origen natural que deben ser valcamente; como lo ha demostrado el XIV Congreso Italo-Latinoamericano de Etnomedicina, realizado en Ciudad de México, en septiembre de 2005. La gravitación del consentimiento comunitario no solo se da en la asistencia médica de los pacientes, sino también en los procesos de investigación que se desarrollan en comunidades rurales, requiriéndose, en muchas ocasiones, el consentimiento de las autoridades de la comunidad (corregidor, sindicato, incluso de una asamblea), luego de dejar en claro el impacto y la relevancia de la investigación, a más del mejoramiento de la salud y otros beneficios que pudiera darse a la comunidad. Lo mismo puede decirse frente a las enfermedades endémicas, cuyo control requiere necesariamente la participación de grupos sociales activos que previamente sean informados, sensibilizados y capacitados para coadyuvar en las tareas sanitarias a realizarse. Por último, una expresión de *consentimiento comunitario* es la respuesta misma que se logra de la población en general ante las muchas formas de medicina social, como las campañas promocionales de educación sanitaria, prevención de enfermedades infecto-contagiosas, saneamiento básico y ambiental, prevención de desastres y otras, que involucran a las personas en pro de sus propios intereses.

Referencias

- James F Drane, *Becoming a Good Doctor*; Sheed Ward, second edition, 1995. - Graciela Fernández, “El problema filosófico de la aplicación: casos y situaciones”, en *El giro aplicado, transformaciones del saber en la filosofía contemporánea*, Ediciones Universidad Nacional de Lanús, 2002. - Javier Luna Orozco, “Relación con los pacientes en el quehacer médico sanitario”, *Revista Boliviana de Bioética*, Vol. 1, N° 1, enero-junio, 2005. - Fernando Montes Ruiz, *La máscara de piedra*, La Paz, Editorial Quipus, 1984. - *Revista Latinoamericana de Química*, Suplemento especial XIV Congreso Italo-Latinoamericano de Etnomedicina Gonzalo Aguirre Beltrán, México, Edición Mixim, 2005. - Enrique Vargas Pacheco, “Investigación en salud, adecuada y aprobada éticamente”, *Revista Boliviana de Bioética*, Vol. 1, N° 1, enero-junio, 2005.

Cuerpo humano

En el concepto *cuerpo humano* se ha agrupado en medicina tanto el conocimiento de la anatomía y la fisiología humana como el de la biología y la embriología, la psicología y la sociología, la epidemiología y la bioestadística, la economía y la política, entre otras disciplinas científicas que tienen como objeto al hombre y lo describen como hombre 'normal' o 'patológico' o, en determinadas condiciones de salud, como población. Podría pedirse que ese conjunto de conceptos científicos fuera sistematizado de modo coherente por una antropología científica de la salud. Sin embargo, aunque esto ocurriera, la medicina y las ciencias de la vida con sus tecnologías conexas todavía estarían frente al desafío de pronunciarse en torno a la condición de 'humano' con la que se define ese cuerpo, desafío del que no pueden dar cuenta las disciplinas científicas. Haría falta en ese caso desarrollar una antropología filosófica de la salud que reflexionara en torno a la idea de ser humano y del paciente como persona.

El cuerpo en medicina y ciencias de la vida. La bioética ha venido a recoger los problemas de ese desafío. Para la tradición de habla inglesa ha sido fundamental el texto de Paul Ramsey, *The Patient as Person* (1970); para la de habla española, los trabajos de Pedro Laín Entralgo (1984, 1989, 1991). Por tanto, hablar hoy de cuerpo y corporeización (v.) resulta una vía de aproximación a esa problemática porque, aunque el conocimiento y la acción en salud han estado ligados a cuestiones referidas a la condición humana, nunca hasta ahora estas cuestiones habían sido tematizadas o convertidas en problemas filosóficos sobre los cuales es necesario reflexionar sistemáticamente para actuar. Y esto se debe a que la relación entre medicina y filosofía fue siempre ambigua, apareciendo a veces como proximidad y otras como distancia. En el tratado hipocrático *Sobre la medicina antigua* ya se especifica la visión de distanciamiento que, por ejemplo, la medicina toma de una filosofía de la naturaleza que por su carácter especulativo y abstracto no le sirve al médico para conocer la naturaleza del cuerpo humano, como pueden hacerlo la técnica y la ciencia: "*Ciertos sofistas y médicos dicen que no es posible para alguien conocer de medicina si no conoce lo que es el hombre y cómo fue hecho y construido, y que quien quisiera curar al hombre, propiamente, debe aprender esto en primer lugar. Pero diciendo esto más bien pertenecen a la filosofía, como Empédocles y ciertos otros han descrito lo que el hombre es en su origen y como*

fue él hecho y construido. Pero yo pienso que como sea que esto haya sido dicho o escrito por un sofista o médico en lo concerniente a la naturaleza tiene menos conexión con el arte de la medicina que con el arte de la pintura".

Sin embargo, el médico hipocrático no niega que deba enfrentarse al problema del hombre. Lo que afirma es que el problema de la naturaleza del hombre puede ser resuelto por la técnica y la ciencia. En la actualidad, después de los cambios en el conocimiento científico introducidos por las ciencias humanas y de habernos enfrentado a lo que los médicos nazis hicieron en nombre de la profesión médica, después de haber trasplantado el corazón como símbolo mismo de la vida humana (v. *Trasplantes de órganos*), después de la concepción de un embrión fuera del vientre materno y de haber clonado células humanas y animales completos, después de haber condenado la esclavitud, la servidumbre y las discriminaciones por sexo, raza, religión y clase social, y de reclamar por el derecho al cuerpo propio (v.), el conocimiento y la acción en salud encuentran legítimo y pertinente el problema filosófico del hombre como problema de la medicina y las ciencias de la vida. Y es que la antropología filosófica puesta frente a la salud y la enfermedad se enfrenta hoy a problemas de una dimensión abismal (v. *Somatología*).

Cuerpo y derechos humanos. El cuerpo de la medicina y las ciencias de la vida y sus tecnologías conexas es también y a la vez un cuerpo de derechos. Y es que el cuerpo humano, entendido como forma de dignidad (v.), define nuestras prácticas concretas cuando entendemos a estas como aquellas en la que las acciones que realizamos no pueden dejar de lado de ningún modo a las señas de identidad (v.) de los otros seres humanos con los que nos relacionamos. En cambio el cuerpo humano, entendido como forma mercancía, supone un universalismo abstracto que postula una relación entre individuos aunque poniendo aparte sus señas de identidad (v. *Plasmaféresis: la sangre como mercancía*). Sin embargo, en el cuerpo nacemos, vivimos y morimos; en el cuerpo enfermamos y curamos; en el cuerpo amamos y sufrimos; en el cuerpo somos quienes hemos sido, somos quienes somos y somos quienes queremos ser (v. *La experiencia del cuerpo propio*). El cuerpo es individual, es particular, es singular, y sin embargo es el modo más potente de una universalización concreta porque es el único lugar donde podemos ser reconocidos por los otros y donde los otros pueden ser reconocidos por nosotros para construir una red

universal de relaciones interhumanas respetuosa de las identidades individuales y colectivas. El cuerpo humano es el único modo de relacionarnos en nuestra condición de seres humanos. Por eso la medicina, en tanto institución social cuyo fin es la atención y el cuidado de la vida y la salud del cuerpo humano, ha podido sostener durante siglos una ética universalista aún con las limitaciones de su paternalismo. Por eso la tortura (v.), al negar en el tiempo de su ejecución real o posible la condición humana de los cuerpos bajo tormento, o la desaparición de personas (v.), al privar a un cuerpo de un lugar de reconocimiento entre los otros, han negado y niegan toda posibilidad de universalismo moral. El mayor problema que han tenido los que han violado la más antigua de las obligaciones morales, la del no matar, es el qué hacer con el cuerpo de las víctimas. Por eso la figura del *habeas corpus*, tan antigua al menos como la Carta Magna de 1215, tutela las garantías

fundamentales a la vida y la libertad, y es uno de los mayores ejemplos de un universal concreto. Ese solo ejemplo sirve para ilustrar las inconsistencias de las éticas que se pretenden totalmente exentas de universalismo y de las bioéticas que se postulan disociadas de los derechos humanos. No es posible que haya alguien que diga practicar la bioética o se declare un político defensor de la democracia y niegue, haya negado, o postule negar el universal concreto del *habeas corpus*. Esta negación ha caracterizado siempre a las dictaduras y a los imperialismos, al terrorismo de Estado (v.) y a las doctrinas de la seguridad nacional de los países imperiales. Por eso la negación radical del cuerpo humano, en tanto negación del sustrato material del universalismo moral, define el mal absoluto y es la negación radical, asimismo, de toda bioética.

[J. C. T.]

Somatología

José Alberto Mainetti (Argentina) - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas (Conicet)

La revolución somatoplástica sobre la vida humana y la persona. La idea del cuerpo en la cultura occidental ha estado dominada por el dualismo antropológico y por el reduccionismo científico. Por un lado, la concepción dualista del hombre, las antípodas del alma y el cuerpo, el espíritu y la materia; por el otro, la constitución del cuerpo como organismo, su estatuto biológico en términos de anatomía y fisiología. La filosofía, las ciencias humanas y cognitivas han introducido en nuestros días una nueva visión del cuerpo humano, mientras que la revolución biológica lo somete a surrealistas “disecciones” y “distensiones” tecnocientíficas transformadoras de la “naturaleza” humana. Este giro pigmaliónico o antropoplástico de las tecnologías biomédicas genera la crisis posmoderna del sujeto y el problema de la personalización, vale decir la adscripción del carácter de persona al ser humano, por ejemplo en el principio y en el final de la vida (estatuto del embrión y concepto de muerte cerebral, amén del huracán que representa la revolución reproductiva sobre el árbol genealógico humano). Los dilemas morales que hoy definen la bioética responden fundamentalmente al impacto de la revolución somatoplástica sobre la vida humana y la comprensión y extensión de la persona. Se justifica así la novedad de la somatología o teoría científica y filosófica del soma como realidad, fenómeno y misterio del hombre.

La condición humana y el poshumanismo. El gran desafío de la somatología como filosofía del hombre es el llamado transhumanismo o poshumanismo, que considera posible y deseable mejorar esencialmente la condición humana, incluso alcanzar la eterna juventud y la inmortalidad mediante instrumentos como manipulación genética, nanotecnología, cibernética, farmacología y simulación computarizada (cerebro de silicón). No hay tal cosa como una “naturaleza humana” (en verdad un oxímoron); el *homo sapiens* es una especie en evolución y autotransformable técnicamente, de modo que la meta es el superhombre, utopía de la transición humano-poshumano y modernidad-posmodernidad. Más acá de la confrontación en materia bioética entre las posiciones poshumanistas y antiposhumanistas –en qué consiste tal “naturaleza” humana, y si ella fundamenta una cuarta generación de derechos humanos, los “naturales” o genéticos–, subyace la inquietud metafísica ante la disolución posmoderna del sujeto como horizonte ontológico, inducida por las nuevas técnicas del cuerpo. La modernidad reemplazó la naturaleza cósmica por el *cogito sum* como punto fijo de referencia ontológica. La posmodernidad, a su turno, acabó con la idea de una naturaleza humana especular e invariante, la que deja de ser reparo inmodificable y da lugar a las inquietantes preguntas por nuestra identidad, nuestra relación con los otros, las especies vivientes y la evolución natural.

El mejoramiento de la naturaleza humana. Un nuevo capítulo de la bioética se abre con el uso

de las tecnologías médicas de optimización o mejoramiento (*enhancement*) de la naturaleza humana. En el contexto crítico del antiposthumanismo caben señalarse tres antropinos como epítome y paroxismo de la filosofía y la ética de la técnica. En primer término, la *trasgresión* de un orden divino o cósmico, la hibris de “jugar a Dios” o la contranatura tecnológica, argumentos inspirados por el terror de imaginables y probables escenarios siniestros. En segundo término, la *ambivalencia* de una medicina perfecta, más allá de la terapéutica, que no se justifica ya moralmente por la enfermedad, resultando eventualmente “lo mejor enemigo de lo bueno” y extremando el coeficiente de adversidad, no solo real sino también simbólico, coextensivo a todo “progreso” humano. En tercer término, el *contrasentido* entre la naturaleza y la dignidad humanas, cuando la primera se define por la finitud y la segunda por la perfectibilidad, siendo lo real a la vez límite y posibilidad, y el ser y deber ser del hombre consistente en la negación de su negatividad. “Sabremos cada vez menos qué es ser humano” (Saramago, 2005).

Referencias

J. A. Mainetti, *Somatología. Anatomía de la persona*, La Plata, Quirón, 2004. - E.T. Juengst, *Enhancement Uses of Medical Technology*, en S. Post (editor), *Encyclopedia of Bioethics*, 3rd edition, Macmillan Reference USA, 2004. Tomo I, págs. 753-757. - Ch. C. Hook, *Transhumanism and Posthumanism*, en S. Post (editor), *Encyclopedia of Bioethics*, Macmillan Reference USA, 2004. Tomo V, págs. 2517-2520. - F. Fukuyama, *El fin del hombre. Consecuencias de la revolución biotecnológica*, Barcelona, Ediciones B, 2002. - J. Habermas, *El futuro de la naturaleza humana*, Barcelona, Paidós Ibérica, 2002. - J. Saramago, *Las intermitencias de la muerte*, Buenos Aires, Alfaguara, 2005.

La experiencia del cuerpo propio

María de la Luz Casas Martínez (México) -
Facultad de Medicina de la Universidad
Panamericana

El desarrollo biotecnológico y la noción de cuerpo humano. Ante los avances biotecnológicos actuales, las acciones médicas sobre el sustrato corpóreo humano suscitan admiración y misterio, ya que agudizan la problemática tradicional entre lo natural y lo artificial, pues se dicotomiza lo creado con tecnología al ser aplicado al hombre. Lo biotecnológico tiende en ocasiones a cerrar el círculo *natura-cultura*, haciendo difícil definir sus tradicionales límites; en otras, a potenciar su diferencia. El cuerpo humano, considerado tradicionalmente lugar simbólico, donde el hombre proyecta las diversas visiones de sí mismo, se ha convertido en el lugar físico de las decisiones

extremas y ahora es un novedoso campo de expresión de la libertad humana concretada en las diversas opciones sobre el mismo que, rebasando los actos terapéuticos, lo sitúan en el ámbito perfecto y de opciones personales, alejando cada vez más de la consideración de lo humano la idea de necesidad y carencia. Así, la combinación de las interacciones entre una epistemología predominantemente experimental, la evolución de la tecnomedicina, la idea dualista del cuerpo, las reglas del mercado, por una parte, una visión social contemporánea orientada a los derechos humanos, por otra, con acento en el individualismo, han producido efectos imprevisibles en la actual visión de la persona sobre su cuerpo. De hecho estas ideas, a veces contrapuestas, han visto el cuerpo humano desde perspectivas diferentes, como sujeto y objeto, como todo y partes, como fuera y dentro del mercado. Tal situación reclama de la bioética acciones resolutivas, pero su planteamiento suscita, a la vez, resistencia y perplejidad, ya que los estudiosos están ante situaciones inéditas cuyas consecuencias se enmarcan en un ambiente de incertidumbre. En definitiva, los cambios socioculturales de los últimos siglos han modificado los conceptos de libertad, responsabilidad, pluralidad y tolerancia, lo cual ha contribuido a diversificar las ideas de la representación del cuerpo por la persona. Estos cambios inciden y modifican el paradigma de actuación en las áreas de salud. Por estas razones, la reflexión sobre el cuerpo humano constituye un aspecto fundamental de la filosofía contemporánea, sobre todo en el área bioética. En la actualidad se presentan muchas opciones y filosofías sustentantes que encuentran una realidad escindida: aborto, eutanasia, eugenesia, manipulación embrionaria, reproducción asistida, clonación, transgénesis perfecta y decisiones de fin de vida, son algunos de los problemas que inciden y hacen urgente la elaboración de una idea clara y coherente del significado de la experiencia del cuerpo propio, así como de las posibles opciones que sobre él puedan ser realizadas con aval legal y ético.

Visiones sobre el cuerpo propio. ¿Cómo formula el sujeto la experiencia del cuerpo como propio? Del concepto antropológico sobre la propiedad del cuerpo se derivan diversas posibilidades de actuación ética y legal sobre el mismo. ¿Quién tiene derecho y qué derechos se tienen sobre el cuerpo propio? Para contestar estas preguntas puede hacerse referencia a dos componentes fundamentales. Por una parte, el hecho de la existencia corpórea: ¿Es el cuerpo mío o yo soy el cuerpo? Por la otra, el significado *humano* del cuerpo: ¿Experimentar mi cuerpo tiene un significado específico en mi especie? En el primer componente, la existencia corpórea se explica

por diversas teorías filosóficas que apuntan a formas diversas de interacción cuerpo-espíritu. Estas interpretaciones se mueven en torno al problema ¿cómo interactúa el hombre con su cuerpo?, lo cual se explica a través de varias ideas: a) La platónica, dualista, que señala la primacía del espíritu sobre la materia; unidos ambos sólo exteriormente durante la vida humana. Desde esta postura, el cuerpo concebido como materia es solamente un vehículo para el espíritu, verdadero valor de la persona. b) La aristotélico-tomista, que acentúa la estructura ontológica, donde materia y *forma* espiritual configuran una unidad sustancial e inseparable. Su representante es la postura hilemórfica de Aristóteles. Tomando en cuenta estas premisas, cuerpo y espíritu actúan inseparablemente y ambos elementos poseen un valor específico para la persona. c) La racionalista, basada en Descartes, constituye una postura dualista a través de una radical división entre cuerpo y conciencia; el hombre se identifica en especial con el último componente. d) La mecanicista, la cual considera que el ser humano es solo materia. Aduce que la conciencia es producto mecánico de la mente, considerada también manifestación de la materia. Se trata pues, de una idea monista, materialista. La existencia de procesos espirituales se identifica con las funciones de la mente.

Significados, atributos y expectativas sobre el cuerpo propio. Desde estas diversas visiones se aprecia que el cuerpo propio posee diversos significados, atributos y expectativas. Así, la perspectiva materialista, en su justificación, partirá de una postura imanentista del hacer con el cuerpo. Ya que la materia solamente existe en un mundo semejante, no existen compromisos espirituales después de la muerte. Los actos de expectativa humanitaria se valoran en el hoy y ahora de la temporalidad material. En cambio, para las posturas que tienen en cuenta la existencia del espíritu, las realidades de actuación pueden ser ampliadas hasta la vida después de la muerte. Ambas posiciones implican profundas diferencias en la consideración ética ante el sufrimiento, la carencia y la muerte. Pero en la toma de decisiones sobre el cuerpo como propio no solamente intervienen las ideas enunciadas, sino que además se combinan con la percepción del cuerpo como propiedad. En la sociedad actual predomina la idea que, basada en la autonomía, el cuerpo es propiedad de la persona. Aunque este pensamiento es justificable, no es del todo preciso, ya que el sujeto como ser libre experimenta en diversos momentos el cuerpo como propio y a la vez como ajeno. Desde la visión fenomenológica, es posible afirmar que la experiencia del cuerpo propio se identifica con los actos humanos. Ante ellos es fácil pecatarse de la unidad

cuerpo-espíritu, pues el ámbito corpóreo es evidente y lo son también las funciones de la psique que rebasan los postulados científicos materiales. En la experiencia humana, los actos siempre son corpóreos porque se realizan en el ámbito espacial y temporal, o si se prefiere, existe una cualidad de duración y extensión en los actos corpóreos. Pero las funciones de la mente no son espaciales, sino incorpóreas; se aprecia en ellas un ámbito inmaterial y, como son experimentadas por la misma persona, aparece en esta una doble presencia de materia y no materia. El sujeto dice: yo pienso, yo amo, ambos actos inmatrimateriales e incuantificables. De la misma forma puede afirmar: yo camino, yo hablo. Y en ambos casos es el mismo hombre.

Materialidad y espiritualidad del cuerpo propio. En términos generales, filosóficamente hablando, podemos señalar a los actos no materiales como espirituales. Es posible utilizar el término *corporeidad* para designar al cuerpo humano vivo, ser material-espiritual. Pasaremos entonces a una segunda reflexión. Aunque los actos materiales y espirituales suceden en la misma persona, se experimenta en la práctica una *tensión* entre cuerpo y espíritu. El sujeto reconoce la existencia de ambas entidades, la interacción, pero a la vez la disyunción de los componentes. El cuerpo aparece como *mío* en el acto libre, sea físico o mental, pero a la vez la persona vive los límites de su acción voluntaria sobre el cuerpo ante aquello que se escapa al ejercicio de su arbitrio: la experiencia de la enfermedad, la vejez, la limitación física o mental y la muerte. El humano es el propio cuerpo; sin embargo, tiene cuerpo, porque no lo posee nunca perfectamente. En ocasiones, la mente ordena y el cuerpo no responde; en otras, el cuerpo actúa y la mente no puede controlarlo. Estas experiencias dan sentido específico al cuerpo como propio y a la vez ajeno, de una corporeidad, espíritu y materia unidos positivamente y a la vez en tensión constante. Esta *tensión*, que permite la identificación-no identificación cuerpo-espíritu, conforma entonces al ser humano como una *unidad-dual*, ser uno y a la vez no ser sólo uno. Desde esta perspectiva, la vivencia del cuerpo como propio no significa propiedad. La postura kantiana ha otorgado un especial significado al cuerpo vivo como persona y no como cosa. Para Emmanuel Kant: “*El hombre no puede disponer de sí mismo porque no es una cosa; no es su propiedad; decir eso sería contradictorio; ya que si es una persona es un sujeto en donde se inviste la propiedad, y si él fuera su propiedad, sería una cosa, sobre la que tiene propiedad*”. Por ello un hombre no es su propio dueño, dispone del cuerpo mientras vive, y solamente en sentido benéfico. Nadie tiene derecho de dañarse o dañar a los demás. No hay un derecho irrestricto del hombre sobre su cuerpo. En bioética, esta teoría es

la base actual de la gratuidad de los trasplantes entre humanos y de la prohibición de la comercialización de los órganos y del genoma, así como de la jerarquización del principio de beneficencia en los actos médicos. En esta teoría se aprecia con claridad el hecho señalado anteriormente: somos el cuerpo, pero rebasamos la materia a través del concepto de dignidad de la persona. El cuerpo humano no es un simple objeto, sino un ser corporal que se expresa humanamente, porque está configurado intrínsecamente en forma espiritual. El ser humano es en sí un símbolo, en forma más específica por las funciones del espíritu, pensamiento, voluntad, libertad, que a la vez son funciones del cuerpo, porque el cuerpo no es sólo vehículo, sino compuesto del ser humano. Para Merleau-Ponty, el cuerpo humano está impregnado del significado espiritual de la persona, y solamente si es comprendido en totalidad podrá actuarse éticamente frente a él.

Significados del cuerpo propio. ¿Cuál es el significado del cuerpo propio? Lo importante del cuerpo vivo y propio es que sus actos poseen significado y expresión específicos: los de la *humanidad*. Muchos autores, en especial fenomenológicos, han descrito estos significados del cuerpo. En su forma relacional se refieren específicamente a *la persona*, quien vive su propia existencia a través del cuerpo y a través de él se expresa a los demás hombres. El cuerpo es presencia en el mundo, el lugar de comunicación con el otro, el origen de la instrumentalidad y la cultura. La expresión del cuerpo y sus funciones están llenas de simbolismo y de intención en el humano, que implican no solo una actitud mental psicológica, sino una intención valorativa, que en el aspecto positivo hace la diferencia con la conducta animal: la conducta humana es humanizadora. Ante la consideración del ser humano vivo, como corporeidad, el significado del cuerpo humano es múltiple en su expresión y ejemplifica un ser único. El cuerpo se manifiesta en: a) un significado personal: Yo, en mi existencia; b) un significado comunitario: ser con y para los demás; c) un significado trascendente: yo, como humanizador y transformador del mundo. El ser humano, ser en el mundo, ser social, experimenta la relación con los demás a través de la responsabilidad. Debemos algo a quienes nos precedieron, y tenemos responsabilidades para quienes nos sucederán; la vida es una liga moral. Las acciones sobre nuestro cuerpo tienen implicaciones sociales, como sucede con algunas prácticas de la moderna medicina: tecnología reproductiva, cirugía cosmética, trasplantes y genética, entre otras. Por ello, la persona no puede actuar solamente bajo decisiones de una autonomía solipsista, sin considerar la justicia. El concepto de autonomía ilimitada de la persona sobre su cuerpo

queda truncada por la propia experiencia de la vida limitada ante los demás y ante sí mismo. El movimiento de la mano, la visión, la articulación de sonidos, tienen un significado específico: la expresión hacia el otro, la apreciación de la belleza, el lenguaje. No vive sus actos la persona en un mero automatismo, una causa-efecto meramente biológica. Existe, detrás de la mayoría de las acciones humanas, una intención y un significado personal, esto es, individual y a la vez intersubjetivo. No es el ojo el que ve, sino que yo veo a través del ojo; yo interpreto, yo razono, me emociono, a través de lo que el ojo capta, y yo envuelvo esas aferencias en una serie de correlaciones y memorias con significado personal. Las percepciones corporales se vuelven sensaciones y emociones con carga psicológica, se vuelven parte de mí, de mi sistema de recuerdos, de lo que soy yo como una construcción histórica de encuentros con significados, y estos a su vez son ligas de intercomunicación con los demás y el entorno. Estos significados, elaborados a partir de las sensaciones, son propios, internos, pero a la vez, poseen un marco comunicable a los demás, poseen una coherencia con el sistema de interpretación humana. Mis vivencias pueden ser comunicadas, aunque nunca totalmente; son mías, propias, intransferibles, pero en gran parte comunicables. Esa posibilidad y esa carencia son la base de la potencialidad y el obstáculo de la relación humana. Mis sentimientos son, en gran parte, imposibles de vivir plenamente por el otro, pero no hasta el grado de no poder ser captados en sentido empático por quienes desean comprenderlos. En consecuencia, los sentimientos más profundos son un misterio, como señala Marcel, y ese misterio a su vez provoca una necesidad de comunicación, nunca satisfecha, pero siempre presente, que alimenta la necesidad de tratar de continuar en la búsqueda de una mejor intercomunicación humana. Diego Gracia aporta otra parte de la visión del cuerpo como propio: *El cuerpo es siempre 'mi' cuerpo, se identifica conmigo, con mi personalidad e identidad, con el yo, es el instrumento donde realizo mis proyectos, y se define por principios como el de autonomía. Pero al mismo tiempo, posee una intransferible dimensión genética y social. Perteneces a la especie y solo tiene sentido en la dimensión de los seres humanos, opuesta a la dimensión individualista.* Los actos que realizo con *mi* cuerpo tienen una repercusión social, una liga de responsabilidad. Es también cierto que uno puede aceptar su corporeidad o rebelarse ante ella. Aceptar posibilidades y límites individuales, significados y responsabilidades que se ejercen con y a través del cuerpo. Pero habrá que aceptar en gran parte que el propio cuerpo es una determinación y una relativa libertad. La libertad, aunque limitada, posibilita

desarrollos diversos que inciden en la corporeidad como un todo. El ser humano es acto y proyecto; hay una dimensión dialéctica entre la situación y el proyecto que está más allá del aquí y el ahora. Por mi proyecto trasciendo, y ello incluye la corporeidad; no puedo trascender sin mi cuerpo. Esto significa que el ser humano puede trabajar un proyecto de corporeidad sin negar sus límites, ni desconocer sus posibilidades. La corporeidad se vive, pero se comprende en forma ambigua, se experimenta en parte como instrumento, porque a través de él se realizan los actos que la interioridad planea. Esto resulta reduccionista en la reflexión kantiana, porque sería como tomarse a sí mismo como medio y no como fin. Marcel ya lo señalaba: “... esta comunidad es indivisible, yo no puedo decir legítimamente: yo y mi cuerpo. La dificultad radica en que pienso mi relación con mi cuerpo por analogía a mi relación con mis instrumentos”.

Cuerpo y corporeidad. En gran parte, la biología ha contribuido a una visión instrumentalizada de la corporeidad. Por esta visión mecanicista, la persona considera que las funciones de la mente y el cuerpo se basan en la concepción dualista. Es verdad que el cerebro realiza las funciones de la mente, pero esto sucede porque la mente y la materia están juntas en ese concepto llamado persona o corporeidad. La relación con el ser humano no puede ser nunca sujeto-objeto; el cuerpo humano jamás es solo objeto, y no existe relación con un sujeto sin cuerpo. La experiencia inmediata no me hace ver el cuerpo como una cosa objetiva, identificable y confundible con otras cosas objetivas. Lo propio de las cosas es la exterioridad respecto a la persona humana, la posibilidad de disponer y de deshacerse de algo. Pues bien, no puedo tratar el cuerpo lo mismo que a una cosa objetiva. No puedo deshacerme de él. Lo puedo observar y mirar de algún modo, pero solo en la medida en que al mismo tiempo lo considero idéntico conmigo mismo. Para Marcel, hay que decir más bien que yo soy mi cuerpo, que soy corpóreo. También es posible que el hombre corpóreo pueda ser considerado desde dos aspectos diversos: como cuerpo orgánico y como cuerpo humano. El aspecto corpóreo orgánico de la persona es vivido indiscutiblemente en la pertenencia al mundo de los vivientes. Desde este punto de vista, pueden encontrarse en el hombre todos los aspectos objetivos que se encuentran en otros mamíferos, y ser descritos por las ciencias de la naturaleza, pero existe otro componente inseparable: el no material. Por este último el cuerpo humano vivo otorga la posibilidad de realización de la libertad y la interpretación del mundo; por tanto, la posibilidad de ejercer nuestros deberes morales, y por ello, la corporeidad, debe respetarse. El cuerpo como propio es la vivencia de la realización de la persona, su sentido

humano en diálogo con los demás. En la práctica, las decisiones sobre aborto, eutanasia, tecnología reproductiva, manipulación genética, neuropsicofisiología de las funciones mente-cuerpo, entre otras, son problemas bioéticos ligados a la vivencia del cuerpo como propio, esto es, de la corporeidad.

Referencias

Immanuel Kant [1785]. *Grundlegung zur metaphysik der sitten*, Hrsg. von Karl Vorlander, Hamburg, 3ª ed., Meiner, 1957. - Maurice Merleau-Ponty. *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard, 1945. - Gabriel Marcel. *Le mystère de l'être*, 2 vols. Paris, Aubier, 1951.

Cuerpo y corporeización

Miguel Kottow (Chile) - Universidad de Chile

El cuerpo humano como mecanismo. Cuando Descartes distinguió como elementos constitutivos del ser humano la *res cogitans* o sustancia pensante y la *res extensa* o sustancia material, generó una dicotomía que en forma de alma-cuerpo o mente-cuerpo continúa causando problemas filosóficos insalvables en el intento de explicar cómo dos sustancias tan diversas pueden interactuar e influenciarse entre sí. La segunda consecuencia del pensamiento cartesiano fue el concepto del cuerpo como máquina, idea que fue extremada por su discípulo La Mettrie, para quien no solo el cuerpo sino el ser humano entero es un mecanismo. Esta perspectiva hizo confiar a las ciencias naturales que podrían dar cuenta cabal de la biología humana normal y patológica de manera que la medicina como ciencia terminaría por curar y eliminar toda forma de enfermedad. Tal actitud sigue predominando en aquellos médicos que se desentienden de la subjetividad de sus pacientes y se apoyan en el concepto científico-natural de la medicina, como emergió a partir del siglo XIX, renovado recientemente, basado en evidencia. Subproducto de este cientificismo es la proliferación de investigaciones biomédicas con seres humanos que, con el pretexto de conquistar nuevas fronteras del conocimiento y estar preparando importantes progresos para el futuro, están comprometiendo la participación de probandos para estudios en gran medida superfluos, de utilidad solo para las minorías pudientes –la brecha 90:10–, con riesgos encubiertos y nullos beneficios para sujetos de investigación y naciones-huésped. Es el desprecio del cuerpo [vulnerado] de los desposeídos en beneficio del cuerpo [privilegiado] de las minorías pudientes.

Cuerpo vivo y cuerpo vivido. La filosofía de la medicina ve al médico estudiando el cuerpo enfermo desde una perspectiva general, como un sistema

biológico cuya avería debe ser tipificada y clasificada nosológicamente, aplicando una mirada cognitiva y teórica sobre el paciente como individuo cuya existencia es particular y única. El ideal es que la ciencia del cuerpo esté al servicio del cuidado de la persona. El cuerpo humano se presenta como un cuerpo vivo –un sistema biológico– y un cuerpo vivido –una conciencia de corporeidad–. El ser humano es cuerpo y tiene cuerpo; la subjetividad toma conciencia del cuerpo porque es una realidad dada –circunstancia– y porque es un conjunto de posibilidades –potencialidad–. La libertad, la prosecución de un proyecto existencial, la aristotélica búsqueda de la felicidad o el religioso anhelo de trascendencia pasan todos por tomar decisiones con respecto al propio cuerpo: de cuidado, renuncia, estimulación, exigencia, obsesivo, modificación, mortificación. Desde el ayuno hasta la mutilación genital, desde la gastronomía hasta la moda, el deporte, la cosmética, los exámenes médicos preventivos, son actitudes con que los individuos viven su cuerpo desde determinada visión de mundo. Aunque estas actitudes parecen nacer de idiosincrasias singulares, debe reconocerse que los determinantes sociales tienen enorme fuerza para influir sobre cómo vivirá cada uno su cuerpo. El ejemplo más craso es la mutilación genital femenina que se practica en muchos países. La inspiración de esta práctica es religiosa, pero sus consecuencias sociales son profundas: las mujeres no circuncidadas tienen escasas posibilidades de casarse, con lo cual quedan marginadas de la protección económica del matrimonio.

Cuerpo y medicina antropoplástica. Las sociedades occidentales contemporáneas han creado una perspectiva inédita que podría denominarse el cuerpo espectacular, es decir, la presentación pública del cuerpo con fines más amplios que los estrictamente decorativos. La inversión de esfuerzos y recursos cosméticos y médicos en el cuerpo persigue fines lucrativos, supuestamente mejorando las posibilidades de empleo en un mercado competitivo, así como cumpliendo objetivos de retrasar desgastes y prolongar funcionalidades biológicas. Este cultivo del cuerpo, al cual la cirugía plástica y, en un futuro cercano, la genética rinden incondicional tributo, genera un nuevo cisma social pues el acceso a –y la adquisición de– estas ventajas corpóreas queda reservado a los pudientes. La medicina del trasplante refleja la ambigüedad cultural de la actualidad con respecto al cuerpo humano. Desde una perspectiva, se celebra la capacidad de reemplazar órganos irremediablemente deteriorados, con la correspondiente ganancia en calidad y extensión de vida; desde otra, se muestran enormes reticencias por obtener órganos trasplantables, llegando al extremo que los familiares rescinden los deseos del

donante fallecido y niegan la extracción. Con el nombre de “antropoplástica” (Mainetti, 2003) se designa la exacerbación de las remodelaciones artificiales del cuerpo, que hasta ahora se conforman con modificar lo existente pero que, con el advenimiento de la genética, atienden deseos transformativos como la detención del proceso de envejecimiento o la duplicación de las expectativas de vida. Se trata de una medicina desiderativa que ha abandonado la distinción entre enfermedad y salud, regulando sus actividades por factores de mercado y no por requerimientos de restauración biológica. Estas prácticas tendrán repercusiones sociales y, lo más importante, generarán políticas discriminatorias a medida que las poblaciones de países más desarrollados mejoren proactivamente sus parámetros vitales y obtengan ventajas biológicas sobre los habitantes de países pobres. Las relaciones entre los pueblos amenazan regirse por diferencias raciales artificialmente logradas. Los movimientos antropoplásticos no son privativos de la medicina. El estatus tradicional de la técnica como extensión y ampliación del cuerpo humano se amplía a una literal “in-corporación” donde los productos técnicos se constituyen en elementos esenciales para la manutención de procesos vitales –aparatos de diálisis, órganos artificiales, implantes, prótesis sustitutivas– que llevan a hablar del cuerpo tecnificado (Nancy, 1992).

La degradación del cuerpo por la biopolítica. El siglo XX ha abierto acepciones inéditas del cuerpo humano en el orden político. Las soberanías totalitarias, convirtiendo lo ilegal en ley y la constitucionalidad en dictadura, escindieron las sociedades bajo su dominio en ciudadanos y excluidos, estos últimos privados de todo rasgo existencial más allá del desnudo cuerpo. Es el *homo sacer* –vida desnuda– de Auschwitz, del Gulag, pero también de regímenes que en forma más sutil decretaron estados de emergencia que los eximiesen de respetar los derechos básicos de todos los ciudadanos por igual, creando nuevas cohortes de individuos reducidos a pura biología en el *apartheid*, en los ghettos, en naciones infestadas de hambre y miseria, asimismo en países que exacerbaron sus medidas antiterroristas. La vida humana –*bios*– es degradada a mera vida animal –*zoe*–. Las personas reducidas a pura corporalidad han sido expulsadas del ámbito de la ley, son huérfanas de derechos, sometidas a una biopolítica que trata a los excluidos como ejemplares, como cabezas de res, al punto de tatuarlos con una marca identificatoria (Agamben, 2004). A despecho de muchos siglos de renuncia al cuerpo y de una larga vigencia de movimientos religiosos que predicaban el ascetismo, la modernidad ha ido creando nuevos ámbitos de cuidado y celebración del cuerpo, pero también formas más

depuradas de maltratarlo. Las torturas han sido parte de la historia de todos los tiempos, pero ahora se esgrimen argumentos éticos –en bioética, ética y salud pública, ética militar– que intentan justificar la tortura al prójimo, si es en pro del bien común. Con profunda desazón uno encuentra en la literatura bioética artículos que aceptan la tortura, proponen el remplazo de sevicias por “interrogatorios duros” consistentes en aflicciones suficientemente intolerables para obtener información deseada. En supuesta fidelidad a la salud pública que coarta al individuo en nombre del bien común, proponen estos defensores de la tortura el sacrificio del cuerpo, eventualmente de la vida, de individuos en pro de un presunto bien público, en flagrante violación de la bioética cuyo fundamento es la no maleficencia. La aceptación de la tortura por algunos bioeticistas es otra muestra palpable de una biopolítica que degrada el cuerpo a mero objeto, exprimible y destruible para fines “superiores”.

El paciente como persona ante el poder y la instrumentalización. La medicina antropológica de la primera mitad del siglo XX hizo ver que lo enfermo no es solo el cuerpo, sino la persona, con su biografía, su subjetividad, su modo singular de estar-en-el-mundo y relacionarse con los demás. Herederas intelectuales de esta escuela fueron la medicina psicosomática –que buscaría integrar etiológicamente psiquis y soma– y la bioética –que enfatiza en los valores del paciente en los afanes terapéuticos–. La antropología biológica –Plessner, Portman, Gehlen– y la antropología médica –Laín Entralgo, Kleinman– han hecho la disección fina de lo que caracteriza al ser humano dotado de psiquis y al ser humano enfermo en cuanto subjetividad (Kottow y Bustos, 2005). El puente entre el cuerpo como objeto médico y el sujeto como paciente enfermo lo da la anamnesis, es decir, la rendición narrativa por la cual el paciente se identifica, se personaliza (Toulmin, 1993; Alanen, 2004). Estas nuevas actitudes hacia el cuerpo humano, tanto las que lo veneran como las denigrantes, están atravesadas por un insalvable sesgo de poder que desfavorece a las naciones y comunidades más pobres, aumentando la brecha socioeconómica y amenazando crear, en forma inédita en la historia de la humanidad, un hiato de orden biológico: los pudientes vivirán más y mejor; los desposeídos concentrarán las cargas de patología, de genomas dañados y la deficiente adaptación al medio ambiente. La medicina es el guardián del cuerpo humano y de él recibe el encargo terapéutico, mas este encargo debe ser un fin en sí, libre de toda interferencia o instrumentalización. Cuando la cultura o la política dictaminan intervenciones en el cuerpo humano, atropellan la autonomía de las personas

y desatienden los fundamentos de la ética, desacatos que son más probables e intensos mientras más marcadas sean las brechas de poder.

Referencias

- G. Agamben. *Estado de excepción*, Buenos Aires, Adriana Hidalgo (ed.), 2004. - P. Alanen. “The problem of knowledge in medicine”, en M. Evans, P. Louhiala y R. Puustinen (eds.), *Philosophy for Medicine*, Oxford-San Francisco, Radcliffe Medical Press 2004: 29-45. - M. Kottow y R. Bustos. *Antropología médica*, Santiago, Editorial Mediterráneo, 2005. - J. A. Mainetti. *Somatología*, La Plata, Editorial Quirón, 2003. - J. L. Nancy, *Corpus*, Metailiäe, Paris 1992. - S. Toulmin. “Knowledge and art in the practice of medicine: clinical judgment and historical reconstruction”, en C. Delkeskamp-Hayes y M. A. G. Cutter (eds.), *Science, technology and the art of medicine*, Dordrecht, Kluwer Acad. Publishers, 1993: 231-249.

Derecho al cuerpo propio

Dora Porto (Brasil) - *Universidad de Brasilia*

Dimensión individual y colectiva del derecho al cuerpo propio. El derecho al propio cuerpo es condición existencial inalienable de todos los seres humanos. Inherente a la vida, ese derecho emana de dos parámetros que se sobrepone: la legitimidad, facultada por la existencia misma de la persona en el mundo, manifiesta como ser moral y social en la materialidad de su cuerpo; y la legalidad, socialmente otorgada por normas y leyes, delineadas en el intento de salvaguardar la vida de los individuos y del cuerpo social asegurando su dignidad. En la dimensión individual, ese derecho se manifiesta en la capacidad de elegir y en el poder de decidir sobre la existencia, por sí y para sí mismo, incluida la deliberación sobre la continuidad de la propia vida y, si es posible, sobre su término, la muerte. En la dimensión colectiva, presupone no sólo la garantía social de la existencia, sino también de los medios para el disfrute de la vida con dignidad y calidad, incluidos los necesarios a la conducción de su término en las mismas condiciones, siempre que esto exprese la legítima voluntad de la persona. El reconocimiento concreto, ontológico, social y legal del derecho al propio cuerpo de cada persona debe ser medido por la respuesta efectiva de la colectividad, del Estado y de las instituciones y organizaciones a las necesidades específicas de individuos y grupos.

Poder de uso del cuerpo y derecho al cuerpo propio. Aunque el derecho al propio cuerpo sea inherente a la existencia del ser, no se constancia como realidad manifiesta para todos, pues muchas personas tienen el derecho de disponer de su cuerpo como se les antoja, y otras no. Además, algunas pueden determinar cómo deben disponer otras de su propio cuerpo, y estas deben de someterse a

aquellas. Lo que determina tal diferencia es la posición del individuo en la estructura social, que condiciona los roles por desempeñar y vuelve palpable la relación entre el poder de uso del cuerpo y el derecho al propio cuerpo. Históricamente, se observan diversos tipos de cesiones de poder y derecho relacionadas a la supervivencia y al proceso productivo. El trabajo marca el ritmo de la vida cotidiana, condiciona el uso del cuerpo y dispendio del tiempo. La capacidad de elegir y el poder de decidir sobre sí mismo derivan de esa interpretación arbitraria, pero socialmente legitimada y compartida, de la situación de vida de la persona con relación a su capacidad de garantizar la propia supervivencia. Esta interpretación está mediada por el significado y valor atribuidos al sexo, edad y a la condición de salud física y mental de la persona. El valor conferido a esas características produce recortes que se interpenetran, definiendo grupos que pueden ejercer el poder sobre sí y otros que no poseen esta capacidad.

La negación del poder y el derecho al propio cuerpo para las mujeres. En la comparación entre los patrones de cesión que confieren o imposibilitan el derecho al propio cuerpo en las sociedades latinoamericanas, se destacan los que dibujan los roles de género. Esta primera forma de apropiación del cuerpo y del trabajo puede ser percibida en la imposición sobre el uso del cuerpo y de los productos que pueden ser generados por el cuerpo de la mujer. La cosificación del cuerpo femenino, la idealización de patrones de comportamiento subordinados, el cercenamiento de la sexualidad, las imposiciones sobre el embarazo y el parto son algunas de las manifestaciones de la supresión del derecho al propio cuerpo impuestas a las mujeres. Muchas veces están amparadas por las legislaciones. En el plan social, la negación del poder y del derecho al propio cuerpo para las mujeres está marcada por obstáculos a la obtención de conocimiento para transformar su situación, como el acceso al idioma nacional o a la educación formal. Además, el trabajo que les es imputado milenaria y universalmente, la manutención del hogar y el cuidado de sus habitantes, no es reconocido y valorado como actividad productiva, configurándose real apropiación de su tiempo y energía. En cualquier lugar de Latinoamérica las mujeres disfrutaron menos el derecho al propio cuerpo que los hombres, pues se levanta un sinnúmero de obstáculos culturales, económicos y sociales para restringir su poder de decisión sobre su propio cuerpo.

La apropiación del cuerpo en niños, ancianos y enfermos. La apropiación del cuerpo y del poder de decidir sobre él afecta también a los niños y ancianos. En lo que respecta a los niños, esto deriva de

la natural dependencia del recién nacido y de la vulnerabilidad del niño al ambiente, al medio social y a la cultura en la que vive. La interpretación que cada sociedad o grupo atribuye a la niñez puede aumentar o disminuir el periodo en que al niño se le priva el poder y el derecho de decidir sobre su propio cuerpo. Con relación a los ancianos, la apropiación del poder y del derecho de decidir sobre su propio cuerpo también cambia entre las distintas sociedades. En aquellas en que el modo de producción tiende a reproducir procesos tradicionales de relación con el trabajo, el conocimiento de los ancianos es más valorizado, lo que les otorga mayor poder y derecho. En las sociedades en que el proceso de trabajo es asociado a transformaciones tecnológicas, ya no ocurre lo mismo. Igual a los niños, la inadecuación al proceso productivo acentúa la vulnerabilidad del anciano, repercutiendo en su capacidad de elegir y en el poder y derecho de decidir sobre su cuerpo y su vida. Con relación a las condiciones de salud física y mental, el poder y el derecho de decidir sobre el propio cuerpo varían entre las diferentes sociedades y grupos, así como difiere la conceptualización de la salud y enfermedad en cada contexto. En general, es posible decir que los factores que impiden el ejercicio del poder de decisión y el disfrute del derecho al propio cuerpo en personas cuya salud física o mental sea considerada comprometida se relacionan con la imposibilidad de la persona de exteriorizar explícitamente su elección con relación al propio cuerpo y con la incapacidad de hacer valer su voluntad, sobre todo si tal elección contradice la moralidad vigente sobre las cuestiones que involucran la vida y la muerte, como ocurre en diversas sociedades latinoamericanas con relación al aborto y la eutanasia.

El derecho al propio cuerpo en América Latina. Sobre estos patrones estructurantes se organizan los factores que condicionan otros aspectos de la división del poder, que derivan de la colonización latinoamericana, de la explotación sistemática de la tierra y del etnocidio contra las poblaciones nativas. La explotación y la esclavización de las poblaciones amerindias fueron una constante que delineó la desigualdad en todo el continente. La presencia de los negros africanos, trasladados a distintas partes de Latinoamérica en condición de esclavitud, fomentó la reproducción de la desigualdad, anclada en criterios étnicos, de color y raza, que aún marcan la exclusión social y la marginación económica de la mayoría de la población. La esclavitud niega el derecho al propio cuerpo. Después de la independencia, esta perversa herencia colonial se volvió aún más pesada por los sucesivos golpes de Estado y los gobiernos dictatoriales, que consolidaron el poder de las elites, instaurando creciente asimetría entre los distintos

segmentos y grupos en cada sociedad. El interés en la manutención de los privilegios económicos de la minoría conquistó prioridad sobre las necesidades colectivas de la mayoría. Aun cuando las leyes de los Estados prescriban la igualdad legal, la realidad en que viven mujeres, niños, indígenas y negros es marcada por la miseria, que restringe el poder de decidir sobre el propio cuerpo. La inserción de Latinoamérica en la economía de mercado contemporánea agravó aún más este panorama. Circunscrito al factor económico, el poder se concentra en las manos de los que pueden pagar por los beneficios del consumo, disminuyendo drásticamente la capacidad de elección y el poder de decisión sobre la propia existencia para los individuos, grupos y segmentos, social y económicamente excluidos. Al crear pasiones y manipular deseos, el comando invisible del mercado globalizado sostiene la ideología que asocia consumo y placer: el consumo es identificado con el supremo placer porque a él se atribuye la capacidad de garantizar todos los placeres, de la dimensión física a la social. En virtud de eso, el derecho al propio cuerpo se convierte cada vez más en una abstracción que pasa a lo largo de la vida concreta de las personas. La negación del derecho elemental a decidir sobre algo tan inherente y básico como el propio cuerpo, el vehículo de la existencia, establece un desequilibrio entre la experiencia del placer y del dolor. El placer es facultado apenas a los que pueden refugiarse en las islas del consumo, mientras que los demás deben sumergirse en el dolor, a la deriva en los males de la miseria colectiva. Para que el derecho al propio cuerpo pueda ser, de hecho, condición existencial inalienable de todos en Latinoamérica, es preciso alterar el cuadro de exclusión, considerando la perspectiva autóctona como punto de partida. En este sentido, la bioética latinoamericana tiene un papel fundamental, pues regresa la discusión ética a sus orígenes, la arena social, apuntando formas de intervención que puedan garantizar respuestas efectivas a las necesidades específicas de individuos y grupos.

Plasmaféresis: la sangre como mercancía

Melba Barrantes Monge (Nicaragua) - *CIMED Ministerio de Salud de Nicaragua*

Juan Carlos Tealdi (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

Definición y aspectos técnicos. La plasmaféresis es el procedimiento mediante el cual el plasma es extraído y separado de la sangre entera; los glóbulos rojos son retransfundidos al donante. Se practica con fines terapéuticos. También recibe el nombre de aféresis plasmática o cambio de plasma. La

plasmaféresis es una técnica desarrollada en 1914 por Abel, Rowentree y Turner, con el objetivo de extraer del cuerpo sustancias perjudiciales para el organismo y desecharlas, regresando el resto del componente sanguíneo al paciente. La aplicación de esta técnica fue bastante limitada debido que no existía maquinaria automática específica para separar los componentes de la sangre; lo que requería aproximadamente cinco horas para extraer y procesar aproximadamente un litro de sangre. En 1960 Schwab y Fahey comunicaron que la plasmaféresis era beneficiosa en el tratamiento de la macroglobulinemia de Waldstrom. En 1962 Alan Solomon y John L. Fathey brindaron un informe de diecinueve pacientes que padecían de un tipo de macroglobulinemia y a quienes se les realizó plasmaféresis. A partir de entonces la plasmaféresis se ha convertido en una técnica esencial en el tratamiento de varias enfermedades. La plasmaféresis busca básicamente tres cosas: 1. La remoción de anticuerpos específicos creados por una enfermedad específica. 2. La remoción de sustancias inflamatorias no específicas que actúan como complemento. 3. La remoción de complejos inmunes circulantes. De acuerdo con la Sociedad Americana de Aféresis, son indicaciones de plasmaféresis (como tratamiento primario) las siguientes enfermedades: polineuropatía inflamatoria desmielinizante aguda, anticuerpo antimembrana basal glomerular, polirradiculoneuropatía crónica inflamatoria desmielinizante, polineuropatía desmielinizante con IgG/IgA, miastenia gravis, púrpura postransfusión, púrpura trombocitopénica trombótica. En otras enfermedades, este procedimiento puede ser eficaz y aceptable como tratamiento; ejemplo, crioglobulinemia, hipercolesterolemia familiar, mieloma. La plasmaféresis es utilizada también como un tipo de donación de sangre. La ventaja de esta técnica es que permite obtener más cantidad de plasma y plaquetas de un solo donante y, por el hecho de no donar glóbulos rojos, la recuperación es casi inmediata.

Aspectos éticos. La plasmaféresis constituye un principio público que se inscribe en un contexto legal y ético. Es un procedimiento en que se encuentran involucrados el paciente, la institución donde se realiza, las personas que trabajan en dicha institución, el médico, el Estado y la sociedad. Desde el punto de vista bioético, debe ser un procedimiento que lleve al bien común. La extracción sanguínea no debe constituir un acto de maleficencia para el donante; muy por el contrario, este procedimiento debe ser un acto de beneficencia en que el fin sea el bienestar del paciente (cuando se aplica para tratamiento) o de la sociedad. No debemos olvidar la importancia de la autonomía donde el paciente o donante debe actuar con la adecuada información y sin coerción. El desarrollo

de las donaciones de sangre y la obtención de hemoderivados ha traído consigo problemas éticos nuevos y complejos, que demandan de los científicos mayores exigencias éticas en su relación con los donantes, la comunidad científica y la sociedad. Las instituciones donde se practica dicho procedimiento requieren de forma vital los principios de la bioética. Los principios éticos siempre han estado presentes en la colección, el procesamiento y la transfusión de la sangre y sus componentes. Fundamentalmente, están orientados a la protección del donante y del receptor de sangre. El científico que lleva a cabo la plasmaféresis debe ser honesto y justo, teniendo en cuenta la gran responsabilidad que ha asumido ante la sociedad y el carácter humanista que debe tener en su actividad. La medicina y la salud son productos sociales que requieren un profundo e imprescindible sentido ético y humanístico.

La venta de sangre. La donación de sangre, basada en el principio de la solidaridad, es de carácter altruista y por tanto gratuita. Este es el fundamento de los programas nacionales de sangre. El 10 de enero de 1978, el director del diario *La Prensa* de Nicaragua, Pedro Joaquín Chamorro Cardenal, fue asesinado por denunciar en sus artículos, "Crónicas de un Vampiro", un negocio de venta de sangre que tenía entre sus socios al dictador Anastasio Somoza. Uno de sus asesinos declaró haber sido contratado para el atentado por Pedro Ramos, propietario del denunciado Centro de Plasmaféresis de Managua. Dicho centro pagaba cuatro córdobas por cada medio litro de sangre que extraía a pobres e indigentes. Con sus cien mil "donaciones" anuales, de las cuales dos tercios se exportaban, se había constituido en el mayor proveedor de plasma de la industria farmacéutica estadounidense. La Food and Drug Administration (FDA) le había otorgado licencia. El 11 de enero de 1978, luego del asesinato de Chamorro, una muchedumbre prendió fuego a las instalaciones del Centro de Plasmaféresis. Al cerrarse el centro nicaragüense, la compra de sangre se trasladó a Honduras, México y Zaire. En México, durante los años ochenta, se difundió el "donador pagado" que vendía su sangre y su plasma hasta cinco veces por semana. Se separaba el plasma y al "donante" le reinyectaban los glóbulos rojos y vitaminas. Si aceptaban que les inyectaran sangre para producir sueros tipificados, les pagaban más. Los centros de plasmaféresis eran propiedad de la compañía Industrias Biológicas Mexicanas, que exportaba el plasma a Estados Unidos y España, donde la industria farmacéutica lo utilizaba para elaborar productos derivados como el factor antihemofílico, las gamma globulinas, el anti Rho, la albúmina y la vacuna de la hepatitis B. Más de la mitad de los donadores pagados en México se

infectaron con VIH y murieron. El gobierno mexicano prohibió el comercio de sangre y cerró los centros de plasmaféresis. En Honduras, se construyó un centro de plasmaféresis frente al mercado de Tegucigalpa; y a Puerto Cortés llegaban los barcos que funcionaban como centros de recolección de plasma. Haití también contó con un centro de plasmaféresis y una gran cantidad de su plasma era importado por Francia, que tuvo su gran catástrofe de contaminación a hemofílicos durante el comienzo de la epidemia VIH-sida. Zaire, bajo la dictadura de Mobutu Sese Zeko, pasó a ser el mayor proveedor de plasma del mundo y pagaba de dos a cinco dólares por unidad de plasma que mayoritariamente era exportada a Estados Unidos. Cuando la actividad de esos centros fue denunciada, estos se desplazaron hacia el sudeste asiático hasta que Tailandia prohibió la venta de sangre y en India se constató que el 90% de los donadores pagados estaban infectados por VIH. Los centros de plasmaféresis se mudaron a Sudáfrica y a China, cuyo gobierno promovió la instalación de los mismos en zonas rurales durante los años noventa. En todos los casos pudo observarse un común denominador de explotación a pobres e indigentes bajo regímenes dictatoriales o autoritarios, mediados por fuertes intereses de los países ricos, con violación de la dignidad humana y las libertades fundamentales, así como de los principios éticos básicos. Esta comercialización del cuerpo humano se extendería a los trasplantes de órganos y las muestras biológicas y genéticas.

Referencias

- A. Kliman, M. F. Lesses. *Plasmapheresis as form of Blood Donation*. *Transfusion* 1964; 4:469-472. - C. Lavorato y cols. Experiencia inicial en plasmaféresis por membrana. *Rev. Nefrol. Diál. y Transpl.* 1991; 30:31-37. - Alejandro Brito, Comercio sanguíneo: la cara oculta de la pandemia (entrevista a Patricia Volkow), 1 de julio de 2004. - Andrew Krimbell, Biocolonisation: The Patenting of Life and the Global Market in Body Parts, en Jerry Mander y Edward Goldsmith (eds.), *The Case against the Global Economy and for a Turn Towards the Local*, San Francisco, Sierra Club Books, 1996.

Trasplante de órganos

Alexánder Mármol Sónora (Cuba) - *Instituto de Nefrología Alberto Buch López*

El desarrollo de los trasplantes de órganos. Gracias a los progresos de la medicina y la cirugía, se han abierto también en el campo de la trasplantología grandes horizontes y posibilidades. Muchos enfermos, destinados irremediamente a una muerte segura o a llevar una existencia disminuida con impedimentos en su actividad normal, han encontrado la solución a sus problemas. La ciencia ha ido

superando en los últimos años con tanto éxito los obstáculos opuestos a los logros de la trasplanto-
logía, que en la práctica esta se ha convertido en un hecho normal y rutinario. Desde tiempos remotos el trasplante ha sido un sueño muy acariciado por el hombre. En la literatura mística, el relato de los santos Cosme y Damián recoge la utilización de un miembro de un esclavo etíope para tratar de sanar a un noble, pero tuvieron que pasar siglos para que estas ideas se convirtieran en realidad. El año 1902 marca un hito en el desarrollo de la cirugía con las técnicas de suturas vasculares realizadas por Alexis Carrel en perros, aunque el proyecto no tuvo éxito por razones inmunológicas mal precisadas en ese momento. La era moderna en el trasplante surge en 1952 al ser descubierto el sistema mayor de histocompatibilidad, con el cual se conoce mejor la individualidad genética de las personas, y en 1954 cuando Joseph Murria realiza el primer trasplante renal en el Brigham Hospital de Boston. Junto a esto fue necesario que se desarrollara la inmunosupresión, ya que hasta el momento solo eran bien aceptados los trasplantes entre donantes y receptor idénticos. Este hecho posibilitó la utilización de los donantes cadavéricos. La realización de trasplantes causa un problema, porque si bien algunos órganos o funciones simples pueden ser sustituidos por equipos artificiales, y alrededor de ello la ciencia y la técnica realizan un denodado esfuerzo, la mayor parte de las veces resulta insuficiente o se hace imposible y entonces se impone la necesidad del remplazo por órganos o tejidos de familiares sanos. En ocasiones se utilizan los órganos de personas después de fallecidas, pero existen órganos como el corazón y el riñón que al soportar mal la falta del suministro de oxígeno en sus células se dañan rápidamente. En estos casos es preferible tomarlos de individuos cuya muerte haya sido diagnosticada por criterios neurológicos (la llamada muerte encefálica). En estos dos tipos de donantes existen ventajas e inconvenientes que afectan tanto al donante como al receptor, y la viabilidad y posibilidad de éxito, en cada circunstancia concreta, son los aspectos más importantes que habrán de tenerse en cuenta para la selección.

Problemas éticos, legales y sociales de los trasplantes. Las legislaciones nacionales suelen prohibir que la donación de órganos, cuya motivación debe ser el altruismo, se fomente por intereses económicos; por ello no se permite ninguna retribución al donante, de la misma manera que por afectar la integridad de la persona solo podrá verificarse para fines estrictamente terapéuticos. La preparación científica, el conocimiento y dominio de la técnica y la infraestructura necesaria para la realización del trasplante son exigencias reguladas

por las leyes y las normas de cada país. Las circunstancias han ido variando en los últimos años por la eficacia que han demostrado los trasplantes de órganos extraídos de un cadáver. Para muchos, estos donantes son más deseables que las personas vivas; en igualdad de circunstancias, recurrir a un difunto parece mucho más lógico al ser los beneficios prácticamente iguales sin ninguna desventaja para el donante. Otros dicen que no tiene sentido atentar, aunque sin graves consecuencias, contra la integridad de una persona, cuando el fallecido acaba de perder su vida y sus restos están destinados también a una destrucción inmediata. En épocas anteriores, la mutilación de un cadáver era considerada una especie de profanación; la iglesia católica no permitía la incineración. Motivos religiosos y sentimientos de respeto, como se dan en todas las culturas, inclinaban a conservar el cadáver en su integridad hasta el momento de la sepultura. La experiencia muestra que personas que se preocuparon poco por el difunto durante su vida se sienten obligadas a acompañarlo y alabarlo cuando ya esto no tiene ningún sentido. Este criterio ha cambiado en la actualidad y la donación es asumida como un acto de caridad cristiana; así está recogido en la XI Encíclica papal. Por vez primera el papa Juan Pablo II asistió a la inauguración de un Congreso Mundial en términos de medicina, precisamente el XVIII Congreso de Trasplante en septiembre de 2000 en Roma. Allí se refirió a aspectos de la muerte encefálica, la donación y el consentimiento informado de receptores y familiares de donantes. El problema mayor se centra en constatar con seguridad la existencia de la muerte. Si los criterios tradicionales, como la parada cardíaca o la ausencia de la respiración, perdieron su validez científica, hoy existen otros signos que ofrecen suficiente garantía. El carácter misterioso de la muerte y los sufrimientos que normalmente la preceden han motivado múltiples teorías y especulaciones sobre su causa y definición exacta, pero la mayoría de los autores contemporáneos la sustentan sobre bases neurológicas y se define en la actualidad como la pérdida irreversible de la capacidad y del contenido de la conciencia. La finalidad primordial en el *donante cadáver* consiste en conservar los órganos en las mejores condiciones posibles hasta el momento de la extirpación, para facilitar el éxito del trasplante. Los miedos y reticencias que todavía existen, como si hubiera peligro de acelerar su fin por el deseo de realizar el trasplante no tiene ninguna justificación y pertenecen más bien al mundo de lo imaginario e irracional. Las mismas normas legales impiden con diferentes disposiciones que esta pura hipótesis se convierta alguna vez en realidad. En cuanto al *consentimiento del fallecido*, el difunto deberá haberlo manifestado antes de su

fallecimiento. Su voluntad, favorable o negativa, merece un profundo respeto, sin que nadie pueda cambiarla después, de acuerdo con sus propios gustos o sentimientos. En muchos países del primer mundo, en caso que no conste, sus familiares o la autoridad competente podrán permitir el trasplante para fines terapéuticos, ya que a diferencia de los vivos, la extirpación no constituye ninguna limitante de sus posibilidades. La postura parece correcta y éticamente aceptable. Con estas normativas en dichos países, cualquier persona sabe que, al no manifestar su negativa, se convierte por el mismo hecho en un donante potencial. En este problema relacionado con la donación de órganos, Cuba ha sentado un hito en la historia de la medicina universal. Casi el 80% de la población adulta del país expresó su conformidad con que sus órganos fuesen utilizados en caso de muerte. Alrededor de esto se debaten múltiples criterios, y gracias a la legislación actual sale publicada en la gaceta oficial la ley de muerte encefálica, aspecto este que se aplicaba en nuestros hospitales pero que queda muy bien definido a partir de 2001. La solución más eficaz debería lograrse por otro camino. Si la donación de órganos después de la muerte es un gesto de solidaridad con muchos necesitados y un remedio para mejorar su calidad de vida, o hasta su misma subsistencia sin ningún inconveniente para el donante, habría que despertar por todos los medios una conciencia social más profunda de la magnitud del problema. No hay derecho a que por ignorancia de la situación, indiferencia frente a situaciones graves y a veces dramáticas, o por una simple apatía y comodidad del que vive despreocupado porque no sufre personalmente o en algún ser querido la angustia de una espera, muchas personas estén condenadas a morir o a vivir con limitaciones importantes.

El trasplante renal. La problemática de los enfermos renales adquiere hoy una importancia particular. La insuficiencia renal crónica está considerada una epidemia aunque otros la consideran pandemia. Cada diez años se duplican en cada país el número de pacientes que están en tratamientos sustitutivos de la función renal, mediante la diálisis peritoneal o la hemodiálisis (riñón artificial). La causa de este incremento, sin que haya existido aún una meseta en ningún país, se debe a que las dos primeras causas que producen más de la mitad de la enfermedad son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, ambas con incidencias mayores cada año. Asimismo al aumentar la expectativa de vida, muchas personas dejan de morir más jóvenes y tienen más tiempo para entrar en este camino del remplazo de la función renal. La población en diálisis es cada día mayor y con edad avanzada en más del 50% de los casos, lo cual ha motivado que los programas de trasplante

renal cada día permitan mayor edad de sus receptores. El trasplante renal va siendo ya una práctica generalizada, que ha alcanzado un nivel de eficacia impresionante. Es la mejor solución para muchos pacientes cuya esperanza media de vida no sobrepasa los 10 o 12 años, y que necesitan la diálisis. Esta situación, como es comprensible, no solo dificulta la integración social del enfermo, sino que afecta también a otros niveles de su personalidad. Son enfermos crónicos y en un proceso de progresivo deterioro, dominados por la amenaza de la muerte y esclavos de una máquina que los sostiene durante algunos años, pero sin perder la esperanza de un trasplante como la única salida para su futuro. El trasplante renal es no solo mejor desde el punto de vista biológico sino también para asumirlo económicamente. La diferencia es sustantiva ya que un paciente en diálisis peritoneal o hemodiálisis cuesta alrededor de cuarenta y seis mil dólares por cada año en Estados Unidos, mientras que el trasplante renal cuesta sólo diecisiete mil en el primer año, y luego se abarata más al consumir menos medicamentos y ser cada vez más esporádicos los chequeos médicos y complementarios.

Desarrollo del trasplante renal en Cuba. Para Cuba, el abordaje del trasplante renal es también importante; de hecho se encuentra en primer lugar en cuanto a programas de toda Latinoamérica y en uno de los más importantes del mundo en cuanto al número de trasplantes realizados por millón de habitantes. Hoy día se han realizado alrededor de quinientos mil trasplantes renales en todo el mundo. En Cuba esta actividad importante comienza el 24 de febrero de 1970, liderada por el profesor Abelardo Buch López, al cual debe su nombre el Instituto de Nefrología. Para 2006 se habían efectuado tres mil quinientos trasplantes entre los nueve centros del país; de ellos mil doscientos se habían hecho en el propio Instituto. En todos esos años Cuba se encontró a la cabeza de los países de Latinoamérica por efectuar el mayor número de trasplantes por millón de habitantes, con donante cadavérico, gracias al sistema tan fuerte de obtención de órganos en muerte encefálica. En los últimos años se alcanzaron las tasas de realización más elevadas, oscilando entre diecisiete a veinte por millón de habitantes. Pero como sin donantes no hay trasplantes, Cuba ostentó también una de las seis primeras tasas de donación en todo el mundo en 2001, terminando 2005 con diecisiete donantes por millón de habitantes. Este logro no es tan solo en el campo de la medicina como práctica profesional, sino en el de la solidaridad humana, bajo el principio cardinal de que todo paciente tributario de dicho proceder lo reciba sin importar raza, sexo, profesión o nivel cultural, ya que la salud es un derecho del pueblo. Un conjunto de disciplinas tienen que vincularse para que la

actividad se desarrolle: cirugía, urología, anestesiología, psicología, anatomía patológica y nefrología, entre otras. Todas ellas sobre la base de la inmunología que trata de buscar una mayor compatibilidad entre donante y receptor, dado que el trasplante constituye una alteración de las leyes biológicas que posibilitan el surgimiento, desarrollo y conservación de la vida. Desde 1988 la selección de la pareja donante-receptor se hace de forma automática a los pacientes que se encuentran en métodos sustitutivos de su función renal. Se tienen en cuenta primero los criterios inmunológicos –grupo sanguíneo, compatibilidad HLA y % de sensibilidad–, a los cuales se suman aspectos como las prioridades sociales, o los niños o personas que no tienen vía de acceso vascular para las hemodiálisis y no podrían sobrevivir más que un corto período. La actividad de trasplante renal en Cuba se distingue de muchos otros países porque la moral de la sociedad refleja y fija a través de principios y normas de conducta el humanismo de las personas participantes alrededor del trasplante. La base económica determina los componentes de la superestructura, y no obstante, esta última tiene dialécticamente una independencia relativa. Cuba es un ejemplo claro de este fenómeno, ya que a pesar de una base económica aún subdesarrollada, el Estado socialista se preocupa por utilizar gran parte del Producto Nacional Bruto en el campo de la salud. Recientemente, para abordar la problemática de esta epidemia del siglo XXI, la insuficiencia renal, el Estado cubano ha incorporado la nefrología entre los programas priorizados de la revolución, porque sin este apoyo sería imposible mantener a ciento setenta y cuatro pacientes por millón de habitantes en métodos sustitutivos de la función renal distribuidos por todo el país, lo cual crece cada año. En este programa, se crearon quince nuevos servicios de nefrología (2004-2005) para llevar este tratamiento lo más cerca posible del lugar donde reside el enfermo, el cual vivirá allí el resto de su vida mientras espera un futuro trasplante en caso que sea un verdadero candidato. De esta forma se afirma el papel del Estado, que además de distinguir la insuficiencia renal como problema de salud la considera un problema político y social. Sobran ejemplos de países que no pueden afrontar todos estos tratamientos tan costosos y donde muchas personas mueren en etapas terminales de uremia al no ser abordados o no poder entrar en estos programas por causas económicas.

El binomio donante-receptor. En el trasplante renal existe una importante relación dialéctica en el binomio donante-receptor. Por un lado, se encuentra un paciente en estadio final de su enfermedad renal, que fija sus esperanzas en el trasplante como única forma de rehabilitación biopsicosocial; por

otro, el donante, con sus dos variantes, vivo y cadavérico. En el primer caso el donante procede por lo general de un familiar (emparentado) o de una persona emocionalmente relacionada (no emparentada). Estos tipos de donantes ponen de manifiesto un verdadero problema ético-legal donde intervienen no sólo leyes biológicas como fundamento básico del trasplante, sino también los factores sociales y morales. Muchos países han logrado trasplantar con mayor número de histocompatibilidades porque primeramente tienen un mayor grupo de receptores y las leyes de probabilidad son mayores. Además, se han creado grupos de intercambios de órganos entre países para hacer llegar un riñón más compatible a pacientes que desde el punto de vista inmunológico lo requieran, ya que sin esto les sería imposible el éxito, pese a las nuevas drogas inmunosupresoras. En Cuba no es posible realizar este intercambio por el momento, por situaciones inherentes a nuestra región, donde los países miembros, a pesar de la relativa cercanía, tenemos dificultades de transporte que impiden facilitar un intercambio de vísceras para trasplante, lo cual repercute en un tiempo de isquemia prolongado. Por otra parte, muchos de estos países no tienen un adecuado sistema de obtención de órganos, que descansa sobre todo en el donante vivo. Cuba cuenta con un sistema fuerte de obtención de órganos que permite la realización del trasplante con donante cadáver en más del 90% de los casos, y equipos multidisciplinarios que se encuentran trabajando ya en cuarenta y dos hospitales por todo el país. No obstante, se ha ido trabajando más con el donante vivo emparentado de primera línea (padres, hermanos e hijos); del 4% de los trasplantes de este tipo realizados en 1994 se llegó en 2005 a un porcentaje del 10%. Por consideraciones éticas, no existe relación entre el grupo que hace el diagnóstico de muerte por criterios neurológicos; lo maneja y realiza finalmente la nefrectomía, con el equipo encargado de hacer y seguir el trasplante renal. Una vez extraída la víscera se procede, por parte del segundo equipo con su centro coordinador nacional en el Instituto de Nefrología, a buscar luego del tipaje el mejor receptor dentro de este programa automático que tiene todas las variables y hace una selección mejor no sólo desde el punto de vista biológico sino también en el orden ético y de total transparencia. Al decidir un país qué tipo de donante utiliza en mayor grado –cadáver o vivo–, tiene en cuenta no solo aspectos de resultados biológicos buenos, como el uso del donador-cadáver con potentes inmunosupresores, sino que los factores religiosos y éticos de esa sociedad en particular lo llevan a un lado o el otro. El ejemplo más típico es Japón, donde no se acepta por la legislación ni por la

población obtener órganos de cadáveres. Debe decirse que con el curso de los años los trasplantes de donante cadavérico cada día tienen mejores resultados. No obstante, al compararlos con los trasplantes renales de donantes vivos relacionados, estos últimos ofrecen mayores expectativas en el mismo período. Son varios los factores que se señalan al respecto, pero en forma general se considera que el trasplante de cadáver es una operación de urgencia, con largos periodos de isquemia fría, con menor número de compatibilidades y un tiempo de espera del receptor en los planes de diálisis que a veces sobrepasan 2 y 3 años. El trasplante de donante vivo relacionado se efectúa con una cirugía electiva, con corta isquemia fría, mayor grado de compatibilidad y el tiempo de espera en métodos sustitutos es menor y depende desde la decisión del receptor y su familia hasta que el equipo de trasplante lo realice. Para sintetizar el análisis sobre los donantes vivos, conviene distinguir dos realidades sociales y culturales diferentes: por un lado, un grupo de países desarrollados que tienen en común riqueza, alto nivel de rentas, sistemas desarrollados de protección social, seguros de enfermedad, disponibilidad general de diálisis, sistema sanitario avanzado y necesidades básicas cubiertas para toda la población, con programas de donantes cadavéricos bastante desarrollados y valores culturales definidos; por otro lado, el mundo en vía de desarrollo, donde falta todo lo anterior y el trasplante de donante vivo es la única alternativa a la muerte. Además, la miseria está generalizada, el nivel de justicia social es mínimo, carecen de sistemas de protección social, predominan las necesidades básicas, agua potable, comida, alcantarillado, y la ignorancia y pobreza extrema constituyen el caldo de cultivo. En estas circunstancias, la coacción adopta diversas modalidades, derivadas de la ignorancia (consentimiento no informado) y la pobreza extrema (consentimiento desesperado). En esas condiciones ha florecido el comercio de órganos con el escándalo consiguiente del mundo rico y la condena generalizada del ordenamiento jurídico de muchos países, de las sociedades de trasplante, de la Comunidad Europea y de la Organización Mundial de la Salud. Esta nefasta práctica médica es el resultado de la miseria creciente de una gran parte de la población, afectada cada vez más por las políticas neoliberales, que provocan, entre otros males, la falta de asistencia médica.

El donante vivo. Al inicio de los trasplantes de donante vivo, la actitud de los médicos fue expectante ante la duda por la mutilación de una persona sana; sin embargo, al evolucionar los resultados obtenidos con los trasplantes relacionados en muchos lugares del mundo, aumentó su práctica, como sucede en Estados Unidos. El uso del donante

vivo no relacionado se inició desde los primeros momentos del trasplante renal. Desde su comienzo fue rechazado por la comunidad de trasplante, debido a un alto grado de desconfianza sobre la motivación humana de este tipo de donante. Sin embargo, en la actualidad la comunidad de trasplante tiene opiniones diferentes y controvertidas, sobre todo cuando la Organización Mundial de la Salud recomendó utilizar solo donante vivo genéticamente relacionado. En Cuba no está permitido por la legislación el trasplante entre personas emocionalmente relacionadas; se exige tener compatibilidades, garantizando la transparencia de las selecciones, bajo leyes biológicas bien establecidas. De ese modo, en 1979 se efectuó el primer trasplante renal en Cuba entre hermanos gemelos. Desde entonces y hasta la fecha se han realizado casi trescientos, todos entre personas emparentadas. En el trasplante con donante los resultados en Cuba han sido mejores que con los de donante cadáver, e igualables a los de donantes vivos de otros países. Por el valor ético de este tipo de trasplantes se procura mantenerlos, luchando por incrementarlos pero permitiendo alteraciones biológicas de los donantes que pudieran implicar males en el futuro a ese donante que ha hecho un acto altruista y debe ser bien protegido. Por tener Cuba la tasa de trasplante más alta de Latinoamérica, con frecuencia sus servicios de salud reciben demandas para efectuar este tipo de práctica a extranjeros. Al respecto está bien definido que deben cumplirse las mismas reglas que la ley tiene para los ciudadanos cubanos, es decir, que el paciente extranjero debe viajar a Cuba con su donante francamente compatible. Se vuelven a estudiar estos casos para las moléculas HLA y si no hay compatibilidad, aunque sostengan ser parientes de primera línea, el trasplante no se efectúa. De esta forma se logran mantener los principios éticos que Cuba exige, evitando que cualquier otro tipo de trasplante sea mal interpretado como un negocio o un tráfico inconsciente de órganos. La donación de vivos no está ampliamente divulgada por los medios como el de la obtención con donante cadavérico. Cabe preguntarse cuál es la causa de esta no divulgación: si el respeto a los familiares, su voluntariedad o el temor a que un paciente necesitado de una víscera para vivir una vida normal pueda ejercer involuntariamente una coacción sobre los padres o hermanos, invocando una posible muerte si no le dan uno de sus riñones. Los casos no aceptados como tributarios de recibir un riñón de un donante vivo por consideraciones médicas o éticas se incluyen en el programa nacional de selección con donante cadavérico. Al referirse a este tipo de trasplante, Ortuño, nefrólogo español, señala: "... desde la perspectiva de los países ricos se propugna aumentar los trasplantes de vivo, liberalizando los

criterios de aceptación. Desde la perspectiva latinoamericana y de los países pobres, por el contrario, deben establecerse criterios más rígidos y restringidos, porque el empleo de donantes vivos no relacionados aumenta la posibilidad de explotación de los pobres, frecuentemente tentados a vender sus órganos antes de morir de hambre”.

Referencias

C. Stiller, R. Fox, J. Swazey et ál. Organ and tissue transplants. En W. Reich (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*,

1995, 4, pp. 1871-1894. - José Acosta. ¿Es la vida un valor absoluto? *Revista de avances médicos*. 1996, 3 (7), pp. 42-44. - S. Arce. *Avances en el trasplante de órganos y tejidos*, La Habana, Editorial Ciencias Médicas, 1989. - A. Mármol, R. Herrera. Organ procurement and renal transplantation in Cuba, *Transplantation Proceedings*, USA, 1996, 28 (6), 3358. - A. Martínez, R. Rivas, A. Mármol. Influencia del modelo español en la organización del programa de trasplante renal de Cuba, *Nefrología española* 2001, 21 (supl 4), pp. 148-49. - A. Mármol, R. Herrera. Ética del trasplante, reflexiones en el campo de la nefrología. En J. Acosta (ed.), *Bioética desde una perspectiva cubana*, 1997, pp. 246-253.

Dos años antes de la proclamación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946) afirmaba en su Preámbulo: “*El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social*”. Veinte años después, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) de las Naciones Unidas sostenía en el artículo 12: “*Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*”. Pese a este reconocimiento temprano y explícito, los enfoques sobre el derecho a la salud en la bioética han mostrado diferencias –en ocasiones fuertemente polémicas– según las distintas concepciones bioéticas que se defienden. La salud como un derecho humano (v.) y la bioética como discurso normativo que a partir de su reconocimiento reflexione en torno a los límites en cuanto a su violación y al progreso moral que pudiera lograrse sobre ese derecho, han sido supuestos cuestionados por la bioética liberal. Sin embargo, la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* (Unesco, 2005) ha venido a reafirmar el compromiso de la bioética con la protección del derecho a la salud en el artículo 14 sobre ‘Responsabilidad social y salud’.

La bioética como discurso de desconocimiento de la salud como derecho. La distinción entre derecho moral y derecho legal a la atención de la salud, que se realizó en la concepción principialista angloamericana, puso en entredicho a la salud como derecho. Asimismo, la posición política de Estados Unidos en las discusiones para la búsqueda de consenso internacional con respecto al reconocimiento del derecho ambiental fue otro ejemplo de esa distinción entre derecho moral y derecho legal. Esa distinción, en el caso del derecho a la salud, era nueva en Estados Unidos. La Comisión Presidencial para el Estudio de los Problemas Éticos en Medicina y Ciencias Biomédicas y de la Conducta señalaba en uno de sus informes de 1983 que la anterior Comisión Presidencial sobre Necesidades en Salud de la Nación había concluido en 1952 que “*el acceso a medios para procurar y preservar la salud es un derecho humano básico*”. No obstante, en la terminología de su informe, la nueva Comisión Presidencial (2ª Comisión Nacional de Bioética en Estados Unidos) no habló de ‘derechos’, sino de ‘obligaciones éticas’ de la sociedad

para asegurar un acceso equitativo a la atención de la salud para todos sin que supusiera cargas excesivas. Esta Comisión señaló explícitamente que había elegido no desarrollar el caso de obtener un acceso equitativo mediante la afirmación de un derecho a la atención de la salud al observar que ni la Corte Suprema ni ninguna corte de apelaciones había encontrado un derecho constitucional a la salud o a la atención de la salud. Esta importante ruptura conceptual establecida por la Comisión Presidencial en 1983, que llevó a la salud de ser considerada derecho humano básico al rango relativizado de obligación ética de la sociedad, fue uno de los ejes que definieron al principialismo como concepción dominante de la bioética. La Declaración de Alma-Ata (1978) de la Organización Mundial de la Salud y su estrategia de atención primaria de la salud fueron consideradas aspiraciones moralmente reconocidas que no generaban obligaciones como derecho legal. Alexander Morgan Capron dijo: “*... si se acepta la definición de la salud comúnmente aceptada, es decir, que la salud es un ‘estado de completo bienestar físico, mental y social’, el derecho a la salud se convierte en un derecho a la felicidad, o a todo lo que una persona desee, lo cual constituye una aspiración y no un derecho*”. Esta distinción supuso conceptualmente que había diferencia entre derechos (*rights*) y obligaciones o deberes (*duties*), y que lo que habitualmente estaba en juego al hablar de ‘derecho a la salud’ no era más que una retórica emocional vacía de contenido. Se presumió que al hablar de derecho legal, el Estado tenía una obligación específica por la que responder, pero que al hablar de derecho moral consideramos que existe un deber de cumplimiento moral que no implica una obligación de cumplimiento legal. Sin embargo, si se trataba de discutir el carácter de derecho humano de una determinada norma apelando a un corpus normativo, este por obligación debería haber sido supranacional, ya que el derecho nacional queda subordinado al derecho internacional de los derechos humanos, a menos que haya una explícita restricción previa. Por eso esta confusión entre derecho nacional y derecho internacional, que tiene consecuencias importantísimas para toda ética, alcanzó también a la bioética angloamericana. Estas deliberadas confusiones, pese a todo, se repiten en la historia de los discursos emergentes en estados imperiales. Sin embargo, distinta ha sido la situación en Europa, donde la Convención sobre Derechos Humanos y Biomedicina del Comité de Ministros del Consejo de Europa acordada en Oviedo en

1997, conocida por Convención Europea de Bioética, representó un encuentro entre el movimiento de los Derechos Humanos y el de la bioética, y reconoció sin dudas la salud como derecho.

El hospital público en América Latina como primer reconocimiento del derecho a la salud. El derecho a la protección de la salud (v.) tiene una larga historia en América Latina con importantes consecuencias. La tradición del hospital público, por ejemplo, obliga a una reflexión bioética crítica y autónoma sobre su lugar en nuestros sistemas de salud con independencia de otras realidades regionales, y a su función como agente moral para la protección de la salud de individuos y grupos (v. *El hospital público como agente moral*). El periodo colonial en América Latina se extiende desde el fin de la conquista en 1557 hasta el comienzo de los movimientos revolucionarios por la independencia a partir de 1810. Hay dos características esenciales en la medicina de ese período colonial: las regulaciones político-administrativas de tipo beneficentista, como las dirigidas a los hospitales, protomedicatos y la educación médica, y las contribuciones a la atención de la salud basadas en las virtudes de diferentes órdenes religiosos. Carlos V decretó en 1541 que en todas las ciudades indias y españolas de Nueva España tenía que haber hospitales para curar a los pacientes pobres y para practicar la caridad cristiana (Landa, 1560). Pero ocurrió una importante diferencia entre las condiciones administrativas para construir hospitales en las colonias españolas e inglesas en América, que tendrían consecuencias en una y otra tradición sociocultural. En las colonias inglesas era necesario tener una autorización real; en las colonias españolas esta no era necesaria. Hasta mediados del siglo XVIII, con la creación de los hospitales de Filadelfia y Nueva York, no existían instituciones médicas permanentes en las colonias inglesas; solo había algunas pocas iniciativas para prestar atención a los indígenas desde una perspectiva cristiana. En cambio, antes de 1550 ya había hospitales en México, Panamá, Cuba, Puerto Rico, Guatemala, Perú y también en Brasil. Solamente en México es posible observar cerca de cuarenta en el siglo XVI. El primer hospital en América fue el de San Nicolás de Bari en Santo Domingo, fundado en 1503. Pero una temprana fundación de hospitales ocurrió también en otros sitios. El primero de ellos en México –el actual Hospital de Jesús– por Cortés en 1521; luego el Hospital de Misericordia en Guatemala en 1530; el Hospital de Lima (Perú) en 1538; el Hospital de Santos (Brasil) en 1545; el Hospital de Nuestra Señora del Socorro en Santiago (Chile) en 1553; el Hospital de Asunción (Paraguay) en 1556; el Hospital de San Pedro en Santa Fe de Bogotá (Colombia) en 1563; el Hospital de la Misericordia en Quito (Ecuador) en 1565; el Hospital de Santa Bárbara en Chuquisaca

(Bolivia) en 1567; el Hospital de Córdoba (Argentina) en 1576; y el Hospital de San Pedro en Caracas (Venezuela) en 1590. Había hospitales para indios y negros, para viruela y lepra, para enfermedades mentales y maternidad. Un sistema de salud muy importante se desarrolló en América Latina cuando la medicina colonial no podía ofrecer más que cuidado a los pacientes de entonces (Guerra, 1972). Las órdenes religiosas tuvieron un rol esencial en el cuidado de los pacientes a través de los hospitales, iglesias y conventos; la mayoría de los hospitales en América Latina tuvo un origen y administración religiosa.

El derecho a la salud en América Latina y sus indicadores. En el marco de estos antecedentes, la bioética en América Latina ha de pronunciarse enfáticamente sobre el contenido moral del derecho a una salud integral. Entre las medidas que deberían adoptar los Estados para asegurar la plena efectividad de este derecho figuran la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños; el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas, así como la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. Una bioética que dedique su esfuerzo a fortalecer y profundizar este mandato moral con todos sus recursos teóricos y metodológicos será sin duda una bioética universal. En el *Informe 2003*, el relator especial sobre salud de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas –Paul Hunt– señaló las situaciones indignantes por las desigualdades en salud en el mundo. De allí que ese relator se haya preocupado por recomendar el atender a los indicadores del derecho a la salud por diferencia con los indicadores de salud. Un indicador del derecho a la salud se diferencia porque se deriva de normas específicas para las políticas públicas en salud y porque su finalidad es el monitoreo del derecho. Pero el derecho a la salud no debe ser visto en forma aislada sino en relación a otros derechos humanos y libertades fundamentales incluyendo la no discriminación y la equidad. Los indicadores del derecho a la salud pueden ser sistematizados en indicadores estructurales, de proceso y resultados. Un indicador estructural nos dirá, por ejemplo, si el Estado tiene un reconocimiento constitucional del derecho a la salud, si tiene un organismo de derechos humanos con el mandato de velar por el derecho a la salud, si ha adoptado una estrategia para reducir la mortalidad materna, si tiene una lista de medicamentos esenciales, y si tiene algún grupo de medicamentos con provisión garantizada por el Estado. Los indicadores de proceso nos

brindarán información acerca del modo en que las políticas de salud se implementan, por ejemplo el porcentaje de mujeres atendidas durante su embarazo o el porcentaje de recién nacidos asistidos por personal especializado. Y los indicadores de resultados medirán los resultados obtenidos con la implementación de determinadas políticas, por ejemplo el número de muertes maternas por cien mil nacidos vivos o el número de muertes perinatales cada mil nacimientos. Por eso hay que observar si la bioética se compromete en América Latina con las exigencias de cumplimiento de resultados para el progreso moral. El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), consagra en su artículo 10 el derecho a la salud y dispone que toda persona tiene derecho a contar con servicios públicos básicos, entre los cuales deben encuadrarse los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS. El acceso a los medicamentos es uno de los mayores problemas de la bioética actual, como lo ha demostrado la fuerte disputa contra el párrafo 30 de la Declaración de Helsinki y la cuestión de los derechos sobre la propiedad intelectual y científica y el régimen de patentes en la industria farmacéutica ante la pandemia de sida. El Alto Comisionado por los Derechos Humanos de las Naciones Unidas se ha referido a estas cuestiones señalando que en

la relación entre los derechos de propiedad intelectual y el acceso a los medicamentos debe reconocerse que dicho acceso constituye un derecho humano. Y aunque la aplicación y protección de derechos de propiedad puede ofrecer un entorno más seguro para la transferencia de tecnología a países en desarrollo, también puede constituir una base para establecer precios más altos de los medicamentos y transferencia de tecnología, que podrían restringir el acceso de los pobres. Así quedó expresado en la disputa que Brasil sostuvo contra el laboratorio Merck Sharp & Dohme al quebrar la patente de la droga contra el sida *Efavirenz*. Los derechos de propiedad intelectual impiden muchas veces la distribución de bienes sociales a los países pobres, que no pueden pagar los precios exigidos por los titulares de las patentes. Por eso es que si aceptamos la salud como un derecho humano (y salud aquí no sólo es atención de la salud sino salud integral entendida como armonía objetiva y subjetiva con la idea de justicia que atraviesa los derechos a la vida y la identidad, la integridad y la libertad, la atención de la salud y el bienestar), no tendremos objeciones para aceptar la concurrencia complementaria de su significado moral y jurídico. Porque el derecho humano a la salud será entonces el reconocimiento jurídico de la responsabilidad moral del Estado para hacer efectivo en el mundo real al valor ético de la salud integral de las personas.

[J. C. T.]

La salud como derecho humano

Horacio Cassinelli (Uruguay) - *Universidad de la República*

Derecho a la salud y deber de atender la propia salud. En el tema de regulación jurídica concerniente a la salud humana encontramos normas de fondo sobre salud y enfermedad, que establecen lo que debe hacerse o no hacerse en esa materia, y normas de competencia, es decir, normas que atribuyen a determinados órganos cometidos y potestades en materia de salud y enfermedad. Las normas de fondo atañen principalmente a dos situaciones jurídicas subjetivas –el *derecho a la salud* y el *deber de atender a la propia salud*– que son generalmente reconocidas en doctrina y en Derecho comparado como *derechos humanos*, esto es, como derechos y deberes inherentes a la personalidad humana. El *derecho a la salud* supone un sujeto titular de la obligación correlativa, que puede ser el Estado u otro sujeto. El *deber de atender a su propia salud* alcanza a todos, a los sanos y a los enfermos. Los sanos deben cuidar de su salud. Los enfermos deben asistirse para recuperar su salud, y

sanos y enfermos deben cumplir con las leyes que se establezcan con la finalidad de preservar la salud. Esta potestad legislativa no se entiende referida solamente de la salud en el sentido estricto del término, sino al perfeccionamiento físico, psíquico, moral y social. Es decir, que el reconocimiento de los derechos y deberes humanos atinentes a la salud incluye los aspectos éticos y los aspectos de trascendencia social, y no sólo los problemas médicos. Tanto el deber de cuidar de su salud como el deber de asistirse en caso de enfermedad son deberes de medios, no de resultados. Nadie está obligado a tener salud, a ser sano. Todos estamos obligados a cuidar de nuestra salud y, si no estamos sanos, a asistirnos.

El derecho a cumplir con nuestros deberes. El reconocimiento de un derecho a la salud no es una mera consecuencia lógica de la admisión del deber de atender a la propia salud. No valdría argumentar que toda persona que tenga un deber jurídico tiene implícitamente el derecho a cumplir con su deber, de modo que el derecho a la salud

quedaría consagrado por la vía de establecer el deber de cuidar de la propia salud. Esa conclusión sería errónea. Por esa vía no se llega al derecho a la salud ni al derecho a recibir asistencia en caso de enfermedad. La conclusión correcta de la aplicación del principio de que todos tenemos derecho a cumplir con nuestros deberes es que todos los habitantes tienen derecho a cuidar de su salud y a asistirse en caso de enfermedad. No surge de ahí que tengan derecho a la salud o derecho a recibir asistencia en procura de su salud. No sería un derecho exigible frente a otros que estuvieran obligados a asistirlo en caso de enfermedad –un derecho a exigir que otros lo asistan– sino un derecho que podría invocarse contra quien quisiera impedirle que cuidara su salud. De modo que no es esa una vía lógica por la que se deduzca un derecho a la salud. Por la vía de aducir el derecho a cumplir con el deber de cuidar de su propia salud y de asistirse en caso de enfermedad, sólo se obtendría la existencia de un derecho a que nadie le impida cumplir con su deber de cuidar su salud y asistirse en caso de enfermedad.

El costo de los medios y la obligación de sufragarlo. Continuando con el razonamiento, podría decirse que para cumplir con su deber de cuidar su propia salud o de asistirse en caso de enfermedad, el individuo que a la vez es sujeto pasivo de tal deber y sujeto activo de tal derecho necesita servirse de medios humanos y materiales que pueden significar un costo. Este tema no es el mismo que atañe a los derechos o deberes de conservar o de recuperar la salud. Ahora pensamos en el tema de quién debe sufragar los gastos necesarios para cuidar de su salud (prevención o higiene) y para asistirse en caso de enfermedad (costos de medicamentos, tratamientos quirúrgicos, internaciones, prótesis, etc.). ¿Quién debe soportar esos gastos? Encarado como cumplimiento de un deber, el costo necesario de cumplir con ese deber ha de ser soportado por el obligado. Esa es la regla general. Si yo estoy obligado a hacer algo, estoy obligado a costear lo necesario para hacerlo. Pero a esta altura del razonamiento surge la cuestión de quienes estén en la indigencia o carentes de recursos suficientes para cumplir con su deber de cuidar la propia salud o de asistirse si están enfermos. Si el obligado no pudiese a causa de su pobreza sufragar ese costo, la conclusión que resultaría de la aplicación de las normas generales de derecho privado sería que la pobreza lo eximiría de responsabilidad por el incumplimiento. Pero nuestro sentido común, nuestra convicción colectiva nacional y universal, se levanta contra esa conclusión y exige que prestemos atención al aspecto de derecho humano y no solo de deber que se advierte en la situación jurídica subjetiva

del indigente o carente de recursos suficientes para hacer frente a los gastos de atención de su propia salud o de asistencia en caso de enfermedad.

La salud como un derecho inherente a la personalidad humana. Enfocando la situación jurídica subjetiva del interesado como derecho a la salud, la pobreza deja de ser una excusa eximente de responsabilidad por el incumplimiento de un deber para convertirse en fuente de un derecho subjetivo para obtener los servicios y los materiales necesarios para cuidar de su salud y ser asistido en caso de enfermedad, sin los cuales quedaría incumplido el deber, pues el incumplimiento del deber de cuidar su salud por falta de medios adecuados se califica ahora como incumplimiento de la obligación del Estado correlativa al derecho a la salud. En vez de exigirle al pobre que cuide su salud a su costo, es ahora el pobre quien puede exigirle al Estado (o al ente competente) que ponga a su servicio los medios necesarios para satisfacer el derecho a cumplir con el deber de cuidar de su salud o de asistirse en caso de enfermedad. Esta exigencia del pobre contra el Estado (o contra la institución que corresponda) deriva del reconocimiento de un *derecho a la salud inherente a la personalidad humana* y como tal subyacente a toda la regulación internacional o constitucional de la materia. La gente tiene la convicción colectiva de que existe un derecho a la salud, no solamente un deber de ese contenido. Resulta una idea inhumana que alguien no tenga derecho a la salud, que tenga el deber de cuidarla y que si no puede cuidarla ello solo sirva como excusa para no ser responsabilizado por ello. Si se establece un sistema basado en que cada individuo debe sufragar (pudiéndolo hacer) los gastos de prevención y asistencia, entonces ha de completarse el sistema estableciendo que el Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia a los indigentes o carentes de recursos suficientes. Asistencia que no es sólo médica, pues incluye también la asistencia de otras profesiones con incumbencia paralela a la medicina, por ejemplo la psicología, la fisioterapia, la enfermería, la asistencia social al núcleo familiar del enfermo. La legislación en materia de derecho a la salud y a la asistencia del enfermo, con sus complementos antedichos, es ocasión importante de aplicación de los principios bioéticos generalmente reconocidos, tanto en lo que significa opción entre posibles criterios legales alternativos como en la aplicación de tales criterios en cada caso concreto.

Referencias

H. Fuenzalida Puelma y S. Scholle Connors (eds.). *El derecho a la salud en las Américas. Estudio constitucional comparado*, Washington, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica N° 509, 1989.

Derecho a la protección de la salud

Ingríd Brena Sesma (México) - *Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM*

El concepto de salud. La salud es un valor compartido por todas las sociedades y todos los sistemas ideológicos como uno de los objetivos del desarrollo y una condición indispensable para una auténtica igualdad de oportunidades y reconocida la necesidad de protegerla. Fue la sociedad internacional la preocupada por elaborar un concepto de salud; así surgen documentos internacionales. Desde 1946 la Constitución de la Organización Mundial de la Salud expresa que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Posteriormente, la Declaración de Alma-Ata (1978) agrega a esa definición que la salud “es un derecho humano fundamental, y que el logro del nivel de salud más alto posible es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización requiere de la intervención de otros muchos sectores sociales y económicos, además del sector salud”. En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Comité reunido subrayó que el derecho a la salud abarca “una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones, merced a las cuales las personas deben llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano”. Es importante enfatizar en que la salud tiene un componente individual y un componente colectivo social. El goce de salud es un bien individual, pues cada persona puede o no tenerlo, con independencia de que su familia o sus vecinos también tengan buena salud. Pero la salud tiene, además, una dimensión colectiva, si consideramos que hay factores sociales que tienden a preservarla o a quebrarla, como las epidemias, la contaminación, falta de hábitos higiénicos, entre otros.

Concepto de derecho a la protección de la salud y fundamentos sociales. No puede garantizarse a nadie un derecho a un estado completo de salud, pues esta depende de factores genéticos, ambientales y culturales, por lo que resulta más conveniente referirse a un derecho a la protección de la salud, el cual podría definirse como el sistema de normas jurídicas de diverso rango que reconoce y regula los mecanismos necesarios para lograr la protección de la salud a través de la delimitación de la responsabilidad del Estado, de la sociedad y del individuo. Las transiciones demográfica, social, económica y política han modificado y

siguen transformando el espectro social y humano de Latinoamérica. Grupos y regiones hasta hace poco tiempo ignorados o callados se han vuelto presencia activa en el conglomerado social al cual han transformado, pero también han hecho más patentes las desigualdades por género, edad, etnia, región geográfica y condición económica, por mencionar algunas. Las precarias condiciones de salud, vivienda y alimentación de la población de la región, así como la escasa o nula educación y capacitación y el desempleo le impiden obtener los satisfactores mínimos. La salud debe ser uno de los objetivos del desarrollo y condición necesaria para lograr una verdadera igualdad de oportunidades entre los habitantes de los Estados. Se le debe concebir como un objetivo social que todos los sectores de la sociedad deben conseguir. La protección de la salud es un valor compartido por todas las sociedades, todos los sistemas ideológicos y todas las organizaciones políticas. El acceso a los servicios de salud debe ser universal y las prioridades deben fijarse exclusivamente en función de las necesidades de las personas. La salud está ligada al destino de las naciones: a medida que los países se transformen, sus sistemas de salud también deben hacerlo. No puede haber un progreso real y general sin un sistema de salud que atienda a las legítimas aspiraciones de su población. El artículo 14 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005) expresa que se debe fomentar: a) el acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales para la salud; b) el acceso a una alimentación sana y adecuada; c) la mejora de las condiciones de vida y del medio ambiente; d) la supresión de la marginación y exclusión de personas por cualquier motivo; y e) la reducción de la pobreza y el analfabetismo. Después de la aparición del derecho a la protección de la salud en documentos internacionales, casi todas las constituciones del continente se refieren al derecho a la salud o el derecho a la protección de la salud. Casos especiales han sido las constituciones de Argentina y Costa Rica. Sin embargo, como Bidart Campos expresaba antes del reconocimiento por la reforma constitucional de 1994, a pesar de la ausencia formal, era posible detectar que en la Constitución argentina se encontraban las bases implícitas para que el Estado se ocupara de la atención de la salud.

Función del Estado, la sociedad y los individuos. El carácter social del derecho a la salud impone deberes al poder público. Es compromiso de los Estados crear las condiciones de desarrollo necesarias para la cabal satisfacción del derecho a la salud; así, el contenido de tal derecho habrá de ser distinto en cada país de acuerdo con su grado de desarrollo. No obstante, en Latinoamérica las actividades del

Estado se han centrado no en crear las condiciones que permitan la satisfacción de esos derechos, sino en satisfacerlos. Esta situación, aunque parece afortunada, ha resultado catastrófica para la vigencia real de los derechos económicos, sociales y culturales de la región pues resulta, al menos en un régimen democrático, que el Estado tiene la capacidad económica y de gestión suficiente para satisfacer a plenitud las necesidades plasmadas del derecho a la salud (Martínez Bullé, 1991). Es vital que los Estados latinoamericanos relacionen el derecho a la salud con el bienestar general de la población, educación, empleo, vivienda, condiciones sanitarias adecuadas, medio ambiente, etc., así como que asuman su papel de organismo rector de las políticas de salud y elaboren programas de acción para el poder público. Su desempeño como organismo rector no significa que se soslaye su responsabilidad en cuanto a la salud de la población, la cual comprende tanto la prestación directa de servicios públicos de salud como la supervisión de los servicios sociales y los prestados por particulares. El Estado asume mayores obligaciones para garantizar la salud de su población con acciones de protección y fomento durante la vida de cada hombre: antes de enfermarse, para prevenir, durante la enfermedad, para curar y después de la enfermedad, para rehabilitar. En cuanto a la salud de la colectividad, también corresponde al Estado realizar acciones en beneficio de la salud de la colectividad, así como generar cambios educativos y culturales que creen o modifiquen actitudes y conductas encaminadas a evitar la generación o propagación de enfermedades. Reconocer que el Estado es sujeto pasivo del derecho a la salud no significa convertirlo en el único sujeto pasivo cargado de todas las obligaciones, ya que puede haber otros sujetos pasivos, como instituciones de seguridad social e instituciones privadas. La salud no es solo un valor biológico, sino un bien social y cultural que el Estado no puede proteger, ni acrecentar, ni restaurar sin la participación de la sociedad y del hombre en lo particular. Que el Estado tenga y asuma una responsabilidad y una gestión en materia de salud es algo propio de un Estado de bienestar pero, al mismo tiempo, se considera necesaria que también la iniciativa privada acuda solidariamente con su esfuerzo y acción y ofrezca prestaciones en el campo de la salud a las que la población tenga fácil acceso. Finalmente, y sin que se contraponga con la función esencial del Estado de velar por la salud de su población, también se reconoce como deber de cada individuo la conservación de su salud.

Referencias

V. Martínez Bullé-Goyri. Derecho a la salud como un Derecho Humano, en *Salud y derechos humanos*, México, CNDH Memorias, 1991. - H. Fuenzalida Puelma y S. Scholle Connors (eds.). *El derecho a la salud en las Américas. Estudio constitucional comparado*, Washington, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica N° 509, 1989.

Derecho a la asistencia médica

Jesús Armando Martínez Gómez (Cuba) -
Centro Universitario José Martí Pérez de Sancti Spiritus

El derecho a la asistencia médica en la historia. El derecho a la asistencia médica es el derecho a recibir servicios médicos de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativos o de rehabilitación de profesionales e instituciones de salud, ya sean públicos o privados. No siempre el hombre tuvo derecho a la asistencia médica en caso de enfermedad, pues las sociedades primitivas, prehistóricas, se las arreglaron sin el derecho, regulando la vida social sobre la base de costumbres que tenían un contenido mítico-mágico bien acentuado. En estas sociedades tampoco puede hablarse de medicina propiamente dicha ni de servicios médicos, pues lo que existen son prácticas curativas basadas en la experiencia empírica, en la magia y en la creencia de que las enfermedades eran causadas por agentes o fuerzas sobrenaturales malignas de diversos géneros. La medicina es un resultado de la civilización y tiene que ver con la racionalización del conocimiento de la naturaleza de las enfermedades y las prácticas curativas. En Occidente este progreso debe verse en estrecha relación con la aparición de la concepción filosófica del mundo, alrededor de los siglos VII y VI a. C., que en sus inicios fue eminentemente naturalista o *fisiológica*. En Grecia y Roma antiguas los servicios médicos fueron generalmente de tipo profiláctico, diagnóstico y terapéutico, y se tenía acceso a ellos dependiendo de la posición que ocupaba la persona en la estructura socioeconómica imperante. Así, desde los tiempos de Hipócrates (460-377 a. C.) se registra la existencia de médicos para esclavos y libres, pudiendo ser estos últimos esclavistas ricos, clases medias o pobres de las ciudades y el campo. El acceso a los beneficios de la asistencia médica se regulaba siguiendo el imperativo de una justicia distributiva naturalista que tomaba como rasero el “mérito” –dado por la pertenencia a una clase social libre y con solvencia económica– para establecer la proporción en que se debía dar respuesta a las demandas de hombres considerados diferentes por naturaleza, a partir de la oferta disponible de servicios sanitarios. Era norma en estas sociedades que los ciudadanos

pagaran honorarios por los servicios recibidos, y en ocasiones los amos por los que se prestaran a sus esclavos, de mucha menor calidad. Aquí el derecho a la atención médica era privativo de los ciudadanos y negado a los extranjeros, vistos como bárbaros o extraños. En la Edad Media, el principio de caridad cristiana es el sustento de la práctica médica caritativa que sirve de soporte a la medicina monástica y la aparición de los hospitales, máximos garantes de la asistencia médica en este periodo, donde se tiende a aminorar o eliminar las discriminaciones a pobres y extranjeros en la atención sanitaria. El deber moral de atender por caridad, gratuitamente, a desvalidos y menesterosos, va a ser la nota característica de los servicios médicos desarrollados con una orientación cristiana en el recinto de los monasterios y los primeros hospitales. En la Edad Moderna asistimos a la era de los derechos del hombre, con la superación del antiguo régimen absolutista por las revoluciones burguesas y el nacimiento de los estados nacionales. En los Estados de Derecho liberales, el derecho a la asistencia médica tiene su fundamento en las ideas iusnaturalistas que dan lugar a la formulación de la primera generación de derechos humanos (civiles y políticos), que prescribe que al hombre le asiste por naturaleza el derecho a la salud y la integridad física. En este contexto, el derecho a la salud es visto de manera negativa, considerándose que existe con anterioridad al contrato social y a la formulación de leyes positivas, que deberán tenerlo en cuenta y protegerlo. El Estado liberal asume una actitud minimalista frente a la iniciativa privada de los particulares, de la que dependerá la efectividad de los derechos naturales protegidos –entre ellos el derecho a la atención médica–, por lo que sus regulaciones jurídicas se encaminan a evitar que los individuos sean dañados por terceros y no a garantizar el derecho a una asistencia médica real y efectiva. Los casos de beneficencia pública son aquí reminiscencia del principio moral de caridad cristiana, pues la práctica médica es entendida básicamente como profesión liberal, y la salud como una cuestión esencialmente privada, regulándose el derecho a la atención sanitaria conforme a las leyes de la economía de mercado. En la segunda mitad del siglo XIX, bajo la influencia del pensamiento social marxista, se desarrolla el movimiento obrero que aboga por los derechos humanos de segunda generación (económicos, sociales y culturales), entendiendo que estos deben sustentarse de forma positiva y no negativa, para que puedan hacer factibles los derechos civiles y políticos, y que, en conformidad con lo anterior, el derecho a la atención médica deberá depender de la iniciativa estatal y no de la privada.

El derecho a la asistencia médica en los Derechos Humanos. Los valores que sirven de fundamento a las dos generaciones descritas de derechos humanos, la libertad y la igualdad respectivamente, marcarán la profundidad de los límites entre las dos formas fundamentales de atención sanitaria que se gestan en la modernidad: la privada y la pública. En este periodo se acentúa como nunca antes el valor de la privacidad, por lo que la asistencia del médico de cabecera burgués y la organización gremial de los servicios que este presta para excluir la competencia de intrusos, no profesionales, y fijar los precios de los mismos, serán las notas más características. El derecho positivo a la asistencia médica adquiere su primera materialización práctica de peso con el triunfo de la Revolución Socialista de octubre en 1917, y la iniciativa asumida por el Estado soviético de desarrollar un sistema de salud que respondiera a las demandas del movimiento obrero y su ideología. Aquí los servicios médicos van a ser objeto de la justicia distributiva comunista, que prescribe que la asistencia médica debe brindarse de forma gratuita a cada cual, según sus necesidades. Con peculiaridades y siguiendo derroteros nacionales, esta es la forma que adoptaría el derecho a la asistencia médica en los países que optaron por la vía socialista de desarrollo económico, político y social. Asimismo, el propio sistema capitalista, que existe a expensas de la revolución constante del proceso productivo y de la correspondiente socialización de la producción, irá creando la necesidad de socializar también la medicina para que pueda responder a las demandas de atención sanitaria de sus fuerzas productivas. Lo anterior explica el desarrollo que cobra la asistencia médica pública –a través de entidades de beneficencia, seguridad social y seguro médico– y la medicina preventiva en el siglo XX, estimuladas por el papel activo que asume el Estado burgués con la implantación del modelo económico keynesiano. Estos logros adquieren expresión jurídica internacional en la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948 –donde se establece el imperativo de respetar y proteger a la persona humana dada la dignidad que le es intrínseca– y en los pactos firmados posteriormente para su observancia. En el artículo 12 del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado por la resolución 2200-A (XXI) de 16 de diciembre de 1966, de la Asamblea General de Naciones Unidas, se reconoce el derecho de toda persona a la salud y se establecen las medidas que deberán tomar los Estados firmantes para hacerlo efectivo: a) la reducción de la mortalidad y la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) la prevención y el tratamiento de

enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

El derecho a la asistencia médica en la actualidad. Con posterioridad a estas iniciativas jurídicas de carácter holístico, se han sucedido otras que han sido sustentadas por organizaciones sanitarias de carácter internacional y regional, como la Organización Mundial de la Salud, la Asociación Médica Mundial, el Consejo de Europa y la Organización Panamericana para la Salud. Pero la situación sanitaria presente en la dos terceras partes del planeta prueba que las políticas de salud de la mayoría de los Estados del hemisferio distan mucho de haber cumplido lo pactado, notándose grandes diferencias entre países desarrollados y en vías de desarrollo o del tercer mundo (Latinoamérica, África y Asia). En 1978 se celebró en Alma-Ata, patrocinada por la OMS y la Unicef, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, en cuya Declaración se reconoció la necesidad de que los gobiernos implementaran y financiaran políticas encaminadas a desarrollar la atención primaria como solución a la grave desigualdad existente en el estado de salud de la población dentro de cada país, sobre todo entre los países en vías de desarrollo y los desarrollados, lo que contribuyó a lanzar el movimiento de Salud para Todos en 2000. La perpetuación de un orden económico internacional injusto, y la imposición del sistema neoliberal al tercer mundo, favorecida por la caída del campo socialista en la Europa del Este en la década del 90, obstaculizaron grandemente la consecución de la meta trazada, lo que ha llevado a la toma de conciencia de la crisis que, en materia de derechos a la asistencia médica, atraviesa hoy el planeta, en el que los centros de poder radicados en el norte sustentan e imponen políticas sanitarias al resto del mundo. Se observa no solo un gran desequilibrio en cuanto a los medios y la calidad de la atención médica que se oferta en las instituciones públicas y en las privadas, sino también una sustancial reducción de los derechos a la misma debido al auge del proceso de privatización que con signo neoliberal ha hecho renacer el espíritu minimalista del Estado frente al maximalismo de la iniciativa privada de los particulares, y la toma de la relación eficiencia-costo-beneficio como rasero para desarrollar políticas sanitarias cada vez más elitistas y excluyentes. A lo anterior se suma el encarecimiento de los servicios médicos como resultado de la injerencia monopolista en la aplicación de los adelantos de la revolución científico-técnica a la atención sanitaria, manifiestos en el desarrollo con fines preferentemente lucrativos de la industria de

medicamentos y de medios diagnósticos y terapéuticos; la priorización de la medicina curativa y especializada con el consiguiente abandono de programas sociales encaminados a la prevención y al desarrollo de la atención primaria en salud. La situación se torna cada vez más dramática en los países del tercer mundo, donde los programas de salud y los derechos a la misma no contemplan a sectores poblacionales, mayoritarios, que por su situación de pobreza no pueden tener acceso siquiera a niveles mínimos de atención médica, alimento, vivienda, vestido y educación. No se puede brindar tutela jurídica real y efectiva al derecho a la vida, si se regula el acceso a la atención médica mediante la ley de la oferta y la demanda, que privilegia la ganancia como primer valor. Por tal razón, se torna cada vez más imperativa la necesidad de desarrollar el derecho a la asistencia médica tomando como base la observancia de los derechos humanos de tercera generación (derecho de autodeterminación de los pueblos, derecho al desarrollo, derecho al medio ambiente sano, derecho a la paz), sustentados en el valor de la solidaridad humana. De lo contrario, los países más pobres no podrán superar su atraso en materia de asistencia médica, quedando la salud de sus pueblos a merced de los avatares de la gran burbuja financiera con que hoy se abre paso el capital internacional a través de las leyes del mercado.

Referencias

- J. R. Acosta Sariego (editor). *Bioética desde una perspectiva cubana*, La Habana, Centro Félix Varela, 1997. J. R. Acosta Sariego (editor). *Bioética para la sustentabilidad*, La Habana, Centro Félix Varela, 2002. - D. Gracia. ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 108, Nº 1 y 2, 1990, pp. 570-585. - D. Gracia. *Profesión médica, investigación y justicia sanitaria*, Bogotá, Editorial El Búho, 1998. - P. Laín Entralgo. *Historia universal de la medicina*, 7 vols., Barcelona, Salvat Editores, 1972. - J. Armando Martínez Gómez (coord.). *Temas de filosofía, sociedad y economía*, Sancti Spiritus (Cuba), Ediciones Luminaria, 2004. - R. Paniagua Redondo. Divergencias ideológicas y Derechos Humanos, *Annales*, Anuario del Centro de la Universidad Nacional de Educación a Distancia, Barbastro, XII-XIII, 1995-2000, pp. 133-146.

Derechos de los pacientes

Óscar Ernesto Garay (Argentina) - *Colegio de Abogados de la Ciudad de Buenos Aires*

Orígenes del concepto de derechos de los pacientes. Los derechos de los pacientes son derechos subjetivos de la persona humana relacionados con su estado de salud-enfermedad. Se trata del ser humano—en su condición de paciente— que necesita sean respetados sus derechos humanos fundamentales:

a la vida, a la salud, a la integridad física, a la dignidad, a la libertad, a la información, a la identidad, a la intimidad, a la confidencialidad, al consentimiento informado, a la verdad, a una muerte digna, y otros. Se originaron paulatinamente a partir de las ideas del liberalismo político (se valoró fuertemente el principio de autonomía), el movimiento en pro de los derechos civiles, el desarrollo de la democracia participativa, la formulación del bloque de tratados de derechos humanos, la doctrina de los derechos personalísimos, el auge de la bioética, y otras razones (cambios sociales, políticos, culturales y económicos); todo ello confluía para que se tuviera en cuenta la necesidad de formular los derechos de los pacientes. Dichos derechos se fundan en la doctrina de los derechos humanos y en las ideas de dignidad (inherente a la persona humana), de libertad (derecho a decidir por sí mismo) y en las nociones vida y salud (como derechos esenciales del ser humano). Como un valioso antecedente de sistematización de los derechos en cuestión se puede citar la Carta de Derechos del Paciente, elaborada por la Asociación Americana de Hospitales (1973). La Asociación Médica Mundial (AMM), en su XXXIV Asamblea Médica Mundial, aprobó la Declaración de Lisboa (1981) sobre los Derechos de los Pacientes –actualizada en Bali (1995)–. Esta necesidad de formular los derechos de los pacientes en Cartas o Declaraciones se expandió a Europa, y luego a los países del continente americano. Estos derechos deben ser reconocidos por igual a todas las personas enfermas (principio de igualdad) sin que obsten, a su operatividad, razones o causas meramente discriminatorias. Podemos catalogar los derechos de los pacientes conforme a tres conceptos básicos a partir de los cuales se derivan los derechos de la persona enferma: vida-salud, dignidad, y libertad-autonomía, y agruparlos tomando como referencia el listado de la Declaración de Lisboa-Bali (DLB).

Derechos a la dignidad, la vida y la salud. 1. La dignidad no es, en sentido estricto, un derecho subjetivo, sino un estado o condición inherente, calidad ontológica del ser humano. Es decir, el ser humano no “es” dignidad sino que “posee” esta calidad, condición o estado propio de un ser *libre e idéntico* a sí mismo. El reconocimiento de la dignidad de las personas es el fundamento moral de la idea de derecho: obliga a considerar a la persona siempre como fin en sí misma y nunca como medio; establece la inviolabilidad de la persona, asegurando su indemnidad tanto en la faz externa (salud, integridad biopsicosocial) como interna (privacidad- confidencialidad), e impone la necesidad de considerar a las personas como sujetos y no como objetos; como portadoras de dignidad y no de precio. 2. La *vida* (del latín *vita*) es un atributo

inseparable de la persona humana que condiciona su existencia con el consecuente desenvolvimiento material y espiritual del hombre. Cuando se habla del derecho a la vida se está haciendo mención expresa a un derecho humano fundamental; el concepto abarca, como correlativos, el derecho a vivir y el derecho a conservar la vida. 3. Como directa derivación del derecho a la vida, están el derecho a la salud y el derecho a la integridad física del hombre. Por ello, en derecho se habla del “derecho a la protección de la salud” o del “derecho a la preservación de la salud”. Estos son derechos naturales que se fundamentan en las Declaraciones Internacionales de Derechos Humanos. El derecho a la vida está formulado en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (artículo 1), en la Convención Americana sobre Derechos Humanos o Pacto de San José de Costa Rica (artículo 4, inciso 1), en la Declaración Universal de Derechos Humanos (artículo 3), y en la Convención sobre los Derechos del Niño (artículo 6.1). El derecho a la preservación de la salud está contemplado por la Declaración Universal de los Derechos Humanos (artículo 25) y por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 12). El Pacto de San José de Costa Rica dispone que “*toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción*” (artículo 4.1). Como correlativos de esos derechos están el derecho a la asistencia sanitaria y el derecho a la disposición del propio cuerpo.

Derechos a la información y a la educación. 1. El paciente tiene derecho a recibir información sobre su persona registrada en su historial médico y a estar totalmente informado sobre su salud, inclusive los aspectos médicos de su condición. Sin embargo, la información contenida en el historial del paciente sobre una tercera persona no debe ser entregada a este sin el consentimiento de dicha persona. Excepcionalmente, se puede retener información frente al paciente cuando haya una buena razón para creer que dicha información presentaría un serio peligro para su vida o su salud. La información se debe entregar de manera apropiada a la cultura local, de forma que el paciente pueda entenderla. El paciente tiene derecho a no ser informado por su solicitud expresa, a menos que lo exija la protección de la vida de otra persona. El paciente tiene derecho a elegir, si alguno debe ser informado en su lugar. En la Ley N° 3076 sobre Derechos del Paciente de la Provincia de Río Negro, Argentina (Ley 3076, ARG), el paciente tiene derecho a “*ser advertido en caso de que el centro de salud se proponga realizar experimentación biomédica que afecte su atención o tratamiento, en cuyo caso tiene derecho a rechazar su*

participación en dichos proyectos de investigación” (artículo 2, inciso n). Asimismo, el paciente tiene derecho, “en los establecimientos pagos (a) examinar y recibir explicación de la factura de sus gastos, independientemente de quien vaya a abonar la cuenta” (artículo 2, inciso ñ). En la Ley N°153 de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, el paciente tiene derecho al “acceso a la historia clínica y a recibir información completa y comprensible sobre su proceso de salud y a la recepción de la información por escrito al ser dado de alta o a su egreso” (artículo 4, inciso d). 2. Derecho a la educación en salud. Es deber del equipo de salud cooperar con las autoridades sanitarias a proteger el derecho a la educación sobre la salud y servicios de salud disponibles incluyendo información sobre estilos de vida saludables y prevención de las enfermedades con responsabilidad personal de cada uno por su propia salud (DLB, artículo 9).

Derechos a la intimidad, la confidencialidad y la verdad. 1. El principio de intimidad ampara el derecho a ser dejado a solas, a velar y a excluir de las miradas de terceros, la interioridad, los pensamientos, el núcleo central de la personalidad. El derecho a la intimidad se fundamenta en la dignidad de la persona humana. Cuando el paciente es violado en su derecho a la intimidad por el profesional de la salud (en forma consciente o inconsciente), hay una afrenta que aquel sufre en su dignidad. La Declaración Universal de los Derechos del Hombre (artículo 12) proclama que “nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques”. El Pacto de San José de Costa Rica se pronuncia en similares términos en el artículo 11.2. La Asociación Médica Mundial prescribe que “la dignidad del paciente y el derecho a su vida privada deben ser respetadas en todo momento durante la atención médica y la enseñanza de la medicina, al igual que su cultura y sus valores” (artículo 10, inciso a). 2. Lo confidencial es, según el Diccionario de la Real Academia Española, “lo que se hace o se dice en confianza o seguridad recíproca entre dos o más personas”. En el campo de la salud se relaciona con los conceptos *intimidad, privacidad, confianza y secreto médico*. La confidencialidad reside en los datos que una persona brinda a otra en la creencia que los mismos serán resguardados. La confidencialidad es quebrantada, en cambio, cuando quien recepciona o es depositario de los datos que le fueron revelados (por ejemplo, por causa de su profesión: abogados, médicos) los revela a terceros sin justa causa. El secreto profesional, a su vez, es la contracara del derecho a la confidencialidad. Este se presenta como un derecho en cabeza del paciente.

Aquel, es un deber ético y una obligación jurídica (y un derecho) que pesa sobre los profesionales del equipo de salud. El derecho a la confidencialidad ha sido regulado en las declaraciones o leyes que se expidieron sobre los derechos de los pacientes. El secreto profesional fue establecido (como deber-obligación-derecho) en los códigos deontológicos y en las leyes que reglamentaron las actividades de médicos, odontólogos y otros profesionales de la salud. 3. El paciente tiene derecho a que los integrantes del equipo de salud se relacionen con él, respetando el principio bioético de veracidad (el paciente decide y organiza su vida de acuerdo con la realidad de su enfermedad). La dignidad del paciente se respeta cuando se le informa en forma completa, adecuada y conforme a la verdad (no con mentiras, engaños o falsedades).

Derecho a la autodeterminación. 1. El paciente tiene derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones libremente en relación con su persona. El médico informará al paciente las consecuencias de su decisión. El paciente adulto mentalmente competente tiene derecho a dar o a negar su consentimiento para cualquier examen, diagnóstico o terapia. El paciente tiene derecho a la información necesaria para tomar sus decisiones. El paciente debe entender claramente cuál es el propósito de todo examen o tratamiento y cuáles son las consecuencias de no dar su consentimiento. El paciente tiene derecho a negarse a participar en la investigación o enseñanza en medicina. 2. Derechos del paciente inconsciente. Si el paciente está inconsciente o no puede expresar su voluntad, se debe obtener el consentimiento de un representante legal, cuando sea posible y cuando sea legalmente pertinente. Si no se dispone de un representante legal, y se necesita urgente una intervención médica, se debe suponer el consentimiento del paciente, a menos que sea obvio y no quede la menor duda, sobre la base de lo expresado previamente por el paciente o por convicción anterior, que este rechazaría la intervención en esa situación. Sin embargo, el médico siempre debe tratar de salvar la vida de un paciente inconsciente que ha intentado suicidarse. 3. Derechos del paciente legalmente incapacitado. Incluso si el paciente es menor de edad o está legalmente incapacitado, se necesita el consentimiento de un representante legal, cuando sea legalmente pertinente; sin embargo, el paciente debe participar en las decisiones al máximo que lo permita su capacidad. Si el paciente incapacitado legalmente puede tomar decisiones racionales, estas deben ser respetadas y él tiene derecho a prohibir la entrega de información a su representante legal. Si el representante legal del paciente o una persona autorizada prohíbe el tratamiento que,

según el médico, es el mejor para el paciente, el médico debe apelar de esta decisión en la institución legalmente pertinente u otra. En caso de emergencia, el médico decidirá lo que sea mejor para el paciente. El diagnóstico o tratamiento se puede realizar contra la voluntad del paciente en casos excepcionales solo y específicamente si lo autoriza la ley y conforme a los principios de la ética médica.

Derecho a una atención médica apropiada y de calidad. 1. La atención médica debe ser la adecuada a la enfermedad del paciente. El paciente siempre tiene derecho a un servicio médico profesional e institucional, ético e idóneo. Lo que va a variar es el tipo de prestación médica, la cual debe estar de acuerdo con la enfermedad que padezca el enfermo. El profesional del equipo de salud debe proporcionar el servicio médico-científico correcto, y utilizar el instrumental tecnológico adecuado a la naturaleza de la enfermedad en cuestión, para lograr efectividad y eficiencia en su trabajo. 2. Derecho a la atención médica de buena calidad. La dignidad del paciente exige que la atención médica no sea cualquier asistencia, sino una *atención médica de buena calidad*. Una asistencia médico-sanitaria de buena calidad debe ser aquella que “supera lo común”, que evidencia superioridad o excelencia. Para el Código de Ética de la Asociación Médica Argentina, “a pesar de las dificultades para hallar una definición universalmente aceptada, el concepto de calidad de la atención en salud está vinculado a la satisfacción de las necesidades y exigencias del paciente individual, de su entorno familiar y de la sociedad como una totalidad. Se basa en la organización de un cambio cuyo objetivo es lograr niveles de excelencia en las prestaciones eliminando errores y mejorando el rendimiento de las instituciones” (artículo 117). 3. Derecho a ser atendido por un médico que el paciente sepa que tiene libertad para dar una opinión clínica y ética sin ninguna interferencia exterior. El paciente tiene derecho a que lo atienda un médico que, además de poseer competencia científica, tenga independencia técnica y moral. El paciente va a tener mayor confianza en la capacidad y la lealtad del médico, si le consta que este tiene independencia o autonomía técnica y moral para decidir según su propio juicio. Así lo establece la Asociación Médica Mundial en sus doce principios sobre la Prestación de la Atención Médica en cualquier Sistema Nacional de Atención Médica cuando dice: “La independencia moral, profesional y económica del médico debe ser asegurada”. 4. Derecho del paciente a ser tratado respetando sus mejores intereses. El tratamiento aplicado debe ser conforme a los principios médicos generalmente aprobados. El Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial estipula que “el médico

debe a sus pacientes todos los recursos de su ciencia y toda su lealtad”; y ello lo debe poner en práctica, respetando los mejores intereses del paciente: su vida y su salud, su dignidad y su libertad. Toda la praxis médica debe ser acorde a la ciencia médica; esto es, a “los principios médicos generalmente aprobados”. 5. Derecho a que la seguridad de la calidad sea siempre parte de la atención médica. Los médicos, en especial, deben aceptar la responsabilidad de ser los guardianes de la calidad de los servicios médicos. La seguridad de la calidad de la atención médica debe ser parte del compromiso ético del médico del actuar siempre en beneficio del paciente. Las medidas de bioseguridad que se deben instrumentar en las instituciones conllevan un doble fin: la indemnidad del paciente y la seguridad del profesional, en cuanto a la adquisición ocupacional de enfermedades. 6. El paciente tiene derecho a una atención médica continua. El médico tiene la obligación de cooperar en la coordinación de la atención médicamente indicada, con otro personal que trata al paciente. Oportunamente, la Declaración de los Derechos de los Pacientes de la Asociación Americana de Hospitales (1973) prescribió: “10. El paciente tiene derecho a esperar una continuidad razonable de atención”. El derecho a la salud del que gozan todas las personas empezará a ser realidad si, aparte de batallar contra otros factores básicos (jurídicos y económicos principalmente), se instrumentan los medios necesarios para que la accesibilidad en tiempo propio al servicio de salud sea posible –y durante todo el tiempo que el enfermo necesite ser asistido médicamente (desde el prisma de una continuidad razonable de la atención médica)–, acercando la realidad al deber ser. 7. El paciente tiene derecho a recibir de parte de un centro de salud, de acuerdo con su capacidad, una evaluación, un servicio o la remisión a otra institución, según lo indique la urgencia del caso. El paciente, de acuerdo con la patología que presente, y sobre la base de la capacidad instalada de la institución médica (complejidad y posibilidades tecnológicas y recursos humanos), tendrá derecho a: i) en caso de urgencia, a que se le brinden los servicios médicos que la urgencia o el estado de necesidad indiquen. Se trata de un deber moral y una obligación jurídica de todo establecimiento de salud. En caso que la institución no cuente con la capacidad adecuada para atender la emergencia que presenta el paciente, se deberán tomar las medidas de cuidado médico que el caso requiera, e instrumentar el traslado del paciente a otra institución; ii) a que se le efectúe una evaluación de su condición de salud-enfermedad, o se le brinde un servicio de salud. 8. El paciente tiene derecho a elegir o cambiar libremente su médico y hospital o institución de servicio de salud, sin considerar si

forman parte del sector público o privado. Como principio, los pacientes tienen libre decisión para elegir al médico que los va a atender. Este derecho va a estar sujeto a las modalidades operativas de los sistemas de atención de la salud: público, seguridad social y privado. 9. Derecho a la segunda opinión. El paciente tiene derecho a solicitar la opinión de otro médico en cualquier momento. La libertad de elección en cabeza del paciente, incluye el derecho a una segunda opinión. Es la consulta del paciente a un segundo médico con el objeto de confirmar el diagnóstico o pronóstico realizado por el primer médico.

Derecho a la asistencia espiritual y moral y a una muerte digna. La Declaración de Lisboa estableció que “*el paciente tiene el derecho de recibir o rechazar la asistencia espiritual y moral, inclusive la de un ministro de una religión apropiada*”. Este derecho se relaciona con la libertad de religión. Y el derecho a una muerte digna se relaciona con la aspiración del ser humano al “buen morir”, sin sufrimiento, sin dolor, con la adopción de la conducta médica más correcta posible para que el paciente próximo a su fin tenga una buena muerte, sin adelantar ni atrasar artificialmente ese momento. El derecho a una muerte digna está directamente vinculado con la atención médica al paciente terminal y con la eutanasia.

Referencias

O. Garay. *Derechos fundamentales de los pacientes*, Buenos Aires, Ad-Hoc, 2003. - O. Garay. *Ejercicio de la enfermería*, Buenos Aires, Ad-Hoc, 2005. - O. Garay. *Código de derecho médico*, Buenos Aires, Ad-Hoc, 1999.

Los hospitales en América Latina en función de la moral pública

Constanza Ovalle (Colombia) - *Universidad El Bosque*

Breve historia de los hospitales en América Latina. Con la llegada de los nuevos colonos a América se inició la desaparición de la mitología prehispánica médica, así como de los lugares donde se adoraba a los dioses. Aparecieron en cambio, en las capitales de la Nueva España, edificios públicos, iglesias y hospitales. Los hospitales fueron instituciones que desde sus inicios representaban una moral cristiana, cuyo valor fundacional era la caridad ejercida por el clero en defensa de la religión católica. En el mismo sentido se promovía una moral basada en sentimientos como la piedad y la compasión. Esta institución de corte religioso recibió el nombre de *nosocomios*, que persistieron hasta el siglo XVIII en buena parte de América Latina. El motivo principal del establecimiento de

estos hospitales en las nuevas colonias respondía a la necesidad de solucionar problemas de salud, como las epidemias; las enfermedades de la época más frecuentes, como la diarrea, la disentería, la fiebre tifoidea, la viruela, las enfermedades de la piel y respiratorias, el sarampión y el tétanos. La manera de combatir estas dolencias y brindar los cuidados corporales necesarios se hacía combinando la medicina indígena con la medicina occidental heredada de Galeno e Hipócrates, mientras que para los cuidados espirituales se llevaban a cabo las obligadas oraciones y plegarias del caso. De aquí que en los hospitales, además de albergar un cierto número de pobres, se atendían los enfermos españoles. El primer hospital, San Nicolás de Bari, se fundó en 1502 en la colonia conocida como La Hispaniola, hoy Santo Domingo. Diez años después, en esta misma colonia se construyó el Hospital de San Andrés. El tercero, aproximadamente en 1521, se construyó en Panamá por ser un importante punto de partida para la ampliación de las colonias. Alrededor de 1522 se fundaron dos hospitales más, uno en Santiago de Cuba, el Hospital Mercedes, de La Habana, y otro en Puerto Rico, el Hospital de la Concepción de Nuestra Señora. En 1524 Hernán Cortés fundó el Hospital de la Limpia Concepción, hoy conocido como el Hospital de Jesús en México. Como dato curioso, Fajardo G. (1980), en su obra *Breve historia de los hospitales de la ciudad de México* señala lo siguiente: “*En el siglo XVII esta institución contaba con tres capellanes y un sacristán, en representación del gobierno: un contador, un cobrador, un abogado, un escribano y un procurador; en el ámbito clínico: un médico, un cirujano, un barbero, un sangrador, un enfermero y una enfermera; en los servicios generales: una cocinera y once esclavos. Todo este personal estaba bajo las órdenes de un administrador*”. Es pertinente anotar que antes de las fundaciones de estos hospitales existieron unas enfermerías en cada uno de los fuertes o fortalezas que erigió Colón, donde se atendían los enfermos de combate. Solo a partir del 7 de octubre de 1541, según aparece en el Archivo General de las Indias, se ordena construir en todos los pueblos hospitales independientes para españoles, para indios y para negros. A propósito, en 1552 en México, en cercanías del convento de San Francisco se fundó el Hospital Real de los Indios, con poca participación de la autoridad religiosa, y con una mayor contribución laica, como medida oficial de proteger la salud del indígena. En ocasiones se llegó a atender hasta mil indígenas. Dicha institución se sostenía con las rentas reales que pagaban los indios, y posteriormente se ayudaba de la venta de entradas al teatro del pueblo (Fajardo, 1996). En las primeras publicaciones del continente americano se daban a conocer las

enfermedades más comunes, así como los problemas y secretos de la medicina indígena. Así, en algunos informes administrativos, como también en la literatura de la época se señalan varias de esas observaciones y se relata asimismo cómo los hospitales de la época, se caracterizaban por su poca higiene y porque los enfermos sufrían de hambre y de frío. En el siglo XVI surgen los organismos encargados de vigilar el ejercicio de la medicina a los cuales se les llamó protomedicatos. En el siglo XVII, en el Hospital de Jesús, se enseñó por primera vez la práctica de la anatomía humana con la ayuda de cadáveres. Hasta entrado el siglo XIX, en los hospitales se hospedaban no solo enfermos, sino también mendigos a los que se les proporcionaba sustento y alimentación. Podemos concluir que hasta el siglo XX existieron instituciones hospitalarias de beneficencia donde se prestaba atención gratuita para quienes no podían pagar. Hoy existen todavía hospitales que funcionaron en la época de la colonia. Ciertamente han sufrido cambios en su infraestructura en razón a la adquisición de equipos y ampliación de los servicios, así como de los requerimientos administrativos. Sin embargo, en algunos casos los pacientes siguen siendo atendidos por personal religioso que viene siendo remplazado por profesionales de enfermería. En respuesta a los cambios de índole social, económica y política, propios del siglo XX, a mediados de los años de 1940 (en 1943 en México), surge la seguridad social con la cual el Estado asume la responsabilidad de los servicios de la salud como una labor ya no de beneficencia, sino como una obligación de brindar asistencia. Esta es una obligación moral y social cuyo servicio debe ser prestado a través de organismos públicos o establecimientos privados supervisados por el Estado. Se inauguraron los primeros hospitales gubernamentales, se abandonaron las edificaciones de tipo religioso, y se construyeron edificios modernos dotados de pabellones. En principio, los servicios de salud fueron en su mayoría patrimonio del Estado. Sin embargo, aparecen en menor cantidad las primeras instituciones privadas, las cuales tan sólo se ocupaban de dar una atención especializada. Los hospitales asumen múltiples funciones dentro de este nuevo contexto, entre las cuales sobresalen las técnico-administrativas, las médicas, las de carácter académico y de investigación.

Importancia de las distintas concepciones de la salud en el establecimiento de una moral pública. Las concepciones científicas acerca de la salud y la enfermedad influyeron en el trazado de las políticas públicas en salud y, por tanto, en la construcción de una moral pública en dicho campo. A finales del siglo XIX la teoría microbiana y el descubrimiento de un agente externo como la causa de la

enfermedad dio origen al modelo higienista. Un modelo que hacía énfasis en la importancia de corregir a través de medidas higiénicas aquellas condiciones ambientales que incidían directamente en la producción de la enfermedad. En 1946, durante la Conferencia Sanitaria Internacional, se creó la Organización Mundial de la Salud (OMS); en 1947 se creó la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estas organizaciones participaron en la discusión y el planteamiento de políticas de salud en los diferentes países latinoamericanos. En este nuevo contexto se dio paso al concepto de la salud pública, más conocido en la segunda década del siglo XX en América Latina como *“la salud del pueblo en general”*. Con esta nueva medicina, la preservación y la curación del individuo y de la comunidad se extendió a la prevención de la enfermedad. Se notó a la vez la influencia de Estados Unidos a través de su preocupación por el desarrollo económico y social de los países latinoamericanos. Por lo cual, se establecieron diferentes programas de investigación orientados a la salud, entendiendo que esta es el principal componente del nivel de vida de los individuos. Se ampliaron los servicios de salud en los hospitales prestando diversas ayudas de diagnóstico, y tratamiento, con nuevas tecnologías y laboratorios de análisis clínico. La creación de la medicina preventiva permitió que “el hospital dejara de ser solo un lugar de curación” y diera paso a la prestación de una atención más integral, producto de un equipo de trabajo conformado por médicos, enfermeras, trabajadores sociales, dietistas, psicólogos, así como el apoyo del personal técnico y administrativo. En los años de 1960 fueron de particular interés para la región latinoamericana, en la búsqueda de soluciones a los problemas sociales y económicos, los aportes del economista W. Rostov, quien planteó la teoría de los estados de crecimiento económico. En esta teoría toma importancia el modelo de la salud para el desarrollo. En este sentido, se creyó importante invertir en la organización de los servicios de salud nacionales y locales, e integrar las fuerzas de cooperación para promover el crecimiento económico a través de asesorías directas de la ONU, cuyos organismos la Cepal, la OPS y otras agencias internacionales prestaron a diversos países de América Latina. Se pensó que el bienestar social sería el resultado natural del crecimiento económico que se esperaba con las inversiones realizadas en su momento. La salud se encuentra ahora ligada a las condiciones generales de vida de la población. En consecuencia, mientras que la atención curativa fue restringida a la práctica privada y a los hospitales, se estableció un nuevo modelo que permitía políticas de intervención social. Para tal fin, se importaron las

concepciones multicausales de la enfermedad (son múltiples los aspectos etiológicos de la enfermedad: biológicos, hereditarios, psicológicos, sociales, culturales), expuesta por Brian MacMahon. Al incluir como aspectos etiológicos los psicológicos, sociales y culturales, es necesario para el manejo de la enfermedad el apoyo de las ciencias humanas y sociales, adquiriendo el carácter de una *medicina social*, término con el que fue ampliamente conocida en los distintos países latinoamericanos. Los hospitales se convirtieron en centros universitarios, y se valoraron dentro de un esquema de atención los de mejor calidad, desde el punto de vista tecnológico, y a la vez, son considerados centros de investigación en la salud. En este nuevo esquema la salud es entendida como un sector más dentro del Plan Nacional de Desarrollo. De esta manera, los Estados asumieron el manejo de la salud como un servicio público con políticas unificadas, para lo cual se incrementó la intervención de las instituciones que hayan optado por prestar este servicio, fueran o no propiedad del Estado. Con lo anterior, se establece una clara intervención de lo público en lo privado. Una moral pública de la que se infiere un control del Estado en lo que tiene que ver con la salud y el bienestar de los individuos y los particulares. Sin embargo, dicha intervención se legitima como un derecho humano básico a la atención de la salud. La salud como bienestar fue adquiriendo un estatus de verdad. Se le apropia de manera positiva e influye en la formación de nuevos sujetos que reflejan un estilo de vida que, aun cuando respondía en un principio a un interés particular, se transforma rápidamente en un interés colectivo, favoreciéndose así un control más global. Por lo anterior, se expande la intención de ampliar la cobertura de la atención en salud a los países de la región, entre otras cosas motivados por la disponibilidad de nuevos medios tecnológicos para prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades. Se asume como una responsabilidad social la meta formulada por la OMS: “*alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud*”. A finales de la década de 1980 se decidió enfrentar este reto a través de políticas neoliberales, en una coyuntura en la que se observa una disminución del gasto social, relacionada con la crisis económica de gran parte de los países de la región, y con la imposición de un ajuste fiscal por parte del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional.

Lo público y lo privado. La mayoría de los países latinoamericanos minimizaron la intervención del Estado a expensas del crecimiento del sector privado, en lo que tiene que ver con la prestación de los servicios de salud. Al privatizar los servicios públicos, se favoreció el desmonte del monopolio del Estado. La responsabilidad de la prestación de

los servicios se encuentra amparada bajo el régimen de la seguridad social, pero quienes prestan los servicios, en su mayoría, forman parte del sector privado. Por lo cual se inicia una escalada de instituciones privadas, y se instituye la salud como un bien productivo, con grandes expectativas para este sector. Las necesidades de los individuos en el campo de la salud se tornan *del interés* para los grupos de elite a medida que *comienzan a volverse económicamente rentables y políticamente útiles* (Foucault, 2000), siendo este un mecanismo de control que termina formando parte del entramado social. Las necesidades humanas en el siglo XXI se convierten en motivo de estudio del mercado. Se investiga sobre las carencias de las personas y sus sueños, a los que el mercado responde con rapidez. Las nuevas tendencias estéticas que se ofrecen a través de los medios de comunicación prometen una apariencia mejor, además de la posibilidad de experimentar sensaciones extremas. El mercado ha encontrado, en la graduación del placer, la esperanza de un cambio. Las mejoras en salud son tan solo una manera de dirigir las acciones y los comportamientos de las gentes en pro de sus intereses económicos. Son mecanismos de control altamente efectivos que no solo involucran los cuerpos, sino las formas de pensar y la vida misma. Los fines de la medicina, en cuanto al mejoramiento de la calidad de vida y búsqueda de un mayor bienestar, se ven seriamente comprometidos ante la parafernalia de la tecnología y otros medios o herramientas que satisfacen los intereses de las multinacionales que vieron en la salud una forma de manipular a la población y, de allí, derivar un beneficio económico. En esta perspectiva los hospitales, con el deseo de lucrarse, se convierten en instituciones administradoras de la salud que incorporan, cada vez más, los instrumentos que les permiten ser efectivos ante las necesidades y expectativas del usuario, que paga sumas bastante elevadas con el propósito de dar respuesta a sus sueños y fantasías. Por este motivo, las instituciones solo atienden a quienes pueden pagar. La gran mayoría de la población comparte los deseos de cambio, pero no accede a los servicios por falta de recursos económicos, y presiona al Estado por razones de vida y calidad de la misma, para que sean admitidas sus aspiraciones dentro los planes de los distintos seguros que cubren la salud. El racionamiento de los recursos y la prestación de los servicios, en la lógica de la calidad, han normalizado sus políticas en torno a los intereses de la nueva empresa. De lo contrario, los hospitales entran en crisis y en algunos casos se ven abocados al cierre. En conclusión, se ve amenazada la salud de la sociedad si se deja tan solo a cargo del sector privado. Se ha limitado el carácter

universal del acceso a la salud, puesto que al circunscribir la prestación de los servicios al potencial adquisitivo de las personas, recae la responsabilidad de la salud sobre el ciudadano, obstaculizando el ejercicio pleno de este derecho. Así surge de nuevo la inquietud de si la atención a la salud debe seguir siendo responsabilidad del sector público o ser tan solo prestada por el sector privado.

Referencias

Autores Varios. *La salud en Colombia*. Bogotá, Editorial Presencia Ltda. Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeación. 1990. - S. Castro. *Biopolíticas imperiales. Nuevos significados de la salud y la enfermedad en la Nueva Granada*, en S. Castro (ed.), *Pensar el siglo XIX. Cultura, biopolítica y modernidad en Colombia*, Universidad de Pittsburgh, Instituto Internacional de Literatura Iberoamericana. 2004. - G. Fajardo. *Breve historia de los hospitales de la ciudad de México*. México, Litografía Rendón. - M. Foucault. *Defender la sociedad*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2000. - F. González, A. Navarro, M. A. Sánchez. *Los hospitales a través de la historia y el arte*. Barcelona, Grupo Ars XXI de Comunicación. 2005. - M. Kottow. *Bioética prescriptiva. La falacia naturalista. El concepto de principios en bioética*, en Autores Varios, *Estatuto Epistemológico de la bioética*, México, UNAM, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética de la Unesco, 2005. - F. Ortiz. *Hospitales*, en *Colección Medicina: Ciencia y Humanismo*, Bogotá, McGraw-Hill Interamericana, 2000.

Comités hospitalarios de ética

Juan Carlos Tealdi (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

En 1989, cuando prácticamente no existían comités hospitalarios de ética funcionando en América Latina, abordamos el desarrollo de un proyecto de investigación sobre los mismos que conduciría a la implementación de un curso de formación para hacer posible entre nosotros la creación y el desarrollo de esta nueva figura institucional en el área de la salud. Desde aquella fecha hasta hoy se ha transitado una importante experiencia respecto de estos organismos. En algunos países han tenido mayor éxito que en otros, pero la visión de los mismos ha tenido gran impacto para concebir hoy la calidad de las instituciones de salud.

Estructura y finalidades de los comités de ética. Los comités hospitalarios de ética (CHE) son grupos interdisciplinarios que se ocupan de los problemas éticos que surgen en los hospitales como instituciones de atención a la salud. No se ocupan así, específicamente, de cuestiones institucionales más generales como las relaciones laborales y la conducta entre trabajadores de la salud. El primero de estos comités que se conoce fue el creado en la Morris View Nursing Home (New Jersey, USA) en 1976 para decidir sobre la continuación o no

del tratamiento en el célebre caso de Karen Quinlan, una adolescente en coma profundo y con respiración artificial. El antecedente del comité, instituido en 1960 por Beldin Scribner en Seattle para decidir qué pacientes renales crónicos debían acceder a hemodiálisis, no reunía las características principales que a partir del caso de Karen Quinlan tuvieron los comités de ética: efectiva interdisciplinariedad y discusión centrada en la justificación ética de los problemas abordados. A partir de 1983 comienza el gran desarrollo de estos comités en Estados Unidos, y luego en el mundo, con tres grandes funciones: educativa, consultiva (v. *Consulta en ética clínica*) y normativa: la educación del hospital y de su comunidad en los grandes temas de la bioética, el análisis y discusión de casos clínicos para esclarecer problemas éticos de los mismos, y la elaboración de normas éticas, así como la implementación de las ya existentes para una jerarquización del hospital como institución. Estos comités, aunque surgidos en una institución “médica”, se integran con representantes de esta y otras profesiones y sectores. En primer lugar, otros trabajadores de la salud junto al médico: enfermeras, asistentes sociales, psicólogos, administradores hospitalarios. En segundo término abogados, religiosos, filósofos, antropólogos, sociólogos, etc. Por último, y muy especialmente, personas legas en cuestiones de salud, representantes del paciente y de la comunidad. El número de miembros varía de seis a veinte. Esta diversidad asegura una ética pluralista en el comité. Algunos miembros pueden tener carácter estable y otros ser convocados específicamente para cada caso o normativa a desarrollar. El Comité puede depender del Consejo de Gobierno en las instituciones públicas o privadas que lo tengan: esto los aproxima a la gestión política, pero lo aleja de los problemas clínicos. Puede depender del cuerpo médico, pero esto, si bien lo acerca a los problemas de la atención, pone en riesgo su objetivo principal: la defensa de los intereses del paciente. Puede depender, por último, de la administración del hospital: el director o el departamento de investigación y docencia. Quizás sea esta la alternativa más equilibrada. En cualquier caso, su inserción se hace como órgano asesor. Debe señalarse que aunque es recomendable en lo posible la separación entre comités de ética de la investigación (v.) y comités hospitalarios de ética, es posible constituir un comité hospitalario de ética que incluya una comisión dedicada específicamente a la investigación, con todos los requisitos de estructura, composición y procedimientos tradicionalmente establecidos para ello. Esta modalidad suele establecer mayores contactos entre la realidad de la atención y la realidad de la investigación

biomédica, y ha sido frecuente observarla en los hospitales públicos, en especial durante la década de los noventa.

La función educativa de los comités de ética. Para cumplir su función educativa, el grupo que integrará el comité debe transitar en primer término por una etapa de autoformación. El coordinador y otros miembros deberán discutir libros y artículos básicos, revisar casos clínicos ya cerrados, y desarrollar otras actividades para poder entrenarse en su función. Luego, y acaso paralelamente, se inicia una tarea educativa en el hospital: conferencias, jornadas, cursos, audiovisuales y otras actividades. Por último, el comité se proyecta hacia la comunidad: pacientes, familiares, centros comunitarios, para discutir los grandes temas de la bioética. Su tarea educativa enlaza con la experiencia que le brinda su función consultiva y que le permitirá, con el tiempo, ejercer su función normativa. Desde el punto de vista consultivo (función que es tratada en otra entrada de este Diccionario), el comité comienza con una revisión retrospectiva de casos ya cerrados para adquirir habilidad en la identificación de problemas, cursos de acción y justificación ética de las alternativas. Luego decide qué casos recibirá en consulta: si los de un servicio determinado (ejemplo, terapia intensiva) o los de todos los servicios; si los de un tema determinado (ejemplo, veracidad, prolongación de la vida) o los de cualquier tema. También debe establecer quién puede consultar (médicos, enfermeras, pacientes, familiares); a quién se le informará de los resultados; quién podrá participar de las reuniones; etcétera. Y, sobre todo, el comité debe establecer en los distintos casos si sus conclusiones serán en forma de exposición de ventajas y desventajas en las alternativas, sugerencias de acción o recomendaciones.

La función normativa de los comités de ética. El comité debe hacer respetar en el hospital, en primer lugar, las normas éticas de reconocimiento internacional establecidas progresivamente en el campo de la salud después de la Segunda Guerra Mundial: las declaraciones de Ginebra, Helsinki, Sidney, Venecia, y otras de la Asociación Médica Mundial, los instrumentos pertinentes del derecho internacional de los derechos humanos, y otros documentos de gran relevancia, como la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* de la Unesco (2005). Luego puede dedicarse a la elaboración de normas éticas de procedimiento. Para ello el comité define el tema que será sujeto a normas, recopila información ya existente, consulta a personal del hospital sobre la factibilidad de las normas, evalúa el lenguaje de las mismas para hacerlo ampliamente comprensible y revisa legalmente el texto antes de aprobarlo. En bioética

se ha diferenciado entre pautas (*guidelines*) y normas (*policies*). Las pautas cumplen una función asesora o de consejo, mientras que las normas tienen un carácter obligatorio. Si el comité ha alcanzado un alto grado de consenso acerca de los estándares exigibles para una práctica ética, es preferible que elabore una norma antes que una pauta. Pero si hay incertidumbre o desacuerdo acerca del camino más apropiado, entonces es preferible que se redacte una pauta. Sin embargo, como las actitudes cambian con el tiempo, a veces puede ser necesario cambiar pautas en normas. Aunque las normas son obligatorias, debe entenderse que una norma dada puede permitir juicios discrecionales en instancias específicas. En el proceso de diseño de las normas en bioética pueden seguirse estos pasos: 1. Determinar qué tópicos o cuestiones necesitan ser sujetos a normas. 2. Recopilar información pertinente y normas usadas por otros hospitales y someterlas a crítica. 3. Asegurarse claramente de si las acciones o decisiones son mandatorias o discrecionales. 4. Evaluar el lenguaje de la norma en su claridad y aplicabilidad práctica. 5. Si hay sanciones internas (aunque esto no sea frecuente), estipularlo claramente en la norma. 6. Cuando el comité haya revisado varios borradores, consultar a los miembros más expertos de la institución, que no sean miembros del comité, para asegurar la practicidad de la norma. 7. Antes de que la norma sea aceptada por la institución, el asesor legal debe hacer una revisión de la misma. 8. Desarrollar un proceso mediante el cual el comité pueda obtener comentarios y observaciones a la implementación de la norma. Las normas deben ser, a su vez, tan breves como sea posible. Se ha considerado que tienen cuatro elementos: enunciado de la norma, enunciado de principios, lista de definiciones y lista de procedimientos. El *enunciado de la norma* es un enunciado breve que resume el tópico general de la norma, dado el caso general y sus principales excepciones. La *enunciación de principios* es un listado de los principios y valores principales que subyacen en la norma. Los principios no necesitan ser expresados en lenguaje filosófico; pueden ser expresados en lenguaje corriente. Los principios deben ser incluidos en la norma para que la institución de salud, los pacientes y el público puedan comprender cuáles son los valores que el hospital está defendiendo al tomar decisiones cargadas de valor. También se asegura de ese modo el que haya un fundamento ético para las normas. La *lista de definiciones* es útil para que todos los términos ambiguos resulten definidos con claridad. De ese modo se intenta que la interpretación de la norma no conduzca a resultados sustancialmente variables. La *lista de procedimientos* señala, por último, los pasos específicos, prácticos que deben

darse para implementar la norma. Deben incluirse instrucciones sobre qué hacer cuando hay desacuerdo entre los principales decisores. Si el enunciado solo asesora, se utiliza la palabra *puede*, pero si el enunciado es obligatorio, es apropiado usar *debe* o *deberá*. Hay que evitar usar condicionales como *debería*. Finalmente, deben dejarse en claro las líneas de autoridad y responsabilidad en cuanto a la aprobación y revisión de la norma. Se establecerá quién debe aprobarla, quién debe distribuirla y quién será responsable de contestar las preguntas que puedan surgir acerca de su significado o interpretación. El comité de ética debe establecer un método para educar a la institución acerca de las cuestiones implícitas en la norma, revisarla y modificarla si fuera necesario.

Según nuestra experiencia, las resistencias a la plena instauración de este tipo de comités suele ser importante por varias razones. Hay hospitales que rechazan la creación de un espacio de discusión del ejercicio del poder institucional. En otros casos, los médicos intentan predominar sobre los otros miembros y “cerrar” el comité para no exponer problemas considerados “internos”. Otros problemas más importantes son la precipitación

para la resolución de casos cuando el comité aún no está capacitado; la falta de claridad en sus objetivos y la debilidad del vínculo con la dirección o con la institución en su conjunto. El comité también puede estar expuesto a la ilusión de poder cambiar más de lo que concretamente pueda modificar en su ámbito de acción. También la experiencia nos indica que el mejor modo de superar estas y otras dificultades es el trabajo en red de los comités hospitalarios de ética.

Referencias

- J. C. Tealdi y J. A. Mainetti. Los comités hospitalarios de ética. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 108 (5-6): 431-438, 1990. - J. C. Tealdi. Los comités hospitalarios de ética, seis años después. *Cuadernos de Bioética* N° 1. Programa Regional de Bioética para América Latina, OPS/OMS, 1995, pp. 121-134. - K. Teel The physician's dilemma; a doctor's view: what the law should be, *Baylor Law Review* 27 (1975), 6-9. - R. E. Cranford; A. E. Doudera. *Institutional Ethics Committees and Health Care Decision Making*, Ann Arbor-Michigan, Health Administration Press, 1984. - J. Wilson Ross et al. *Handbook for Hospital Ethics Committees*, American Hospital Publishing, 1986. - S. Spinsanti, I Comitati di Etica negli ospedali, en *L'Alleanza Terapeutica: Le dimensioni della salute*, Roma, Città Nuova Editrice, 1988, pp. 99-112.

Desarrollo humano y educación

El mundo industrializado, en la perspectiva liberal, privilegia los derechos civiles y políticos porque sus sociedades han logrado satisfacer aceptablemente sus necesidades básicas para la población o presumen que con los resultados del libre mercado alcanzarán a satisfacerlas. En ese sentido, esos países se preocupan con mayor interés por una bioética centrada en un desarrollo científico y tecnológico que, como el de las industrias farmacéutica y biotecnológica, forma parte de las estrategias de desarrollo económico de los países ricos y altamente industrializados (v. *Desarrollo y dependencia*). Sin embargo, en el mundo actual la pobreza se encuentra en modo significativo incluso en países muy industrializados y con mercados de mínima regulación, generando importantes desigualdades que no son compatibles con la noción de desarrollo humano. Aceptando esta realidad, los países de orientación social-demócrata, como los países nórdicos, han construido sociedades más equitativas con políticas de mayor intervención estatal y mayor equilibrio entre los derechos civiles y políticos, y los derechos económicos, sociales y culturales. Los países y las regiones pobres del mundo reclaman con mayor énfasis estos últimos derechos porque, por ejemplo, en una región como América Latina el porcentaje de población en la pobreza, la indigencia y la exclusión es mayoría. Así, la bioética en nuestros países está obligada a tener mayor interés que otras regiones en la justicia frente a las inequidades de la pobreza, la discriminación y las desigualdades por género o situación económica o social; en la salud pública y el derecho a la salud frente a la desprotección individual y comunitaria; y en la educación y el desarrollo humano (v. *Escuelas rurales y desarrollo humano*). Estas diferencias explican por qué en los países industrializados puede observarse a veces una completa disociación de la bioética con la protección de estas prioridades de reflexión en los países pobres. Estas diferencias también explican por qué para los países pobres, en cuya realidad está vulnerada la ética mínima de los derechos económicos, sociales y culturales, es inimaginable la construcción de una bioética que no comience discutiendo los límites de la moralidad con la inmoralidad antes que las refinadas fronteras analíticas del lenguaje moral, con lo importante que son estas.

Bioética y desarrollo científico y tecnológico. Después de explicitadas aquellas diferencias, podemos decir que la bioética, entendida en un sentido suficientemente amplio para abarcar las distintas

visiones regionales de la misma, ha enfrentado desde su origen los problemas de respeto de la dignidad humana en la atención y el cuidado de la vida y la salud; los problemas de justicia en los sistemas de atención de la salud pública; y los problemas del poderío y ambigüedad moral del desarrollo científico y tecnológico para la supervivencia de la especie humana y el bienestar de las personas. Por eso, es cuestionable una noción de bioética que no exprese con claridad su reflexión sobre las necesidades básicas de los seres humanos y sobre los problemas éticos de la vida y el vivir humanos que ellos encierran (v. *Educación para el desarrollo humano*). Igualmente cuestionable es aquella bioética que hable de 'progreso' o 'adelanto' científico-tecnológico sin considerar que la noción de 'adelanto' es controvertida en su significación, ya que presupone un sentido evaluativo que, a la luz de la falta de desarrollo humano en el mundo, no puede ser sino condenable. Una noción de bioética en esa perspectiva no es compatible con los desarrollos teóricos y prácticos que, aun con sus diferencias en autores y países, han caracterizado en modo amplio lo que se entiende por bioética. Por eso, en el momento de pretender identificar los problemas bioéticos del mundo de hoy, debemos dejar de lado la expresión "adelantos científicos y tecnológicos" para sustituirla por la expresión "desarrollo científico y tecnológico en el campo de la atención y el cuidado de la vida y la salud", porque de otro modo dejaríamos de ver los problemas éticos que emergen de la ambigüedad de este desarrollo (v. *Antropología y desarrollo sustentable*). Sobre esta cuestión ya llamó la atención la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1975 con su Declaración sobre el uso del progreso científico y tecnológico en los intereses de la paz y para el beneficio de la humanidad, advirtiendo sobre el peligro potencial que el progreso científico y tecnológico puede representar para los derechos civiles y políticos y para la dignidad humana, y haciendo un llamado a los Estados para prevenir consecuencias dañinas (v. *Ciencia y tecnología*).

Educación y bioética para el desarrollo humano. En ese marco de referencia, ¿cuáles son los fines de educar en bioética para el desarrollo humano? A la educación se le han dado distintos fines. Platón sostenía: "Si ustedes preguntan qué es lo bueno de la educación, la respuesta es fácil: la educación hace hombres buenos y estos hombres buenos actúan noblemente". Un médico y literato como Rabelais dirá en aquella carta que Gargantúa le envía a su

hijo Pantagruel desde Utopía y que acaso sea el manifiesto educativo más importante de la literatura universal: “*La sabiduría nunca entra en las almas malévolas y ciencia sin conciencia no es sino ruina del alma*”. En otro sentido, para Aristóteles y Rousseau la educación tiene el fin político de preservar el Estado y hacer que los ciudadanos consideren la primacía del bien común frente a la felicidad individual (v. *Escuela pública*). En cualquier caso, la educación moral tiene como objetivo básico enseñar al hombre a evitar el mal. Esta es una posición que se ha sostenido para la enseñanza de la bioética en particular. No se trata de enseñar lo que es el bien, sino de saber distinguir en nuestras acciones aquellas que sean perjudiciales. Pero esto no agota el significado de la enseñanza en bioética, ya que se trata solamente de un punto de partida. Porque no hay duda de que educar en bioética debe hacer, por ejemplo, que la Declaración de Helsinki sea tan bien conocida como las variaciones de cualquiera de nuestros líquidos orgánicos, o que las declaraciones sobre derechos del paciente, situación de los enfermos mentales y moribundos, de los niños y de aquellos pacientes sometidos a tratos degradantes, resulten tan importantes como los más elementales conceptos anatómicos y fisiopatológicos. Se trata también de pretender superar esta moral mínima, básica, aun reconociendo que es sin duda la que sienta las bases para una ética posible. En la ya clásica discusión planteada desde el *Menón* sobre la posibilidad de responder a la pregunta acerca de si la virtud se adquiere mediante la enseñanza o por el ejercicio, es útil seguir el camino que Platón vislumbraba en su respuesta: la virtud debemos ir a rastrearla en la *anamnesis*, o diálogo que vuelve sobre sí mismo, que recuerda una historia personal del paciente al que asistimos, que lo reconstruye como persona y que nos hace personas a aquellos preocupados por la vida y la salud de los otros. Una educación en bioética promueve la *anamnesis* o recuerdo de los hechos que han ido construyendo la historia de cada paciente, de cada caso clínico, de cada catástrofe social. Se trata de una *anamnesis* que haga surgir el conjunto de valores presentes en esos hechos con la certeza de que nuestros valores se entretrejen con los valores de los demás en una trama en la cual todos los hilos son igualmente importantes, si atendemos a los *puntos* de entrelazamiento: aquellos donde cristaliza el concepto de trama. En medicina, el diálogo de la relación médico-paciente es el primer entrecruzamiento, el punto primario. Pero estos interlocutores se abren a otros discursos: la familia, el equipo médico, la institución. La profesión médica necesita hoy, para tomar decisiones éticas, de otros profesionales de la salud y de otras disciplinas. Los comités hospitalarios de ética (v.)

cumplen una importante tarea educativa en ese sentido. En primer lugar, transitan por una etapa de autoformación de sus miembros para el cumplimiento de sus funciones consultiva y normativa; en segundo lugar, se ocupan de desarrollar una tarea educativa en la institución de salud a la que pertenecen dirigida a todo el personal que lo integra esté o no ocupado en tareas asistenciales; por último, se proyectan con su tarea educativa hacia la comunidad para discutir los problemas más frecuentes en bioética con pacientes, familiares y otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales. Pero los comités de ética, tan necesarios para la educación en bioética, mal podrían desarrollarse sin considerar el pluralismo y la racionalidad como elementos sustanciales de los mismos. Dicho de otro modo, sin tener en cuenta el concepto de la trama de valores, esa *symploké* que nos enlaza unos a otros. La bioética ha destacado este nuevo concepto del entrelazamiento efectivo de discursos donde promover el bien común a través de la educación termina siendo una cuestión de justicia (v. *Educación en bioética*). En *República*, Platón se enfrenta por primera vez a estos problemas al elaborar su currículo para la educación de los ciudadanos atenienses: el equilibrio entre la adquisición de conocimientos y habilidades, el entrenamiento físico y la educación moral, son la base de su programa. Pero el peligro de nuestros países no es solo el no contar con parámetros éticos, sino también el pretender superar estas carencias con facilismos, imprudencias y una educación pedante. Aquella que denunció Montaigne al escribir sobre la educación de los niños y decir que el principal problema educativo de su época era el intento de llenar las cabezas con conocimientos sin una palabra de juicio o de virtud. Enseñar para Sócrates es trabajar sobre elementos naturales como una especie de partero. En Tomás de Aquino la educación se asemeja a la medicina en cuanto arte cooperativo de administrar la naturaleza. La *Didáctica Magna* de Comenio recogerá esta idea. Pero este enfoque técnico, profesional de la enseñanza, se ha opuesto siempre a la perspectiva que considera los aspectos morales presentes en la educación. Este es el conflicto actual de nuestra medicina. Hay una enseñanza de la técnica operatoria, de la biología médica y otras ciencias, pero no hay capacitación para el juicio, la prudencia o cualquier otra virtud. Se enseña a dominar conceptos y técnicas, pero no se instruye sobre cómo decidir qué debe hacerse. ‘El médico debe hacer todo lo que pueda’ es la inversión de toda propuesta ética. Porque hacer lo que se debe significa no hacer todo lo que se puede. Hay por ello ‘virtudes’ técnicas que no suponen por necesidad un imperativo ético. El médico virtuoso en la técnica puede no serlo éticamente.

Las virtudes que entrega Prometeo son virtudes para unos hombres, pero no necesariamente para todos. Manejar la fragua u operar cuerpos humanos no son virtudes para todos los hombres. Pero las virtudes entregadas por Hermes, como la santidad y la justicia, requieren ser distribuidas entre todos. En el *Protágoras* de Platón, esto aparece

claro. Enseñar las virtudes políticas es algo más que razonable: se trata casi de un sentido común. Enseñar bioética atendiendo a estas preocupaciones puede ser algo más que un discurso hueco, aunque exista el peligro de que lo sea. Puede ser una forma legítima de persecución de la virtud.

[J. C. T.]

Desarrollo y dependencia

José Portillo (Uruguay) - *Asociación Latinoamericana de Medicina Social*

Desarrollo y subdesarrollo. El desarrollo económico es el proceso de crecimiento de una economía, a lo largo del cual se aplican nuevas tecnologías y se producen transformaciones sociales, con la consecuencia de una mejor distribución de la riqueza y del ingreso. Las teorías económicas liberal y neoliberal han enfatizado en el crecimiento económico sobre los aspectos distributivos y las mejoras sociales y han defendido el rol del mercado en el crecimiento económico. El subdesarrollo sería la situación de los países menos avanzados, que se caracteriza entre otras cosas por tener un bajo ingreso por habitante, un reducido nivel de ahorro y una escasa dotación tecnológica. A ello se agregan altos índices de analfabetismo, elevado peso relativo de la agricultura, elevadas tasas de desempleo, grandes diferencias en la distribución interna del ingreso y elevada tasa de crecimiento de la población. La escasez de capital físico y de capital humano (cantidad de conocimientos técnicos y calificaciones que posee la población trabajadora, procedentes de la educación formal y de la formación en el trabajo) y las relaciones internacionales de dependencia condicionan el subdesarrollo.

El subdesarrollo como ausencia de desarrollo. La teoría del desarrollo señala que, para lograr el desarrollo, determinada sociedad alcanza, con la adopción de normas de comportamiento, actitudes y valores identificados con la racionalidad económica moderna, caracterizada por la búsqueda de la máxima productividad, la generación de ahorro y la creación de inversiones que lleven a la acumulación permanente de los individuos y, en consecuencia, de toda la sociedad. En la primera mitad del siglo XX se insistió en el llamado modelo de sustitución de importaciones, consistente en el remplazo de parte de las importaciones por producción nacional, con el objetivo de propiciar la puesta en marcha de un proceso de industrialización endógeno. Más o menos contemporáneos, otros autores (Baran) entendieron que la economía socialista (estatización de los grandes medios de producción) permitiría una mejor gestión del excedente económico con la consiguiente mejor

distribución de la renta y un crecimiento económico más rápido y equilibrado. Las teorías señaladas tienen en común la visión del subdesarrollo como ausencia de desarrollo.

Desarrollo y teoría de la dependencia. La teoría de la dependencia (T. Dos Santos), en sus diferentes variantes, señala por el contrario que el subdesarrollo está conectado con la expansión de los países industrializados; desarrollo y subdesarrollo son aspectos diferentes de un mismo proceso universal. El subdesarrollo no es una primera condición de un proceso evolucionista y la dependencia no sólo es un fenómeno externo, sino también interno (político, social, cultural, ideológico). La tendencia actual y creciente a la exclusión social, como resultado del aumento de la concentración económica y de la desigualdad social, parece confirmar esta propuesta teórica, sobre todo en América Latina. Para estos autores, el desarrollo del capitalismo dependiente no asegura mayor generación de mano de obra que en el pasado y, muy por el contrario, parece que la tendencia al desempleo abierto y encubierto tiende a ser mayor. Solo una gran inversión en tecnología de punta, con alto grado de educación, permitiría eludir la dependencia (Irlanda, Finlandia, Costa Rica). Los países centrales captan los excedentes económicos de los países periféricos y dependientes en parte por el intercambio comercial desigual, pero se agrava por el pago de intereses, *royalties*, servicios técnicos y remesas de utilidades abiertas o disfrazadas.

Desarrollo neoliberal de los noventa. El llamado Consenso de Washington, producido por los organismos internacionales de crédito, el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, formuló una serie de recomendaciones para los países dependientes que a lo largo de la década del 90 contribuyeron a agravar la situación de dependencia. Las medidas sugeridas fueron la estabilidad macroeconómica (control de la inflación, disminución del déficit presupuestario), reforma financiera y estímulo de la competencia (promoviendo el libre comercio, facilitando la privatización y forjando políticas de competencia). Estas políticas contribuyeron al aumento de la pobreza sin crecimiento económico sostenido. Para algunos

autores (Stiglitz), estas medidas deben acompañarse de una participación del Estado, que permita corregir las insuficiencias del mercado y ampliar las metas del desarrollo. La clave para reconciliar el crecimiento económico con el desarrollo social consiste en la habilidad de la política para diseñar un proyecto democrático que genere un sistema de regulación razonable y justo de las esferas pública y privada. Algunos autores (Barkin) proponen, para el caso de América Latina, nuevas estrategias para el desarrollo rural sostenible, basadas en la participación popular, la autosuficiencia alimentaria y la regeneración ambiental. Para otros teóricos contemporáneos (Sen), el desarrollo exige fundamentalmente la eliminación de las principales fuentes de privación de libertad: la pobreza, la tiranía, la escasez de oportunidades económicas, las privaciones sociales, la falta de políticas de protección social adecuadas y suficientes. La contribución del mecanismo de mercado al crecimiento económico es importante, pero solo cuando se reconoce la absoluta libertad para participar en ese juego de intercambio. La extrema pobreza contribuye a coartar la libertad. Se necesitarían cinco tipos de libertades: libertades políticas, de los servicios económicos, de las oportunidades sociales, de las garantías de transparencia y de la seguridad protectora. La cuestión de la desigualdad se puede apreciar mejor si se tiene en cuenta no solo la distribución de la renta, sino la distribución de libertades y de las capacidades fundamentales. Para corregir las insuficiencias del mercado y para que este funcione mejor, es necesaria la intervención de las instituciones que proveen servicios que no se venden, por ejemplo la educación y la salud pública.

Las Naciones Unidas y el desarrollo. El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo ha creado un índice para medir y comparar a todos los países en sus logros en su capacidad para mejorar la calidad de vida de sus habitantes. El índice de desarrollo humano (IDH) es una medida sinóptica del desarrollo humano. Mide el progreso medio de un país en tres aspectos básicos del desarrollo humano: 1. Disfrutar de una vida larga y saludable, lo que se mide a través de la esperanza de vida al nacer; 2. Disponer de educación, lo que se mide a través de la tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta combinada de matriculación de primaria, secundaria y terciaria; 3. Tener un nivel de vida digno, lo que se mide a través del PBI per cápita (en dólares con paridad de poder adquisitivo). Se crea un índice para cada componente y el IDH es el promedio de los índices de los componentes. Este índice permite ordenar a todos los países del mundo y evaluar anualmente los avances más o menos acelerados. El valor 1 es el máximo. Los países industrializados tienen un

índice promedio de 0,935, mientras que América Latina y el Caribe tienen un índice de 0,777. Los países menos adelantados tienen un índice de 0,446. (Las cifras corresponden al Informe de 2004). En septiembre de 2000 se reunieron, en la sede de las Naciones Unidas, 147 jefes de Estado y de gobierno para considerar los problemas más acuciantes de la humanidad, en particular el subdesarrollo y sus consecuencias. Se reconocieron ocho grandes objetivos: 1. Erradicar la extrema pobreza y el hambre; 2. Lograr la educación primaria universal; 3. Promover la equidad de género y el fortalecimiento social de la mujer; 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años; 5. Mejorar la salud materna; 6. Combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades infecciosas; 7. Asegurar un ambiente sustentable; 8. Crear un modelo global de desarrollo socio-económico. Se fijaron varias metas cuantitativas para evaluar periódicamente los logros. Los pobres resultados obtenidos hasta el presente hacen dudar seriamente de alcanzar los resultados previstos para 2015. Algunos autores (Attaran) lanzan fuertes críticas metodológicas a las medidas realizadas por el sistema de agencias de Naciones Unidas, lo cual agrava aún más los escasos logros obtenidos.

Referencias

A. Attaran. An immeasurable crisis? A criticism of the millennium development goals and why they cannot be measured, *PLoS Med* 2 (10):e318, 2005. - V. Becker y F. Mochón. *Economía. Elementos de micro y macroeconomía*, Madrid, McGraw-Hill, 1994. - T. Dos Santos. *La teoría de la dependencia. Balance y perspectivas*, Barcelona, Plaza y Janés, 2002. - B. Kliksberg (comp.). *Ética y desarrollo. La relación marginada*, Buenos Aires, El Ateneo, 2002. - Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. *Informe sobre Desarrollo Humano. La libertad cultural en el mundo diverso de hoy*, 2004. - A. Sen. *Desarrollo y libertad*, Barcelona, Planeta, 1999.

Antropología y desarrollo sustentable

Salomón Nahmad Sitton (México) - *Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Ciesas), Unidad Istmo*

Antropología, desarrollo global y culturas. En las ciencias sociales, y en particular la etnología y la antropología social, en el siglo XX se ha cuestionado el modelo de evolución, progreso y desarrollo manejado desde el punto de vista teórico y desde el punto de vista de las agencias gubernamentales de Occidente. Se ha considerado ese modelo por sus planteamientos lineales frente a las posibilidades de alternativas

diversas de modos de vida. Esta diversidad ofrece valores, principios y virtudes para otorgar bienestar a las personas que configuran unidades sociales con identidad propia y que tienen una larga experiencia histórica en mantener sustentablemente la vida cotidiana y la vida festiva de estos pueblos. En este sentido, la evolución y el cambio social ocurren en la experiencia de las relaciones sociales interétnicas e interculturales de manera multilineal, por lo que se confrontan con el modelo lineal que ha dominado la sociedad occidental. Para el caso de los diversos estilos de vida y modos de producción y de reproducción humana y social que estudia la antropología, se plantea la alternativa de un cambio progresivo con direcciones propias de carácter cultural lingüístico, de organización social y política, y de principios y valores fincados en la comunalidad de los grupos sociales. Este es el caso de más de quinientos pueblos indígenas de América Latina que tienen una continuidad en el tiempo y en el espacio manejando sus recursos humanos y naturales de manera diferenciada y sustentable, lo que les ha permitido permanecer como unidades sociales con identidad propia y con su propia imagen de comunidades integradas, articuladas y singulares frente a otras unidades sociales. De estas unidades sociales identificadas como pueblos originarios del continente americano emergieron las cuatro macrocivilizaciones que hoy reconocen la antropología y la etnología: la mesoamericana, la andina, la selvática-amazónica y la caribeña-chibcha, cuya configuración macrocultural ha permitido la reproducción con un desarrollo sustentable y continuo a pesar de la grave experiencia de la colonización europea y de la enorme inmigración de los distintos continentes que no han logrado la desaparición de estas civilizaciones y de estas culturas. En este sentido debemos señalar la capacidad que tienen para vivir un proyecto de vida propia que, en cierta manera, tenía indicadores de armonía y de justicia, dañadas por el proceso de la colonización y de la integración vertical y autoritaria del sistema nacional de cada país. El mundo moderno y globalizado, contextualizado en el estilo de vida capitalista con enormes desigualdades, ha construido fronteras de miseria y pobreza en el contexto de estos pueblos originarios de América Latina. Esto se refleja en los mayores índices de falta de salud, de higiene, de bienestar, de nutrición, de una educación intercultural y de la posibilidad de sociedades multiculturales y multiétnicas con una perspectiva igualitaria y de derechos humanos responsables. El tema central de la antropología es la cultura, entendida como el modo de vida de un

grupo humano que incluye un repertorio de creencias, costumbres, valores y símbolos que permiten la reproducción permanente de estos grupos que mantenían espacios geográficos milenariamente y que han sido agredidos y despojados de sus territorios donde desarrollaban sustentablemente su vida.

Sustentabilidad y proyecto multicultural de desarrollo. La importancia de un desarrollo sustentable adquirió relevancia en la conferencia internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos Humanos en Viena, en 1993, donde se reafirmó el derecho al desarrollo como un derecho universal e inalienable, y como parte de los derechos humanos fundamentales. Es indudable que, en una sociedad que respete y apoye el desarrollo o la evolución multilineal, se tendrán que promover programas sociales sobre la base de la paz social, de la erradicación de los conflictos y la violencia, y promover programas sociales y educativos, de salud y de comunicación que permitan la transformación productiva en los contextos de la cultura propia. Por ello, en los círculos académicos y en los planes de los organismos internacionales, se plantea la viabilidad de un proyecto multicultural de desarrollo sustentable con identidades propias de cada pueblo en América Latina. La antropología es una síntesis desde perspectivas humanísticas, biológicas, históricas, psicológicas, económicas, religiosas y geográficas, que tienden a un conocimiento global de la sociedad humana, abarcando a todos los grupos humanos, sean estos cazadores, recolectores, pescadores, agricultores, artesanos o vivan en medios urbanos de sociedades complejas donde el principio básico será el respeto a su propio proyecto de vida de manera sustentable y constante. Después de las conferencias internacionales sobre el tema del medio ambiente y el crecimiento económico, se alerta a la humanidad de las consecuencias que se pueden derivar, para todos los pueblos del mundo, de un crecimiento que no tenga en cuenta la limitación de los recursos naturales ni su fragilidad. Por esta razón, los pueblos indígenas nos pueden enseñar y transmitir sus conocimientos para construir un desarrollo sustentable de carácter solidario y comunitario que debe existir entre todas las naciones de la tierra. Ese es el fin de construir un sistema compartido igualmente donde el nivel del desarrollo de la persona o de las unidades sociales, tanto comunitarias, regionales y étnicas, puedan ser constantes y permanentes con equidad y con justicia, en especial con la inclusión de la singularidad cultural.

Referencias

The World Bank. *Social Analysis Guidelines in Natural Resource Management: incorporating Social Dimensions into Back-Supported Projects*, June 2005. - PNUD. *Informe sobre Desarrollo Humano*, Madrid, Mundi Prensa, 1993-2000. - P Palenzuela Chamorro y J. C. Gimeno Martín (coords.). *Culturas y desarrollo en el marco de la globalización capitalista*, Sevilla, Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español, 2005.

Educación para el desarrollo humano

Augusto Pérez Lindo (Argentina) -
Universidad de Buenos Aires

Definición. En diciembre de 1986 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración sobre el derecho al desarrollo, considerándolo parte de los derechos humanos. En el artículo 2 se establecen estas definiciones: 1. “La persona humana es el sujeto centro del desarrollo y debe ser participante activo y el beneficiario del derecho al desarrollo...”; 2. “Todos los seres humanos tienen individual y colectivamente, la responsabilidad del desarrollo teniendo en cuenta la necesidad del pleno respeto de sus derechos humanos y libertades fundamentales así como sus deberes para con la comunidad...”. Definir la “educación para el desarrollo humano” implica, en primer lugar, situarse en el marco de las convenciones de las Naciones Unidas que forman el código internacional de los derechos humanos. En segundo lugar, implica concebir la educación como un fenómeno multidimensional en que intervienen factores psicológicos, sociales, económicos, políticos y culturales.

Sistemas educativos y políticas de desarrollo humano. Los sistemas educativos cumplen variadas funciones: adaptar los individuos a un sistema social determinado, preparar recursos humanos para el mercado del trabajo, formar a los dirigentes, transmitir valores sociales y personales, socializar a los jóvenes, producir y transmitir conocimientos. En la década de los 90 las políticas neoliberales impulsaron reformas de la educación para adaptarla a las demandas del mercado. Quienes se oponían a esta tendencia en América Latina pusieron el énfasis en la función integradora de los procesos educativos. Otras políticas apuntaron a mejorar la calidad de la enseñanza y la capacidad para adquirir conocimientos significativos. En los informes anuales del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) se destacan tres tipos de indicadores básicos: *longevidad, educación y vida digna*, los cuales se impulsan a su vez con los índices de crecimiento económico (PNB) de cada país. La esperanza de vida (*longevidad*) se mide a través de 15 indicadores; la educación, a través de 18, y la vida digna (ligada a los ingresos), con 28. En América Latina todos los

países crearon programas para ejecutar las acciones congruentes con el desarrollo humano, cuyos informes son de consulta abierta. Una política educativa que pretenda favorecer el desarrollo humano debería tomar en cuenta por lo menos estos aspectos: 1. El acceso universal a la satisfacción de necesidades básicas; 2. La vigencia de un contexto que asegure el respeto de los derechos humanos; 3. La adquisición de conocimientos significativos para desempeñar una función social y para realizar las vocaciones diferenciadas de los individuos; 4. La transmisión de los valores culturales de la humanidad y de aquellos relacionados con las identidades de los individuos, naciones, comunidades y pueblos; 5. La adquisición de competencias y de actitudes para trabajar solidariamente en la construcción de proyectos asociativos destinados a mejorar las posibilidades de desarrollo económico, social o cultural.

Necesidades, función social y competencias. En América Latina millones de niños viven excluidos a causa de la pobreza o de la violencia. Resulta problemático plantearse políticas de desarrollo humano a través de la enseñanza en esos contextos. El conflicto entre los fines de la educación y los entornos sociales es muy frecuente. Muchos educadores motivados para brindar una educación liberadora se encuentran en esos casos asumiendo funciones que tienden a paliar las necesidades de los alumnos o a ofrecer contención. Integrar a través de la educación es una de las prioridades actuales. Casi todos los sistemas se proponen educar para el trabajo, para el desempeño profesional y para la actividad intelectual. El problema es que los cambios económicos y las innovaciones tecnológicas crean brechas entre los grupos sociales. La *educación permanente* se ha vuelto un requisito para preservar la empleabilidad y la integración social. Los individuos están obligados a revisar periódicamente sus conocimientos. Las estrategias educativas tienen que contar con *políticas del conocimiento*. El acceso a las nuevas tecnologías de información y comunicación (TIC) se ha vuelto un requisito para tener una inserción social adecuada. Destacamos como importante el aprendizaje de competencias para trabajar cooperativamente a fin de concretar emprendimientos o proyectos destinados al desarrollo humano. La solidaridad se aprende y la capacidad emprendedora también. Muchos proyectos animados por ideologías solidarias fracasaron en América Latina porque no fueron capaces de crear las capacidades individuales y colectivas para gestionar organizaciones o para crear emprendimientos destinados al desarrollo económico-social. Por el contrario, muchos emprendimientos con inversiones en distinta escala

fracasaron porque no tuvieron en cuenta la dimensión humana del desarrollo.

Educación en valores y derechos humanos. La educación transmite valores; en esto hay un consenso universal. Pero las instituciones educativas vienen siendo desplazadas en esta función por los medios de comunicación social. Por tanto, resulta decisivo conseguir que esos medios contribuyan a difundir valores favorables para el desarrollo humano. En la actualidad predominan los mensajes consumistas, agresivos, egoístas. Además, tanto en las escuelas como en la televisión se reproducen estereotipos discriminatorios desde el punto de vista cultural, racial, religioso o sexual. Pese a los avances de los principios de los Derechos Humanos, las discriminaciones permanecen de manera implícita o explícita en muchos países. No resulta obvio que hay que difundir los valores universales de la humanidad contenidos en las convenciones de las Naciones Unidas. Sería recomendable que en las experiencias educativas se explicitaran los mecanismos por los cuales se reproducen las negaciones de la dignidad humana en cada contexto. La “negación del otro” tiene raíces culturales, religiosas, ideológicas y económicas muy profundas. La educación para el desarrollo humano debe ser reflexiva y crítica. El respeto por los valores personales o colectivos interesa al desarrollo humano en la medida en que la diversidad cultural forma parte de la identidad humana. Contra las visiones etnocéntricas, colonialistas y homogeneizadoras del pasado se alzaron en las últimas décadas distintos movimientos que defendieron las identidades de los pueblos sometidos, de las minorías, de los individuos en general. El *Informe sobre desarrollo humano 2004* de Naciones Unidas estuvo consagrado a “La libertad cultural en el mundo diverso de hoy”. Los conflictos y convergencias entre las culturas constituyen un tema de actualidad. Sintetizar en la enseñanza los valores comunes de la humanidad con los valores personales, nacionales o comunitarios resulta hoy una tarea difícil, pero insoslayable. Aunque la mundialización brinda a los individuos la posibilidad de compartir múltiples culturas y valores, puede resultar una amenaza para las identidades personales o colectivas. La aldea global ha suprimido las distancias, pero no los antagonismos.

Democracia, ciudadanía y educación. Al proponer la creación del primer sistema de Instrucción Pública, en plena Revolución Francesa, Condorcet advirtió en 1789 que la democracia y la calidad de los ciudadanos dependían fuertemente de la educación. Hoy podemos evaluar las distintas experiencias educativas a lo largo de los últimos doscientos años en Europa, Asia, África y América. Necesitamos aprender de nuestros éxitos y fracasos. Todas

las experiencias muestran que existe un nexo entre educación, desarrollo, calidad de vida y ciudadanía, a condición de que las estrategias nacionales tengan en cuenta la congruencia de todos los factores del proceso educativo. La articulación de los factores del desarrollo humano produce resultados favorables. La educación, en este sentido, es uno de los aspectos decisivos. Las políticas económicas y sociales tienen que ser congruentes con los fines de la educación. A su vez, los contenidos y prácticas de la enseñanza tienen que asegurar la formación de individuos libres, responsables, capaces de cooperar con los otros para alcanzar metas comunes. En este proceso, el rol del Estado sigue siendo determinante. Sin políticas públicas de educación, las instituciones tienden a disgregarse. En su nivel más profundo, los mecanismos educativos fueron creados hace miles de años para aprender a vivir y a sobrevivir. En un contexto muy diferente, hoy la educación debe retomar este mandato original: crear las condiciones subjetivas y objetivas para vivir con dignidad. Así, la educación converge con la bioética.

Referencias

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). *Educación y conocimiento: eje de la transformación productiva con equidad*, Santiago de Chile, Naciones Unidas, 1992. - B. Kliksberg; L. Tomassini (comps.). *Capital social y cultura: claves estratégicas para el desarrollo*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2000. - A. Melillo; E. N. Suárez Ojeda (comps.). *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*, Buenos Aires, Paidós, 2003. - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Informe sobre desarrollo humano 2004. La libertad cultural en el mundo diverso de hoy*, Madrid, Ediciones Mundi Prensa, 2004. - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Informe sobre desarrollo humano 2005. La cooperación internacional ante una encrucijada: ayuda al desarrollo, comercio y seguridad en el mundo desigual*, Madrid, Ediciones Mundi Prensa, 2005. - A. Sen. *Desarrollo y libertad*, Barcelona, Planeta, 1999.

Escuela pública

Lilian do Valle (Brasil) - *Universidade Estadual do Rio de Janeiro*

Definición. Convertida, con la creación de la democracia en el mundo clásico, en una actividad social explícita y reflexiva, la educación pasa a ser, por primera vez, instrumento de construcción de una nueva *polis* –de realización de la obra política por la vía de la formación ética de los futuros ciudadanos–. Cupo sin embargo a la modernidad la invención de la noción de escuela pública, sea entendiéndola en su acepción más amplia –como institución consagrada a un tipo de educación que desborda el ámbito estrictamente doméstico y que

es confiada a los “especialistas”– o concibiéndola en la acepción muy especial por la cual le es imputada la responsabilidad casi que integral por una formación antes supuestamente confiada al conjunto de los ciudadanos. La escuela pública es la forma específica que asumió la educación común de los ciudadanos en los tiempos modernos y atiende a los principios implicados en la universalidad de esa ciudadanía: *uniformidad* de la acción afirmativa, como medio de garantizar la unidad de la nación; *gratuidad*, como garantía de inclusión de individuos de diferentes orígenes sociales; *laicidad*, como modo de superación de los dogmas y de las diferencias privadas de credo y de cultura, y el principio de la *escuela mixta*, en lo que atañe a la atención indiscriminada de ambos sexos. La escuela pública tiene como objetivo principal la institución de la realidad nacional –en ese sentido, la obligatoriedad no es la imposición al Estado de un supuesto derecho individual, sino más bien una prerrogativa formativa de la Nación de la cual el Estado pasa a incumbirse.

Orígenes. El proyecto original de constitución de la escuela pública –modelo histórico que influyó con mucha fuerza en la institución de los sistemas públicos de educación elemental de las naciones modernas, sobre todo en América Latina– tiene su origen en la Francia revolucionaria y está estrechamente relacionado con el sueño de concreción de una utopía de “sociedad ideal”, igualitaria, nueva o –al fin, regenerada– justa y virtuosa. Aunque las proyecciones utópicas de la sociedad en tal tiempo pudiesen mostrarse más pluriformes que el conjunto de las fuerzas que la componían, y tan variadas como las posiciones defendidas en los diferentes momentos en los que lo fueron, por lo menos en un aspecto parecen acabar coincidiendo: en la extraordinaria valoración de la educación y, más concretamente, del proyecto de escuela pública –instrumento, vehículo y así mismo concretización anticipada de ese ideal–. Este proyecto educativo se asoció con frecuencia a la victoria de los ideales liberales: pero si esos ideales proclamados fuesen la única realidad de la Escuela Pública, hace mucho que la distancia que va de su afirmación formal a su imagen concreta (reflejada por la “crisis de la escuela”, por los estudios teóricos, por las declaraciones procedentes de la experiencia cotidiana) habría sido suficiente para denunciar su total inviabilidad. Como la escuela pública sigue suscitando debates, presentándose como una institución social cuya existencia nadie pretende cuestionar, su existencia nos revela, al fin y al cabo, que más allá de las intenciones políticas conscientes o inconscientes del poder, la Escuela fue investida de las esperanzas, ideales y expectativas de toda

la sociedad –que instituyó, renovó permanentemente y dio vida a una representación *imaginaria*, singular o plural. Lo que, sin duda, su sobrevivencia y vitalidad confirman, pero no llegan a explicar.

El proyecto histórico de la escuela pública. La institución de un sistema público de enseñanza en la realidad francesa, a partir del advenimiento de la revolución, implica en sí mismo la generalización o la predominancia de ciertas disposiciones comunes, responsables, entre otras cosas, de la imagen de un Estado dotado de un poder demiúrgico ilimitado, para lo cual la acción educativa se constituiría en el más adecuado de los instrumentos. Mientras, los continuos debates que la fijación de las finalidades de la escuela pública suscitaron desde sus orígenes muestran que, bajo las apariencias de un acuerdo, la afirmación de las significaciones sociales democráticas más esenciales pudo esconder, en la Francia revolucionaria, visiones del mundo perfectamente irreconciliables. Así, el ideal de universalidad y de igualdad puede servir para denunciar las desigualdades sociales o para justificarlas, para ampliarlas exageradamente o para restringir hasta la insignificancia los límites del trabajo escolar, de modo que, en torno de la misma noción de formación común para la ciudadanía, se tejen los más diferentes modelos educativos –en función, por ejemplo, de los valores a partir de los cuales cada concepción de ciudadanía funda su enraizamiento en la historia y en el presente de la sociedad o de los atributos que le son reconocidos o según la manera como se conciben sus límites de influencia, o sea, la proporción entre la esfera de lo público y de lo privado–. Por tanto, construido a imagen de una unidad sin fallas y sin resistencias, el ideal de esa ciudadanía, en sus diferentes variaciones, no se conjuga con el tiempo sino para someterlo mejor. Donde una concepción autoritaria de la unidad del pueblo (para la cual el inmediatez de la fuerza parece bastar para apagar las resistencias y los resistentes) revela sus límites, la escuela pública surge como el nuevo instrumento para un control más efectivo; donde el primer entusiasmo de una concepción completamente optimista del “progreso humano y social” se ve debilitado por los argumentos de lo concreto, aún ahí la escuela pública se deja soñar como el único medio para acelerar el ritmo demasiado perezoso del tiempo.

La escuela como intervención del poder temporal. El descubrimiento de las virtudes pedagógicas de un tiempo social acabó implicando la creación de un dispositivo mucho más poderoso, ampliado y público de intervención concreta del poder temporal sobre la vida de los individuos. Seguramente la revolución engendró las condiciones para que tal

operación fuese, antes de todo, apenas concebible y, a lo largo de una lentísima evolución de más de un siglo, materializada en la sociedad francesa e implantada mucho más allá de sus fronteras. Debajo de la ambigüedad de su doble estatus de obligación y deber social, la escuela elemental pública concreta una nueva división entre lo público y lo privado, en términos de ocupación del *tiempo*. El tiempo escolar es esa parte del espacio privado a partir de allí consagrada al Estado, al que cabe gestionarlo del todo, definiendo sus límites y estableciendo sus modalidades concretas de ocupación. Que el tiempo que pasa a ser controlado por el Estado a través de la Escuela Pública elemental deba ser uno, se explica por el hecho de que existe solo una ciudadanía que debe ser conquistada. Percibida como base común sobre la cual las diferencias se asientan legítima y armoniosamente o que implique, por el despojamiento de todo lo superfluo, la imagen más elocuente de la igualdad social, en su unidad imaginaria y acabada, se disuelve el carácter vicioso que la diferencia comporta; a través de ella se previene el surgimiento de cualquier pluralidad incómoda. Por ser universal, ella solo incluye y hace prevalecer lo que se moldea a imagen de lo público. De tal forma, la escuela elemental común es siempre inicio o término de un proceso al cual le cabe la responsabilidad de preservar el sueño de la igualdad. Ella es *lugar* y *tiempo* de los nuevos orígenes que irán a producir los nuevos ciudadanos: matriz común, tiempo uniforme, ese es el principio sobre el cual el consenso sobre el sistema público (que hasta en los momentos más turbulentos de una revolución eran necesarios para la implantación de una institución llamada a persistir históricamente) parece abrirse y agotarse. Un solo tiempo escolar para formar un solo alumno –tiempo que responde por el nombre abstracto de razón pública, instancia universal y superior que pasa por encima de toda individualidad, arriba de la sociedad, supremo producto de una acción pedagógica que realiza *la historia* y sus leyes–. Una instrucción común hará de todos, sin excepciones, ciudadanos plenos, disfrutando de igual acceso a esa parte de las Luces que permite el libre goce de los derechos y previene contra cualquier dependencia. Antes se pensaba que las injusticias sociales impedían esa igualdad de base y hacían de la ciudadanía un privilegio. Ahora, es el bien común que la instrucción garantizará, sin fallas ni omisiones. Entre tanto, y más allá de ese patrimonio colectivo, el escalón que cada uno ascenderá en esa carrera será el que la naturaleza marcó en sí mismo, en sus facultades, como el término de sus esfuerzos. Más que modelo, en ese caso la Antigüedad pasa a ser un contraejemplo: la nueva ciudadanía ya no es definida por la posición social, sino por la razón.

Pero teniendo en cuenta la diversidad de funciones necesarias a la sociedad, es imposible someter a una educación rigurosamente idéntica hombres cuyos destinos son tan diferentes. Sin embargo, en la perspectiva de alguien como Condorcet, aun las desigualdades sociales y –lo que quizá sea más admirable aún– las desigualdades debidas a la naturaleza acabaron por doblegarse a la acción del tiempo, ese nuevo aliado de la pedagogía revolucionaria. Ese optimismo está lejos de ser compartido por todos. En el seno de las representaciones revolucionarias, la unidad que la escuela elemental debe engendrar puede, descendiendo de las altas abstracciones de las Luces, ganar el modelo del ciudadano común que las virtudes de la vida cívica, austera y disciplinada generan. Hacer fructificar las riquezas de la naturaleza significa proteger la sociedad contra lo artificial, el lujo, lo superfluo, preparando así el terreno propicio para el desarrollo *normal* de los talentos. Frente a esa otra concepción –espartana– de la unidad social, la instrucción puede ser una instancia prejudicial: para ella, cualquier diferencia es sospechosa, es un atentado a la igualdad. Resolver toda diversidad en una escuela única significa abolir las imposiciones provenientes de la esfera privada, fuentes ya no de riquezas traídas por el genio individual, como en la perspectiva condorcetiana, sino de las injusticias y el oscurantismo que vienen del pasado. En ambos casos, no obstante, el tiempo escolar es el espacio conquistado de lo privado, de la educación doméstica, que tiende, fatalmente, a reproducir los vicios del privilegio y los males de la ignorancia. El combate abierto contra la educación doméstica es inspirado por el deseo ardiente de luchar contra el peso de una estructura que somete a los hombres. Es prolongar hasta la esfera antes inaccesible (al menos para el poder temporal), de lo privado, la acción que persigue derrumbar y anular por completo las antiguas fuentes de autoridad para el individuo y para la sociedad. Dos observaciones nos parece que se imponen. Por un lado, el carácter excepcional de esa ampliación de la acción del Estado sobre el dominio familiar, considerada limitada a los *casos más extremos* y no como una intervención generalizada sobre el conjunto de la sociedad. Por otro, el hecho de que lo que estaba en cuestión no era tanto el *principio* de la autoridad familiar o de las redes comunitarias, sino su incapacidad concreta (y quizá puntual) de encargarse de sus funciones tradicionales. En términos prácticos, a esa imagen del tiempo escolar como acción de ruptura con relación a una cierta noción de espacio privado debía sobreponerse aún –tan de relieve en las recientes críticas de la Escuela– la de un tiempo que alterna, con la manufactura y el trabajo en general, la iniciativa del

control y de la gestión del tiempo del niño. El tiempo único es, en primer lugar, el sueño de simultaneidad que va a abolir las distancias y que anula las diferencias. Él crea la uniformidad del espacio público y nacional. Ese ideal, que impregna el proyecto de la escuela pública, se traduce en una exigencia de apropiación concreta del tiempo del niño. Ocupar el niño, todos los niños, simultáneamente, significa lanzarse a una tarea a largo plazo de creación de una nueva sociedad, nuevos ciudadanos con nuevas costumbres. Es también arrancarlos de inmediato a la influencia del pasado y de la esfera privada. El tiempo único es igualmente un medio de control más integral, más minucioso, más durable. Aquí la duración del tiempo adquiere toda su importancia, pues se trata de modelar, a través del tiempo, el espíritu único de una ciudadanía hecha de disciplina y de sólida adhesión, de valores cívicos, y de valores útiles para la nueva sociedad.

Actualidad. La noción de escuela pública recubre principios fundamentales que responden por la identidad histórica del modelo y algunos de ellos parecen haber evolucionado con efectividad, cuando son contemplados desde la perspectiva de la organización institucional, pedagógica y material del sistema, en el contexto francés y en el contexto latinoamericano. No obstante, no es cierto que esos mismos principios, que traducen significados sociales instituidos en esa época y que fueron retraducidos y fijados en diversas representaciones de la escuela, hayan acompañado *pari passu* la evolución observada en la esfera político-administrativa, donde asumen el dudoso estatus de verdades consensuales y simplificadoras. Es posible que desde la perspectiva de estas significaciones sociales podamos descubrir, bajo las “nuevas” formulaciones y afirmaciones perentorias sobre la escuela, viejas posiciones y antiguas que-rellas, que mantienen todavía su razón de ser, aunque muchas de ellas, gracias al distanciamiento del pasado, hayan tenido una supervivencia y una máscara eficaz. En este caso, la suma de las representaciones asociadas a la escuela pública a través de la historia opera también como una sobreinversión social de finalidades y exigencias *no siempre coherentes entre sí*. Es posible que la distancia entre, por un lado, las (nuevas) orientaciones generales impresas a la gestión del aparato escolar y las efectivamente implantadas y, por otro, su proyecto, haya introducido una ambigüedad útil en extremo para los usos ideológicos del poder. Pero en la práctica escolar esta distancia se presenta ahora como un doloroso contratiempo, ante el cual los maestros sin duda se confrontan permanentemente en la actualidad.

Escuelas rurales y desarrollo humano

Noemí Arbetman (Argentina) - *Asociación Civil de Padrinos de Alumnos y Escuelas Rurales*

El contraste de la educación urbana/rural como problema moral. Aunque América Latina comparte la tendencia mundial al crecimiento de la población urbana y a la reducción de la población rural, esta tendencia es muy desigual según los países que se comparen. Mientras que en Argentina y Venezuela la población urbana asciende al 85-90% de la población total, en Haití y Guatemala apenas alcanza el 30-35%. Sin embargo, aun dentro de los países muy urbanizados, el contraste entre la realidad de la educación en las escuelas urbanas y rurales tiene características muy marcadas en cuanto a la problematización moral del vivir en uno u otro contexto. Las escuelas rurales se encuentran alejadas de las zonas urbanas o suburbanas en distancias de diez a cien o más kilómetros, a las cuales se accede por caminos de tierra –en muchos casos sin mejoras– que atraviesan todo tipo de accidentes geográficos (montes, ríos, arroyos, etc.). El alejamiento o aislamiento en el que se encuentran es el motivo principal por el que la mayoría de ellas no cuenta con redes de agua potable o con electricidad. En este contexto, la escuela se constituye en el centro de la comunidad, siendo muchas veces la única institución oficial de la zona. En algunas comunidades pequeñas y distantes, también se suele denominar rural a la escuela del pueblo porque toda la zona recibe esa denominación. Para acudir a clases los alumnos deben recorrer grandes distancias, cubiertas según los medios económicos que poseen: en automóviles, a caballo o en bicicleta, o muy frecuentemente a pie. La matrícula de estas escuelas, que oscila entre los diez y los ciento cincuenta niños, aumenta en las comunidades aborígenes donde puede llegar a trescientos, aunque el promedio oscila en los cincuenta alumnos. La variación se debe a que en algunos casos los padres se trasladan en busca de trabajo hacia los lugares donde se requiere mano de obra no especializada, como las cosechas de algodón, yerba mate, azúcar o la atención del ganado en verano o invierno según la zona, siendo que en ese traslado puede mudarse toda la familia o solo los mayores, quedando los niños al cuidado de los hermanos o de los abuelos. Al tener pocos alumnos en promedio, las escuelas cuentan con un solo maestro que atiende a todos los grados; este sistema de atención simultánea obliga a dividir la tarea dentro del aula. Así, mientras un alumno lee, otro resuelve un problema en el pizarrón y los restantes realizan una composición o resuelven problemas en el cuaderno. Los alumnos más grandes suelen controlar o asesorar a los más pequeños y el docente requiere gran

creatividad para mantener la atención y avanzar en la enseñanza.

Un contexto de carencias. La situación de las escuelas rurales en cuanto a la distancia y el aislamiento repercuten en las condiciones necesarias para una buena calidad de la enseñanza cuando se hace necesaria una infraestructura y elementos didácticos adecuados para el desempeño de la tarea del docente y la atención de los niños. La calidad del agua, por ejemplo, es un factor muy preocupante según las zonas. En el norte de Argentina, las napas acuíferas contienen sales de arsénico, lo que las hace insalubres. Esto obliga a que se recoja el producido de las lluvias en aljibes o cisternas mediante canaletas provenientes de los techos de chapas y, en algunos casos, a hacer pozos con perforaciones a grandes profundidades. Otra de las dificultades en zonas rurales es la falta de electricidad, que se trata de suplir con grupos electrógenos que además del combustible requieren cierto gasto de mantenimiento a cargo de los maestros o de los padres de los alumnos. Las energías alternativas no brindan una buena solución; por ese motivo muy pocas escuelas tienen esa posibilidad, normalmente las que están más cerca de los pueblos y que cuentan con la conexión a la red eléctrica. Una solución sería la utilización de paneles solares que no contaminan el ambiente y solo necesitan el Sol para funcionar, pero su costo es muy elevado para zonas marcadas por la pobreza. Por esta razón muchos de los establecimientos no cuentan con ninguna de estas soluciones. Al no contar con energía eléctrica, estas escuelas no pueden tener acceso a la televisión o al uso de computadoras, generándose una brecha de gran desigualdad en el acceso al conocimiento. En algunos países, como Cuba, se han implementado políticas públicas para garantizar el acceso a la electricidad en las zonas rurales.

Educación, alimentación y salud. La situación de pobreza como contexto habitual de las escuelas rurales hace que las crisis económicas repercutan de manera aún más intensa al incrementar las necesidades. Si usualmente se observa necesidad de útiles escolares, libros, ropa y calzado, en las crisis se vuelven muy importantes los alimentos no perecederos y los medicamentos esenciales. La educación debe ser acompañada por una buena alimentación y un control de salud adecuado para el buen desarrollo psicofísico de los alumnos, ya que la escuela se constituye en sustituto parcial –a veces casi total– del cuidado familiar y gubernamental de la salud. En cuanto a la alimentación en las escuelas rurales, se suele dar alguna asistencia a la recepción diaria para que los alumnos puedan comenzar la actividad del día con algún alimento ya que en algunos casos asisten sin desayunar. Las

escuelas con mejor presupuesto pueden llegar a ofrecer también el almuerzo, dependiendo de la asignación que reciben por mes y por alumno en cada provincia. La alimentación que los alumnos reciben en la escuela, aunque no sea suficiente y equilibrada, se convierte en muchos casos en la única comida del día para los niños. En las regiones más alejadas o donde la población se encuentra más dispersa, se suelen encontrar las “escuelas albergues” que mantienen a los alumnos durante largos periodos dado que regresan a sus hogares dos veces al año. En estos casos la edificación es mejor y también la alimentación, pero el problema mayor reside en la ropa y los útiles escolares ya que los padres suelen enviar a sus hijos sin elementos suficientes para estudiar debido a su situación económica. En el área de salud los alumnos de escuelas rurales también están más desprotegidos. Los hospitales se encuentran en los pueblos o ciudades y en los distintos parajes suele haber dispensarios atendidos por enfermeros. Los puestos sanitarios deberían recibir la visita periódica de un médico, lo cual no sucede en todos los casos. Casi nunca cuentan con un odontólogo.

Planes de estudio. Los programas de enseñanza en un país federal como Argentina dependen directamente de las provincias, pero no ha existido hasta muy recientemente un plan federal uniforme, sino los programas de cada una de las jurisdicciones, que difieren en el monto que destinan de sus presupuestos al área educativa y en el modo en cómo lo aplican. Los ciclos de enseñanza que por su modalidad requieren la participación de muchos profesores son de difícil realización en la mayoría de las escuelas rurales por los problemas de movilidad de alumnos y docentes y por disponibilidad de estos. En la mayoría de los casos, los alumnos deben trasladarse a los centros urbanos para completar sus estudios. Entonces se observa la diferencia de la educación recibida, ya que los alumnos de zonas rurales no tienen la educación necesaria para responder al ciclo en el que se inscriben y deben esforzarse mucho para superar esta dificultad. Esto se ha tratado de paliar con sistemas de tutorías que tratan de apoyar a los alumnos que lo necesitan. Contar con programas de enseñanza ajustados a cada zona y una infraestructura de apoyo adecuada a las necesidades de las comunidades educativas en las que se encuentran las escuelas rurales es el modo de evitar la exclusión o la falta de equidad y calidad en la educación.

Docentes y alumnos. Los docentes o directores de escuelas rurales son muchas veces un referente para la comunidad, con múltiples tareas más allá de las estrictamente pedagógicas. Deben afrontar la toma de decisiones que su tarea requiere en

soledad y no siempre cuentan con los elementos indispensables. Asimismo, tienen pocas oportunidades de participar de instancias de encuentro con otros docentes y de seminarios, talleres de capacitación, ya que en algunos casos permanecen varios días en la escuela, hasta un mes o más según la distancia en la que residan. El rol de los ministerios de Educación realizando cursos e invitando a los docentes a participar sin costo es un modo de respuesta. Los alumnos no tienen una asistencia regular por razones diversas: en las comunidades aborígenes por las distintas costumbres. En otros casos, según la época del año, un importante número de alumnos se ausenta de la escuela muchas veces por inclemencias climáticas y otras porque sus padres se alejan por trabajos temporales o migran junto a sus familias a otras provincias. Hay niños que caminan dos, cinco y hasta siete kilómetros para asistir a clase soportando las inclemencias del tiempo. Otra causa de ausentismo es el trabajo que deben realizar desde muy pequeños en el campo, o en sus casas cuidando a los hermanos menores, situación que es muy difícil de desarraigar en la comunidad. A veces se desarrollan programas de becas para que vuelvan al estudio los alumnos que lo abandonaron y que recibirán apoyo hasta la finalización de los mismos. La exclusión a la que se ven sometidos los alumnos de las escuelas rurales va desde la imposibilidad de continuar el estudio por falta de preparación o por falta de recursos hasta la de no conseguir empleos para los cuales cada vez más se solicitan conocimientos en informática. Quedan relegados a los trabajos del campo, cosechas y mano de obra no calificada.

A modo de conclusión. La problemática de la escuela rural es común en toda América Latina, aunque las necesidades varían según la característica de cada zona. La exclusión, la falta de equidad y calidad en la educación es un tema que preocupa a todos. El diálogo y la colaboración entre organismos gubernamentales y no gubernamentales permite intercambiar opiniones, construir consensos e implementar acciones más eficaces. Las organizaciones no gubernamentales cumplen una tarea importante frente a estos problemas tratando de ayudar a los niños, maestros y a la comunidad educativa mediante distintos sistemas. El padrino de escuelas y de proyectos productivos que le permitan el autoabastecimiento del comedor escolar, la diversificación de la alimentación y el aprendizaje de un oficio para una futura salida laboral, evitando el desarraigo, es una estrategia que se ha implementado en Argentina en el marco de una Mesa de Organizaciones del Programa de Escuelas Solidarias del Ministerio de Educación.

Educación en bioética

José Eduardo de Siqueira (Brasil) -
Universidade Estadual de Londrina

La educación en bioética en América Latina se encuentra actualmente en una etapa incipiente y carente de uniformidad. La búsqueda de soluciones a este desafío tendrá que pasar no solo por la reestructuración del aparato académico, sino también por una nueva metodología de educación en bioética, adecuada a las discusiones planteadas por una sociedad marcada por el pluralismo moral. El tradicional modelo deontológico de inspiración kantiana se ha tornado insuficiente para atender la necesaria formación integral de los egresados de nuestras universidades, ya que perdió la capacidad de respuesta para los dilemas morales presentados por los avances de la ciencia. Basta que consideremos las tomas de decisiones con relación al aborto, a la eutanasia, a la asignación de presupuestos escasos en salud y las investigaciones con células troncales de origen embrionario, considerando tan solo la temática de la biomedicina.

Desarrollo moral y educación. Numerosos autores que trabajan en el tema de formación ética en diferentes áreas del conocimiento consideran que el carácter moral básico del estudiante ya estaría estructurado antes del ingreso en la universidad. Entienden, por tanto, que la educación en ética no debe ser pensada para mejorar el carácter moral de los futuros profesionales, sino como instrumento para proporcionar a aquellos que ya lo poseen, conocimientos intelectuales y habilidades que les permitan el mejor desempeño ético posible. Las evaluaciones del comportamiento humano, así percibidas, son efectuadas teniendo como base la teoría del desarrollo de las actitudes morales propuesta por Lawrence Kohlberg. Tres serían los niveles recomendados por el autor para conocer la cognición moral de las personas: preconventional, convencional y posconvencional. Estos tres niveles contienen en total seis etapas diferentes. Las manifestaciones más elementales de moralidad, etapas 1 y 2, se limitan a obedecer órdenes emanadas de autoridades superiores, así como a evitar puniciones y efectuar acciones para satisfacer intereses propios. Las etapas 5 y 6 de la clasificación, las más elevadas y contenidas en el nivel posconvencional, serían observadas en el comportamiento de individuos que reconocerían derechos y normas aceptadas autónomamente por cada persona, y adoptarían principios éticos universales de justicia escogidos con libertad de cualquier imposición, lo que caracterizaría la más elevada expresión de moralidad. Es importante considerar, sin embargo, que ni el mismo Kohlberg consiguió identificar en sus estudios a

individuos en la etapa 6, lo que aclararía su decisión tardía de retirarla de la clasificación original. Según Kohlberg, las personas evolucionarían dentro de estas etapas a medida que maduran. Una vez alcanzado determinado nivel, no sería posible cualquier regresión a etapas anteriores, pues él pensaba que era imposible para el ser humano perder la capacidad cognitiva ya adquirida. Kohlberg compara la evolución por las distintas etapas al acto de subir una escalera, escalón por escalón, no siendo concebible, según él, saltar cualquiera etapa. Si el carácter moral básico del estudiante universitario está parcialmente estructurado antes de ingresar a la facultad, es imperioso reconocer que una significativa parte de su formación moral será adquirida o enriquecida durante la graduación universitaria, lo que seguramente será facilitado por la educación en bioética. La tarea parece tan compleja que algunos discuten la posibilidad real de educar desde el punto de vista de la bioética. Sin duda, el desafío es muy grande, sobre todo si se considera que los cursos universitarios ponen el énfasis en la formación técnica con menoscabo de la humanística.

Educación tradicional y bioética. Una cosa parece cierta; la educación en bioética no es compatible con el modelo de las clases expositivas, en las cuales los temas son expuestos por los docentes como si fuesen verdades absolutas. Es importante considerar que estas clases tradicionales apuntan a realidades distantes de los dilemas que los estudiantes vivencian en la cotidianidad, y a menudo tienen poca o ninguna relación con los conflictos morales que se presentarán en la futura práctica profesional. En este modelo pasivo de enseñanza, los alumnos no son estimulados a reflexionar sobre los diferentes valores morales y a respetar convicciones o creencias personales ajenas. Como resultado, el periodo de instrucción académica se transforma en un ejercicio obsesivo de acumular un montón de informaciones sin la menor preocupación de seleccionarlas y organizarlas. Según Edgar Morin, la universidad está habilitando profesionales de “cabeza llena”, siendo que debería prepararlos para tener una “cabeza lista”, pues más importante que la acumulación indiscriminada de información, es su correcta organización para que lo enseñado adquiera sentido. La atomización del conocimiento no perfecciona; por el contrario, empobrece la formación académica. Como percibió Marcuse, el hombre no es unidimensional por más que los economistas así lo quieran. Para ser buen médico, juez, químico o ingeniero naval, en una sociedad plural y carente del ejercicio de la ciudadanía, es insuficiente dominar tan solo las técnicas de un área especializada del conocimiento, pero es imprescindible ser igualmente competente en el saber de humanidades

y ser capaz de acoger la argumentación del otro. Por eso juzgamos fundamental la introducción de la bioética como materia de educación en cualquier curso de formación profesional. Lo mejor sería que fuese ofrecida transversalmente, a lo largo de toda la formación universitaria. Si no es posible esta forma de inserción, que al menos sea materia obligatoria con carga horaria suficiente para debatir los problemas morales emergentes y persistentes habituales en el ejercicio de cualquier profesión. Hay cuatro posibles modelos de educación en bioética para ello: doctrinal, liberal, deliberativo e hipercrítico.

1. Modelo doctrinal. Tiene su énfasis en verdades indiscutibles. Nos presenta proposiciones como dogmas de verdades, cuyos contenidos son considerados, a priori, correctos. Es un discurso de reglas que provienen de una autoridad superior y, por tanto, no admiten discusión o deliberación. Ejemplos paradigmáticos del modelo doctrinal de educación en bioética se ven expresos en el *Manual de Bioética* de Elio Sgreccia. Con respecto a la licitud de los medios para la obtención de semen para fertilización humana artificial homóloga propone que “en lo que refiere a la masturbación, es seguro, por sí solo, que es intrínsecamente un acto inmoral”. El vínculo moral entre sexualidad, procreación y acto conyugal fue confirmado por la instrucción *Donum Vitae* de la Congregación para la Doctrina de la Fe de 22 de febrero de 1987, en la que se condena cualquier método artificial contraceptivo o de fecundación asistida, incluso la homóloga. El modelo doctrinal tiene como pretensión dictar normas morales con aplicación en bioética. Es claramente unidireccional, asimétrico y heterónomo, ya que no posibilita deliberar sobre valores morales, a priori, considerados irrefutables.

2. Modelo liberal: Este modelo proviene del liberalismo anglosajón. Las personas son consideradas sujetos morales, libres, autónomos e iguales. De ahí se afirmó el concepto de que todo debe ser hecho con respeto incondicional a la autonomía personal, así como que los acuerdos morales deben resultar de contratos entre los sujetos involucrados en cualquier toma de decisiones. El Estado debe estar presente solo para proteger los intereses de los ciudadanos en las tomas de decisiones según sus valores morales propios. La recomendación es que se debe buscar la máxima neutralidad en cuestiones morales, circunscribiendo las decisiones a la esfera privada de las personas y sus agrupamientos morales. El modelo liberal juzga que no cabe debatir sobre valores porque ellos son siempre relativos. Ese modelo se limita a exponer las diferentes posturas morales, pero sin valorarlas. Es lo que fundamenta las recomendaciones de

Tristram Engelhardt en *Fundamentos de Bioética*, donde describe dos esferas distintas de moralidad: la moralidad secular general y las moralidades de comunidades morales particulares. Engelhardt creó la interesante figura de los “amigos y extraños morales”. Cada cual con sus moralidades propias, insertados en agrupamientos morales distintos, que estiman como injustificable el deliberar sobre valores morales ajenos.

3. *Modelo deliberativo*. El modelo deliberativo o de la comunidad de argumentación tiene en la contemporaneidad dos representantes fundamentales: Kart-Otto Apel y Jürgen Habermas. Ellos elaboraron la ética discursiva como un modelo teórico que pretende no solo aclarar las condiciones de comprensión intersubjetiva, sino también demarcar los postulados pragmáticos de los acuerdos morales. El modelo habermasiano, contenido en la ética del discurso, se desplaza de lo individual a lo universal, de lo contingente a lo necesario, de la simple alocución al diálogo por medio de un proceso dialéctico que no separa ninguna de las partes involucradas en la práctica discursiva, mucho menos las de contenidos contradictorios. Habermas se distancia del paradigma de la relación sujeto-objeto, del modelo doctrinal, engendrando otro que privilegia la relación comunicativa entre las partes involucradas en el proceso del diálogo. El acuerdo obtenido en la ética del discurso no niega la racionalidad científica, pero intenta trascender la proyección hecha desde el punto de vista de la simple autorealización personal del modelo liberal. La deliberación es presentada como el mejor instrumento para obtener los acuerdos intersubjetivos, así como el criterio lo más legítimo de encuentro del consenso en un proceso de búsqueda de soluciones morales revestidas con la máxima prudencia y coherencia posibles entre los múltiples fragmentos de experiencias humanas. En síntesis, es el único camino válido para obtener soluciones negociables entre personas con capacidad de reflexionar, argumentar y accionar. Más allá de las proposiciones individuales que ambicionan imponer verdades subjetivas, están las que deben legitimarse por el proceso de la deliberación conjunta obtenida sin deformaciones internas o externas. Así, el concepto de razón no está centrado en el sujeto aislado, como ocurre en el modelo liberal, ni en cosmovisiones trascendentes del modelo doctrinal, sino en lo que resulta de las argumentaciones expresadas libremente por todos los involucrados en una comunidad discursiva. En consecuencia, obviamente resulta imprescindible que el proceso de la acción comunicativa sea simétrico, horizontal, con respeto a la inclusión de todos los interesados en la búsqueda del acuerdo intersubjetivo. El proceso de deliberación intenta acercar personas con

convicciones, creencias y valores distintos. La educación en bioética propuesta por el modelo deliberativo resalta que todos los interlocutores comprometidos en solucionar conflictos morales –profesores, alumnos y otros protagonistas– tienen que mejorar la capacidad de escuchar y disponerse a comprender los puntos de vista discordantes y aceptar las argumentaciones de todos los miembros de la comunidad real de comunicación en la búsqueda de decisiones razonables y prudentes.

4. *Modelo hipercrítico*. Los representantes más visibles del modelo hipercrítico de educación en bioética son Michel Foucault y Jacques Derrida. Ellos consideran muy controvertible la idea de que se construya una sociedad conformada por acuerdos armónicos entre las personas, como han propuesto Apel y Habermas. Por el contrario, ponen todo en duda, hasta los mismos fundamentos racionalistas y humanistas que sostiene las prácticas discursivas que prometen soluciones razonables resultantes de pactos intersubjetivos con presunciones de ser simétricos. Argumentan que solamente de actitudes hipercríticas y de pequeñas revueltas del pensar cotidiano se alcanzan los cambios necesarios para construir la sociedad humana. Considerando las tres perspectivas de la teoría del conocimiento: la cartesiana (razón formal), la hegeliana (razón histórica) y la nietzscheana (anulación de la razón trascendental), los hipercríticos se hallan más cercanos a la última. Foucault argumenta que las estrategias dialécticas utilizadas en el modelo deliberativo son, tan solo, “armas del poder” de los más fuertes para imponer sus ideas. Parece ineludible que vivir en comunidad es experimentar en lo cotidiano acciones de unas personas sobre otras. Según él, concebir la sociedad humana sin relaciones de poder es una abstracción. Foucault se guía por la perspectiva de que más importante que preguntar qué tipo de enunciado en educación alcanza el criterio de verdad, es imperioso que se establezcan los principios sobre los cuales se hacen los enunciados, considerando siempre lo que puede estar oculto, disimulado en el horizonte de la práctica discursiva. Devela en la educación una realidad selvática, llena de peligros y dificultades, donde prevalecen las postulaciones de los que detentan el poder; en el caso de la enseñanza, las creencias y opiniones de los profesores. La idea central de sus escritos es que ninguna práctica discursiva o pedagógica es intrínsecamente liberadora.

Conclusión. Para que se alcance, en el campo de la bioética, que es ética aplicada, un modelo de educación que aspire a ser lo más universal y plural posible, hay que guardar distancia de los modelos doctrinario y liberal. De igual modo, hay que

entrenarse en el ejercicio de la deliberación sobre problemas morales o habermasiano según la propuesta de Habermas. Pero dejar de considerar los alertas de Foucault respecto a las posibilidades de prácticas educativas engañosas y asimétricas que están presentes en lo cotidiano de nuestras escuelas, sería seguramente una actitud ingenua o inconsecuente, por decir lo mínimo. En conclusión, de los cuatro modelos introducidos es el propuesto por Habermas el que presenta mejores condiciones para favorecer la educación más adecuada en bioética. Más importante, por tanto, que ofrecer a los estudiantes modelos de moralidades absolutos, será tornarlos capaces de gestionar el arte de deliberar con prudencia frente a conflictos de ideas que emergen del pluralismo moral de la sociedad posmoderna.

Referencias

- H. T. Engelhardt. *Fundamentos da Bioética*, São Paulo, Edições Loyola, 1998. - M. Foucault. *Microfísica do Poder*, Rio de Janeiro, Editora Graal, 1984. - D. Gracia. La enseñanza de la bioética, en *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de bioética en la OPS*, Santiago de Chile, Organización Panamericana de la Salud, 2004. - J. Habermas. *Teoría de la acción comunicativa*, Madrid, Taurus, 1987. - L. Kohlberg. *Essays on moral development: the psychology of moral development*, New York, Columbia University Press, 1989. - E. Morin. *A cabeça bem feita*, Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2001. - E. Sgreccia. *Manual de Bioética*, São Paulo, Edições Loyola, 1996. - J. E. Siqueira. Estructuración del discurso bioético: comunicación y lenguaje, en *Estatuto Epistemológico de la Bioética*, México, Universidad Nacional Autónoma de México y Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética de Unesco, 2005.

Dignidad humana

El reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana es la base de la libertad, la justicia y la paz en tanto fines de los pueblos de las Naciones Unidas, según expresa la Declaración Universal de Derechos Humanos (v. *Dignidad humana*). Esa dignidad es en principio un concepto *necesariamente* vago en tanto no tiene deliberadamente definición alguna. Pero esto no le hace incoherente ni inútil. La *necesidad* de la Asamblea de las Naciones Unidas de no tomar partido alguno acerca de una definición de dignidad humana se basó en el hecho de evitar una cuestión de 'principios', sobre la cual había diferencias entre los Estados miembros, pero aceptando la coincidencia de todos los estados en el *uso universal* del concepto. Ante las atrocidades cometidas durante la Segunda Guerra Mundial, el concepto de dignidad humana apareció claro y preciso para todos y cada uno de los presentes en un sentido *formal* (como el concepto de justicia en Aristóteles), aunque desde diversas perspectivas *materiales* (unos pensaban en las atrocidades de los nazis, otros en las de los comunistas, otros en las de los japoneses, etc.). Se trató entonces de una *definición implícita*. Y si bien en ese sentido la dignidad humana aparece como algo abstracto e indeterminado, no por ello resulta incoherente en su origen ya que emerge estrechamente ligada a unos hechos históricos y sociales que la inundan de lógica, racionalidad y prudencia. Ese carácter abstracto e indeterminado del concepto, como necesidad de un consenso formal entre las naciones signatarias de la Declaración Universal de Derechos Humanos, postula simultáneamente la necesidad de una determinación material concreta por los diversos actores según los contextos históricos, sociales, culturales y religiosos de cada uno de ellos. Estos actores darán precisión y claridad al concepto en su uso. De allí que el concepto de dignidad humana alcanza el mayor grado de coherencia y utilidad imaginable para un análisis ético. Así, la ética de la dignidad presupone, con su reconocimiento de los otros como actores posibles y necesarios, un progreso moral. Esta dignidad, hay que decirlo, solo puede aprehenderse desde la indignación.

El lugar de la indignación en bioética. La indignación es fuente primaria de la moral y razón de ser de las exigencias éticas reconocidas en justicia por los Derechos Humanos. Es el punto en que nuestros juicios de realidad se vuelven universales ya que solo por la autoestima proyectada en y desde

la estima hacia los otros-nosotros somos capaces de indignarnos. Toda ética, cualquier ética—sea o no de la medicina y las ciencias de la vida—, requiere no solo el *saber*, sino también, y sobre todo, el dar cuenta de si miramos al mundo en el que vivimos con la *voluntad* o el *querer* comprender y actuar para cambiar una realidad indignante y por ello injusta. Porque la indignación reclama por el valor incondicionado de lo humano y puede explicar a cualquiera en qué consiste aquello que llamamos la dignidad humana (que es nuestra y de los otros). La razón más válida habrá de ser entonces aquella que originada en las convicciones intuitivas y emotivas sobre el valor humano se sujeten a la prueba de su reconocimiento racional, esto es, a la demostración (objetiva) de que una exigencia moral merece su reconocimiento universal. La bioética ha de tener en cuenta esa diferencia importante a la hora de responder a sus problemas. Una diferencia que supone la práctica de una ética visible no solo en la indignación como señal de ejercicio de la capacidad valorativa sobre el mundo, sino asimismo en la denuncia como práctica de la virtud del valor. La capacidad de valorar lo bueno y lo malo se pierde cuando alguien tiene una respuesta moral anticipada a la posibilidad de criticar radicalmente los hechos de la realidad del vivir. La virtud del valor para defender la causa de los débiles se pierde cuando uno se convierte en intelectual al servicio de la ideología de los poderosos. Una bioética que carezca de indignación y de valor no puede ser otra cosa que falso discurso moral. El desafío de practicar una bioética verdadera nos exige alcanzar una conciencia crítica sobre la vida y el vivir que tenga su origen en la intuición sensible y emotiva de lo indigno y se proyecte en la voluntad racional de lograr un acto de justicia. Es por eso que la bioética en América Latina no puede sino tener su punto de partida en la dignidad humana y en los actos reivindicativos de la misma a los que nos conduce toda indignación.

Orígenes religiosos y filosóficos del concepto. El término dignidad tiene su tradición más antigua en las grandes religiones que con la doctrina de la *Imago Dei* trazaron un universo de semejanza para todos los individuos humanos (y su diferencia con el mundo de los animales). Así, el cristianismo ofreció una concepción universal de la condición humana en el amor de unos a otros como cumplimiento de la ley, tal como aparece en la *Epístola a los Romanos*. Sin embargo, pese al progreso moral al que las religiones monoteístas contribuyeron con el concepto de

dignidad, la historia misma de las religiones trazó los límites que tendría su expansión de significado. Junto a las concepciones religiosas, desde su origen la tradición filosófica afirmó asimismo esa visión de una condición universal del hombre que le otorgaba un lugar, un merecimiento y un respeto de sí mismo y de los otros como característica distintiva de la especie humana. Esto fue así tanto en la filosofía y la medicina griega clásica como en la filosofía y la medicina romana. Tanto en el término griego *dikaíos* como en el término latino *dignus* hay un significado de 'igual', 'del mismo precio', 'del mismo valor que tal cosa', y de allí recíprocamente de 'justo' y 'merecedor de'. La 'naturaleza justa' –*dikaíē phýsis*– habla del lugar natural que las cosas ocupan, como cuando un hueso fracturado vuelve a su lugar. Y en Cicerón se conjugan estos sentidos de lo digno como merecedor y lo justo como decente en lo que comenzará a ser una distinción de la dignidad según el significado secular del *Jus gentium* o el *Jus humanum* y de la dignidad según el significado religioso. Ese tránsito de la significación religiosa de la dignidad a su significación secular comenzó a tomar mayor cuerpo aún durante el humanismo renacentista (v. *Humanismo y dignidad*).

Del humanismo renacentista a la Ilustración. Será Pico della Mirandola, con su oración sobre la dignidad –*De dignitate hominis*– el que habría de profundizar esa nueva visión renacentista. A Pico no le convence que la magnificencia del hombre se deba a que sea un intermediario entre las criaturas, cercano a los dioses, dueño de todas las criaturas inferiores, con la agudeza de sus sentidos y su razón y el brillo de su inteligencia para interpretar la naturaleza. Para él se trata de que Dios hizo al hombre –tanto en Moisés como en el *Timeo* platónico– una criatura indeterminada e indiferente, sin lugar fijo para vivir ni forma o función alguna, aunque con ello y a la vez le otorgó la posibilidad para que, de acuerdo con su deseo y su juicio, pudiera tener el lugar, la forma y la función que quisiera. Todas las otras cosas tienen una naturaleza fija y limitada pero el hombre con libre elección y dignidad puede llegar a serlo todo. Por tanto, considerando que hemos nacido con esta condición y que podemos elegir ser lo que queramos, debemos ser muy cuidadosos con esta condición para que nunca pueda decirse que habiendo nacido en una posición privilegiada hemos fallado en realizarla y hemos llegado a ser animales o bestias. Sobre todo, debemos hacer que esta libertad de elección que Dios nos ha dado no se convierta en algo dañino porque ha de entenderse que se nos ha dado para nuestra ventaja. Pero en cualquier caso, hay una nota en toda su visión que merece destacarse como característica de lo que la dignidad sea y que la diferencia del respeto de la

autonomía: la 'autoestima' o 'autorrespeto', acompañada de la responsabilidad en la libertad de elección. Durante la Ilustración, la creencia en el sentido común como vía de acceso a la verdad hará que se universalice más ampliamente el sentido de la dignidad al dejar de lado la autoridad heterónoma de las creencias religiosas para reemplazarla por la autoridad de la razón autónoma. David Hume trata la cuestión de la dignidad de la naturaleza humana tanto en su visión de *Of the Dignity or Meanness of Human Nature (Sobre la dignidad o miseria de la naturaleza humana)*, como en el conjunto general de sus ideas morales. La dignidad se presenta para él como una cuestión que divide a los filósofos entre aquellos que exaltan la naturaleza casi divina del hombre y quienes por el contrario ven en el mismo a un ser sin otra diferencia que la vanidad. Es verdad –nos dirá– que un sentido delicado de la moral le da al hombre un gran disgusto respecto al mundo como para considerar el curso de los asuntos humanos con gran indignación. Sin embargo, el bien y el mal morales son el placer o el dolor de la conformidad o inconformidad de nuestras acciones voluntarias con alguna ley o regla moral (la ley divina, la ley civil o la ley filosófica). Y la virtud y la alabanza –en su relación con la dignidad y con Dios– tienen una relación tan estrecha que se las ha designado con el mismo nombre. Hume refuerza así la idea compleja de una relación entre partes como la dignidad (identidad), la alabanza (integridad) y la virtud (libertad). En Rousseau, la dignidad se asocia a la igualdad social y al trabajo, como ya se había estipulado antiguamente en la tradición bíblica al decir: “*El operario es digno de su salario o de su alimento*”. Puede decirse que así como en Hume se expresa la tradición anglosajona que llevará a destacar el acento de la libertad en los derechos civiles y políticos, en Rousseau puede entreverse en cambio la tradición continental europea que acentuará la igualdad constituyente de los derechos económicos, sociales y culturales.

La dignidad humana en la filosofía kantiana. Kant ofrecerá una alternativa filosófica en la que la dignidad humana se muestre con pretensión de síntesis trascendental. Así, el imperativo universal del deber se formulará diciendo: “*Obra como si la máxima de tu acción debiera tornarse, por tu voluntad, ley general de la naturaleza*”. El problema de la moralidad pasará a ser entonces, para Kant, el problema del *fin* en tanto fundamento objetivo de la autodeterminación de la voluntad como facultad de los seres racionales. El *medio* es el fundamento de la posibilidad de la acción, pero que una acción sea *posible* no dice nada acerca de si esa acción es *debida* por lo cual ha de diferenciarse al *fin de los medios*. Los imperativos

hipotéticos (técnicos, pragmáticos) están fundados en fines relativos que se basan en la facultad de desear del sujeto y que dan lugar a principios prácticos *materiales*. Pero para alcanzar un principio universal válido y necesario para todo ser racional, esto es un principio práctico *formal*, debemos abstraernos de todos los fines subjetivos. Llegados a este punto, Kant habrá de suponer que si hay algo *cuya existencia en sí misma* posea un valor absoluto, algo que sea *un fin en sí mismo*, allí podríamos encontrar el fundamento de un posible imperativo categórico o ley práctica. Y su respuesta habrá de ser que el hombre y en general todo ser racional existe como fin en sí mismo y no sólo como medio para una u otra voluntad. Este será el núcleo de la dignidad humana en Kant. La naturaleza racional existe como fin en sí mismo y de ese modo el imperativo práctico se habrá de formular diciendo: “*Obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin al mismo tiempo y nunca solamente como un medio*”. En esta perspectiva, para Kant cada cual ha de esforzarse en lo que pueda por fomentar los fines ajenos pues los fines de los otros han de ser en lo posible *mis fines*. La idea de la voluntad de todo ser racional como voluntad legisladora universal es apta para el imperativo categórico porque *no se funda en interés alguno* y es de todos los imperativos posibles el único incondicionado. Este principio se llama de *autonomía de la voluntad*: “*El principio de la autonomía es, pues, no elegir de otro modo sino de este: que las máximas de la elección, en el querer mismo, sean al mismo tiempo incluídas como ley universal*”. Ese ser racional, autónomo en tanto *universalmente legislador* para juzgarse a sí mismo, se conduce en el *reino de los fines* donde los distintos seres racionales se encuentran enlazados por leyes comunes de tratarse a sí mismos y a todos los demás como fin en sí mismo y nunca como medios. La moralidad es toda acción que hace posible el reino de los fines. La moralidad y la humanidad, en tanto esta es capaz de moralidad, es lo único que posee dignidad. Si el imperativo categórico determina todos los valores, ese imperativo como ley determinante debe tener dignidad o sea un valor incondicionado que merezca *respeto*. *Respeto* es la conciencia de determinación de la voluntad por el imperativo categórico y es por eso que el respeto es el efecto que causa el imperativo sobre el sujeto y no una causa. El respeto a una persona es el respeto al imperativo categórico (la ley) del cual esa persona nos da un ejemplo de su objetividad.

Crítica de la pretensión de remplazar dignidad por autonomía. Se ha querido sostener que el concepto de dignidad es un concepto inútil en bioética y que debería ser remplazado por el principio de autonomía. Pero en lo poco que hemos dicho sobre

la noción kantiana de dignidad humana ya puede advertirse qué lejos estamos de su posible reducción a respeto de la autonomía entendida en el sentido que el pragmatismo liberal le ha dado. Cuando se dice en Kant que la *autonomía* es el fundamento de la dignidad de la naturaleza humana y de toda naturaleza racional, se está muy lejos del sentido reduccionista que deja fuera todos los conceptos básicos que otorgan sentido a la filosofía kantiana. Si no se consideran, entre otras, la distinción entre precio y dignidad, entre fines subjetivos y objetivos, entre legislación universal y razón individual, entre racionalidad y razonamiento subjetivo, entre fines y medios, entre humanidad y egoísmo, entre reino de los fines y reino de los intereses, entre respeto y obligación, ¿de qué se puede estar hablando al decir principio de respeto de la autonomía? Respetar la autonomía significará respetar la libre determinación de los otros, pero respetar la dignidad humana significará mucho más al implicar el respeto de sí mismo entendido como la búsqueda de los fines que nos hacen ser verdaderamente humanos. Por eso la dignidad no permite ser atrapada al modo de un concepto categorial, dado que la *valoración* del sí mismo –del fin en sí mismo–, que conduce al reconocimiento de un *deber* determinado, sólo se reconoce en la acción de hacer efectivo en el mundo el valor percibido. La imposibilidad racional de todo sistema que pretende dominar la esfera de la voluntad en su acción valorativa radica precisamente en que esta acción es constituyente de la condición del ser humano que se expresa por su dignidad. El respeto de la autonomía entendida como elección individual subjetiva y como sinónimo del respeto de la dignidad (al modo pragmático liberal), promete un mundo sin cambios y por tanto la continuidad de un mundo injusto. El concepto de la libertad es la clave según Kant para explicar la autonomía de la voluntad. Y admitiendo las dificultades de distinguir entre libertad, autonomía y moralidad, le atribuye a la idea de libertad el que todo ser racional, perteneciente por tanto al mundo inteligible, no pueda pensarse sino con independencia de las causas determinantes del mundo sensible. Pero el ser racional que tiene conciencia de pertenecer al mundo inteligible no puede sino tener conciencia de sí siendo a la vez parte del mundo sensible y sometido a la ley natural de los apetitos e inclinaciones (v. *Necesidades en salud*). Si no fuéramos más que parte del mundo inteligible, entonces todas nuestras acciones *serían* siempre conformes a la autonomía de la voluntad, pero al intuirnos como parte del mundo sensible nuestras acciones *deben* ser conformes a esa autonomía. Sin embargo, la libertad resulta ser solo una *idea* de la razón –dice Kant–, cuya realidad objetiva es en sí misma dudosa dada la

aparente contradicción entre libertad y necesidad natural: “La razón práctica no traspasa sus límites por pensarse en un mundo inteligible; los traspasa cuando quiere intuirse, sentirse en ese mundo”. Porque, finalmente, la libertad siendo no sólo posible sino también necesaria para la razón, no puede ser explicada por esta y ese habrá de ser el límite de la investigación moral. El imperativo moral no se concibe como necesidad práctica incondicionada de ser; sin embargo, el imperativo moral no puede dejar de concebirse por la imposibilidad misma de no concebirlo (no hay modo posible de pensar la moral si no es desde la idea de alguna condición absoluta y universalizable). Admitimos que la esfera práctico-subjetiva pueda tener una dimensión no imperativa, pero no podemos suponer que la esfera práctico-moral no se constituya sobre un

valor objetivo, absoluto e incondicionado como el de la dignidad humana (v. *Vida, cuerpo y dignidad*). El problema último que la libertad en su diferencia con la autonomía y en su conceptualización en sí le presenta a Kant se convertirá treinta años después en uno de los núcleos centrales de la filosofía de Hegel. Los fines de los hombres considerados aisladamente no pueden permitirle a la humanidad alcanzar su destino último como fin en el conjunto de su especie y por eso es que la naturaleza humana resulta más digna de ser amada en las relaciones mutuas de pueblos enteros. La tácita presunción de un sistema internacional de respeto de obligaciones universales ya está presente como camino posible.

[J. C. T.]

Dignidad humana

Juliana González Valenzuela (México) -
Universidad Nacional Autónoma de México

“Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos...” (Declaración Universal de los Derechos Humanos).

Concepto y definición de dignidad. El concepto de dignidad está en el centro mismo de los Derechos Humanos. La dignidad intrínseca es invocada en todas y cada una de las declaraciones universales, y muy señaladamente en las que competen a la bioética y aprobadas por la Unesco: la del Genoma Humano, la de los Datos Genéticos Humanos. La más reciente, sobre Bioética y Derechos Humanos, ocupa un lugar central en las reflexiones éticas actuales y en la consideración de la naturaleza humana. Es una referencia obligada para la bioética, aunque es un concepto que carece de un significado claramente definido. Como lo señala la *Encyclopedia of Bioethics*: “Pocos términos o ideas son más centrales para la bioética y son menos claramente definidos que el de dignidad humana”. Etimológicamente, dignidad viene del latín *dignus*, *dignum*, que corresponde, en griego, a *axios*: valioso, apreciado, precioso, merecedor. La dignidad es equivalente a “valor”, a cualidad o a estatus, y se refiere por tanto a lo que merece estimación y honores. En la antigüedad tuvo, ante todo, este último sentido: era el mérito y valor, moral o social, de unos cuantos hombres “dignos”, incluso los que llegan a ser “dignatarios”. Para el cristianismo medieval, en cambio, la dignidad es atributo de todos los seres humanos porque son creados a imagen y semejanza de Dios. Pero son dos las nociones acerca de la dignidad

humana que subyacen en las concepciones filosóficas de la ética, de los propios derechos humanos y del humanismo secular. Una proviene del Renacimiento, en que expresamente la dignidad humana es vista como equivalente a la propia condición libre del hombre, al hecho de que él se da a sí mismo “su sitio en el mundo” y define su propio ser (Pico Della Mirandola). Dignidad, en este sentido, equivale a libertad. “No te dimos ningún puesto fijo, ni un rostro propios [...] para que tú mismo como modelador y escultor de ti mismo [...] te forjes la forma que prefieras para ti [...] por tu misma decisión” (Oración sobre la dignidad humana). Otra es la concepción kantiana de la dignidad humana. Las cosas, dice Kant, tienen precio, pero el hombre, en cambio, tiene dignidad. Lo que tiene precio es intercambiable, puede ser mercancía, servir de medio para otros fines. La dignidad del hombre implica, por el contrario, que todo ser humano sea fin en sí mismo, insustituible, nunca intercambiable ni tomado como objeto o cosa, como instrumento o mercancía. En eso se cifra su dignidad y esta es intrínseca a todos y cada uno de los seres humanos por el solo hecho de ser humanos. Esto permite apuntar una definición de dignidad como *el valor intrínseco de todo ser humano, en tanto que humano*.

Dignidad, autonomía y persona. En su íntima conexión y correspondencia con otros valores humanos se alcanza la más cabal comprensión de la dignidad; esto es, con los valores o principios éticos fundamentales de la “autonomía”, de la condición de “persona”, de “igualdad” y de “no instrumentalidad”, así como del “respeto”. Todos ellos forman una especie de constelación axiológica por la cual se complementan y esclarecen recíprocamente, revelando aquello que constituye ese

núcleo específico e inviolable de la naturaleza humana, fundamento de todos sus derechos. Autonomía y dignidad son tan cercanas que en muchos sentidos pudieran verse como equivalentes: la dignidad del hombre corresponde ciertamente a esa nota distintiva esencial que es su capacidad de ser autónomo, de darse a sí mismo (*autós*) su propia “ley” (*nomos*), su propio “sitio en el mundo”. Autonomía y dignidad se implican e iluminan mutuamente sin ser por completo idénticas; “autonomía” no dice todo cuanto dice “dignidad”, y esta no hace expreso cuanto expresa “autonomía”. Pero ambas, autonomía y dignidad, son incomprensibles sin la condición de “persona” que define al ser humano. Y lo define al grado de que solo cabe hablar de ser humano en cuanto este es “persona”. Y persona es la forma específicamente humana de individuación, por la cual el hombre posee una singularidad única, irrepetible e insustituible, la cual constituye el centro y origen de sus estados de conciencia, de sus emociones y voliciones, de su identidad irremplazable, en suma. La dignidad equivale al valor intrínseco del hombre, precisamente en tanto que persona. De ahí que la propia dignidad sea lo que cada persona defiende y valora de sí mismo (autoestima) y sea al mismo tiempo lo que debe reconocer y respetar en los otros. Y a diferencia de lo que pudo haber sido en el mundo antiguo, la dignidad es reconocida ahora como valor universal, patrimonio de “la familia humana”, signo de su constitutiva “igualdad”. Somos iguales justamente en dignidad: “*Todos los seres humanos nacen iguales en dignidad*” –afirma categóricamente la Carta de las Naciones Unidas–. Esto significa que la dignidad no la poseen unos hombres y otros no; ella tiene validez ontológica, es definitoria del “ser” hombre y cuenta por igual, independientemente de todas las diferencias, históricas, culturales, físicas, psicológicas, sociales o morales.

Dignidad y respeto mutuo. Como valor intrínseco del ser humano, la dignidad significa el carácter de *fin en sí mismo* (y no de medio para otros fines), que conlleva todo hombre, su no instrumentalidad; aquella condición por la cual no puede considerarse medio, ni objeto, ni mercancía, ni cosa, al servicio de nada ni nadie; su condición esencialmente libre y no esclavizable, no intercambiable. Toda explotación o cosificación del ser humano atenta contra su dignidad o sea contra su propia humanidad. “*Aquello que tiene precio puede ser sustituido por algo equivalente; en cambio lo que se halla por encima de todo precio y, por tanto, no admite nada equivalente, eso tiene una dignidad*” (Kant). Y es evidente que también el “respeto”, comprendido en su sentido básico y esencial se halla necesariamente adherido al valor de la dignidad. Algunos autores consideran incluso que

la dignidad no es otra cosa que el respeto mutuo. La etimología remite al verbo *re-spectare*: mirar de nuevo, mirar desde dentro y hacia dentro, valga decir, desde la propia humanidad hacia la humanidad del otro. En eso se cifra respetar: asumirse a sí mismo o asumir al otro en la esencial dignidad. Todo esto explica que la dignidad humana remita también de un modo u otro a la solidaridad, e incluso a la justicia. La libertad implica de hecho la responsabilidad y con ella el cuidado del otro. Derecho y deberes van juntos. “*La dignidad humana debe ser interpretada a la luz de los dos requerimientos de la libertad y de la solidaridad*”, dice un texto del Comité Internacional de Bioética de la Unesco. Hay quienes consideran que la autonomía está más cerca de la responsabilidad de las personas; y la solidaridad, de la dignidad. Se advierte entonces, con claridad, que todo este conjunto de valores que gravitan en torno a la dignidad son valores fundamentales de la bioética. Ellos están presentes en todas las cuestiones éticas relativas al *bios*, a la vida y, en especial, al trato con ella que tienen la biomedicina y la biotecnología contemporáneas.

Referencias

- Roberto Andorno. *Bioética y dignidad de las personas*, Madrid, Tecnos, 1998. - Giovanni Pico Della Mirándola. *Oración sobre la dignidad humana*. - J. González. *Genoma humano y dignidad humana*, Barcelona, UNAM, Anthropos, 2004. - E. Kant. *Fundamentación a la metafísica de las costumbres*. - Carlos Nino. *Ética y derechos humanos*. Buenos Aires, Astrea, 1989. - Jürgen Habermas. *El futuro de la naturaleza humana*, Barcelona, Paidós, 2002. - Unesco, *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos humanos*, París, octubre, 2005.

Humanismo y dignidad

Christian de Paul de Barchifontaine (Brasil) -
Centro Universitário São Camilo de São Paulo

Crisis del humanismo. Partiendo de la premisa que la bioética, ética de la vida, de la salud y del medio ambiente es un espacio de diálogo transprofesional, transdisciplinario y transcultural en el área de la salud y de la vida –un grito por el rescate de la dignidad de la persona humana dando énfasis en la calidad de vida–, todo proceso de dignidad y humanismo pasa por la protección a la vida humana y su ambiente a través de la tolerancia, del cuidado y de la solidaridad. Pasamos por una profunda crisis del humanismo. Presenciamos a escala mundial grandes transformaciones en varias instancias como economía, política, desarrollo tecnológico, derechos y deberes de los ciudadanos, funciones familiares, salud y supervivencia de muchos pueblos, entre otras. De la globalización excluyente, ¿sería posible pasar a la globalización

de la solidaridad? ¿Qué está ocurriendo a las personas? ¿Dónde está lo humano? El simple estar con el otro, la compasión, la tolerancia, la solidaridad, ¿se hicieron valores desechables que cuentan poco o nada? ¿Hasta cuándo?

El concepto de dignidad. Una persona es digna, o su conducta es digna, cuando sigue los dictados de la racionalidad o los principios de la moral vigentes en el lugar. Digno es el comportamiento adecuado a los ojos del ciudadano honesto. La referencia es al mismo tiempo individual y colectiva, sujeta a la internalización de la ley del padre (superego), aunque pueda surgir cierto desnivel entre las dos evaluaciones, desnivel tributario no solo del carisma o del capricho individual, sino también de la educación recibida. La noción de dignidad humana, que varía de acuerdo con las épocas y los lugares, es una idea fuerza que actualmente tenemos y admitimos en la civilización occidental. El concepto de dignidad humana introduce un elemento de orden y de armonización en el conflicto de las relaciones de las comunidades humanas, a través de la tolerancia, del cuidado y de la solidaridad. Esta noción de dignidad como característica común a todos los seres humanos es relativamente reciente, siendo difícil fundamentarla si no es como reconocimiento colectivo de una herencia histórica de civilización, colocándose la cuestión de saber si la dignidad humana no será el modo ético como el ser humano se ve a sí mismo.

Dignidad y supervivencia. El abordaje actual de la dignidad humana se hace, sobre todo, por la negativa, por la negación de la banalidad del mal: es por estar confrontado a situaciones de indignidad o a la ausencia de respeto que se tiene indicio de tipos de comportamiento que exigen respeto. En ese sentido, es fundamental en la definición de los derechos humanos y en el abordaje de nuevos problemas de bioética, en especial en una ética del ambiente, una ética que implica también solidaridad, ya que si la dignidad se relaciona con el respeto, las desigualdades sociales y económicas en las sociedades modernas hacen que una parte de esas sociedades no se pueda respetar a sí misma. Debemos referir también el lugar que el hombre se atribuyó a sí mismo en el ámbito de un mundo “tecnificado”, que perdió la conexión con el mundo sensible, con el mundo vivo, cometiendo actos indignos contra la vida añil, vegetal. En ese sentido, la supervivencia de nuestra especie está asociada a la supervivencia de la naturaleza; de este modo, al alargar el concepto de dignidad, nos disponemos a asegurar la continuidad de los seres humanos en una ética de responsabilidad por el futuro, en un alargamiento no solo de la concepción de lo que es ser humano, sino también

de lo que es la comunidad sin la cual el ser humano no subsiste.

Dignidad y cuidado. La dignidad humana también es un concepto evolutivo, dinámico, abarcador, la toma de conciencia del dominio de todos al género humano confrontado en la comunidad de destino, que se fue alargando a grupos diferenciados, dándoles otro estatuto. Otro elemento en el proceso dignidad y humanismo es la idea de cuidado, que refuerza los campos éticos de atención al singular, abre la participación y la solidaridad, y afecta el modo del mirar con que los otros son vistos. Por ejemplo, la humanización de la salud presupone considerar la esencia del ser, el respeto de la individualidad y la necesidad de la construcción de un espacio concreto en las instituciones de salud que legitime lo humano de las personas involucradas. El presupuesto subyacente en todo el proceso de atención humanizado es facilitar a la persona vulnerada el poder enfrentar positivamente sus desafíos. Este rescate presta atención a varias cuestiones que deben ser consideradas en el tiempo presente, como el avance tecnológico disociado de las percepciones afectivas, la cultura consumista y rápidamente desechable, la insatisfacción con la simplicidad de la vida y la búsqueda constante de emociones fuertes, entre otras. El cuidar humanizado implica, por parte del cuidador, la comprensión del significado de la vida, la capacidad de notarse y comprenderse a sí mismo y comprender al otro, situado en el mundo y sujeto de su propia historia. La humanización en la atención exige esencialmente de los profesionales de la salud, el compartir con su paciente las experiencias y vivencias que resulten en la ampliación del foco de sus acciones restringidas al cuidar como sinónimo de ayuda a las posibilidades de la supervivencia. En otras palabras, ejercer en la práctica el re-situar de las cuestiones personales en un cuadro ético, en que el cuidar se vincula en la comprensión de la persona en la peculiaridad y originalidad de ser. Ante el desafío cotidiano en el cual nos enfrentamos con situaciones indeseables de indiferencia, son imprescindibles la solidaridad y la atención digna con calor humano. Ser sensible a la situación del otro es notar el querer ser atendido con respeto, dentro de un vínculo de diálogo y de intereses compartidos. No podemos olvidar que, en toda relación profesional construida en la confianza, siempre estamos frente a una situación de encuentro entre una competencia y una conciencia. Esto exige, en consecuencia, una responsabilidad y un compromiso ético. En este alargamiento del propio concepto de dignidad humana, como nudo de apoyo de la definición de los Derechos Humanos y de su salvaguarda, hay una ética social que, en el ámbito de la bioética, se actualiza en el acceso equitativo a los cuidados de

salud de calidad apropiada para todos respetando su dignidad.

La dignidad como valor: El término dignidad humana es el reconocimiento de un valor. Es un principio moral basado en la finalidad del ser humano y no en su utilización como un medio. Ello quiere decir que la dignidad humana estaría basada en la propia naturaleza de la especie humana, la cual incluye normalmente manifestaciones de racionalidad, de libertad y de finalidad en sí, que hacen del ser humano un ente en permanente desarrollo en la búsqueda de la realización de sí mismo. Ese proyecto de autorrealización exige, de parte de otros, reconocimiento, respeto, libertad de acción y no instrumentalización de la persona. Esa autorrealización personal, que sería el objeto y la razón de la dignidad, solo es posible a través de la solidaridad ontológica con todos los miembros de nuestra especie. Todo lo que somos se debe a otros que nos antecedieron y nos transmitieron una lengua, una cultura, una serie de tradiciones y principios. Una vez que fuimos constituidos por esta solidaridad ontológica de la raza humana y estamos inevitablemente sumergidos en ella, nos realizamos nosotros mismos a través de la relación y ayuda al otro. No respetaríamos la dignidad de los otros si no la respetásemos en el otro. De este modo, la sociabilidad del ser humano lo funda en dignidad. La persona humana adviene en la comunidad humana. El aislamiento la hace igual a los animales. El proceso de individualización, garantía de la dignidad humana, tiene etapas de socialización hasta lograr la madurez. La comunidad humana confiere a cada ser la capacidad de lenguaje, de dar un nombre a cada cosa, y de estructurar así su agilidad y amplitud de representación simbólica. ¿Qué valor atribuimos a la vida? ¿De qué modo podemos proteger y hacer mejor ese bien? ¿Cómo mejorar nuestra convivencia humana? Si bioética significa fundamentalmente amor a la vida, seguramente nuestras voces pueden convergir hacia estimulantes respuestas para mejorar la vida de nuestro pueblo, como también nuestra convivencia pasando por el respeto de la dignidad de la vida de las personas.

Solidaridad, bien común y tolerancia. Los grandes problemas de la humanidad de hoy, aun sin rechazar la gran contribución que la ciencia y la tecnología pueden dar para superar las condiciones de miseria y de deficiencias de los diferentes géneros, solo serán solucionados a través de la reconstrucción de la comunión humana en todos los niveles, a través de la solidaridad que debe entenderse como la determinación firme y perseverante de empeñarse para el bien común, es decir, para el bien de todos y cada uno, para que todos sean responsables de todos. La tolerancia designa

el hecho de abstenerse de intervenir en las acciones u opiniones de otras personas, aun cuando esas opiniones o acciones nos parezcan desagradables o moralmente reprobables. Así, la tarea cotidiana del cultivo de la tolerancia incluye una actitud proactiva de búsqueda del punto ideal de encuentro con el otro en los momentos de discordancia y enfrentamientos. La tolerancia es una conquista en el camino a la solidaridad, ese lazo recíproco que une personas como corresponsables por el bien de los demás. Con sus sueños de un mundo mejor, la ética puede contribuir mucho en el proceso de humanización, mostrando con argumentos racionalmente fundamentados, parámetros y pistas para una acción que rescata la dignidad del ser humano y propone traer de vuelta hacia el ámbito del humano la sociedad, a pesar de una mentalidad tecno-científica sin sensibilidad humana y de la búsqueda de ganancia sin escrúpulo del paradigma capitalista de la sociedad.

Referencias

Léo Pessini, Christian de Paul de Barchifontaine (Orgs.). *Fundamentos da bioética*, São Paulo, Paulus, 1996. (Nova práxis cristã). - Léo Pessini, Christian de Paul de Barchifontaine. *Problemas atuais de Bioética*, 7ª edición, São Paulo, Loyola e Centro Universitário São Camilo, 2005. - Léo Pessini, Luciana Bertachini (Orgs). *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo, Loyola e Centro Universitário São Camilo, 2004.

Vida, cuerpo y dignidad humana

María Luisa Pfeiffer (Argentina) - *Consejo Nacional de Investigaciones Científicas (Conicet)*

Vida y dignidad. Dignidad humana hace referencia a un principio moral según el cual la persona humana nunca debe ser tratada solo como un medio sino como un fin en sí, es decir que el ser humano no debe ser nunca empleado como instrumento puesto que sería desconocer que es un fin en sí mismo. Que la vida del hombre, independientemente de cualquier enfoque ideológico, cultural o religioso, tenga un valor en sí misma y por sí misma constituye la base y el fundamento para que cualquier otra valoración del ser humano pueda desarrollarse en su proyección personal y social. La vida del hombre no es meramente una suma de fenómenos sometidos a las leyes "físicas" (término que remite al de *Physis*, griego) o naturales, sino que tiene aspectos que tocan a sus relaciones históricas, sociales, psíquicas, religiosas, políticas, familiares, etc., que no pueden pensarse sometidas a determinismos, sino conformes a su capacidad deliberativa y creadora. Todos estos aspectos en que la vida humana se manifiesta exigen un pleno desarrollo

individual y comunitario; solo cumplida esta posibilidad, cada miembro de la sociedad, libre y solidario, alcanzará un pleno reconocimiento de su dignidad por sí mismo y por los demás. Libertad, dignidad y solidaridad son conceptos que se superponen y ninguno puede ser pensado sin relación con los otros. De modo que calificaremos de digna a una sociedad en que la vida humana sea merecedora de obligaciones morales.

La concepción judeocristiana de la dignidad humana. Si bien las culturas han reconocido en la vida un valor básico a promover por su contenido intrínseco, será diferente esa valoración respecto de la vida vegetal, animal o humana. Dignidad se asocia a vida humana en cuanto supone el reconocimiento de un igual y la apropiación de ese reconocimiento como autorreconocimiento. Históricamente se asoció dignidad a excelencia, realce del ser humano sobre los seres que no lo son, fundado en caracteres más o menos trascendentes. El desarrollo del concepto de dignidad está asociado en nuestra cultura a la reflexión judeocristiana sobre el papel del hombre en el pueblo de Dios. El judeocristianismo reconoce la dignidad del ser humano en cuanto ocupa un lugar privilegiado en la naturaleza por haber sido creado a imagen y semejanza de Dios. Esta idea es reelaborada casi textualmente por el evolucionismo, que retoma la sucesión del tiempo como un proceso de perfección de lo creado y establece la supremacía del ser humano en el orden natural, por ser el último escalón del proceso de la naturaleza. Esta concepción es fortalecida hoy por los que proponen un futuro ser humano “mejor”, un superhumano, utilizando la tecnología. La concepción judeocristiana del hombre de la que somos herederos, enaltece al ser humano frente a los demás seres de la naturaleza facultándolo para que los utilice como recursos (o medios) para sostener su vida. Además, promueve un tratamiento específico de respeto, igualdad y equidad entre los mismos hombres en cuanto a que su dignidad es reconocida por Dios como miembro fiel del pueblo elegido. El fiel judío reclama a su Señor el cumplimiento de sus promesas aunque reconoce su indignidad frente a su creador. Si ningún hombre es digno frente a Dios, sí lo es frente a los demás hombres, que deben reconocer esa dignidad como proveniente del núcleo constitutivo de su propio ser, que no puede ser puesto en juego, haga lo que haga. Por ello, para mantenerla no es necesario, aunque sea valioso, apoyarse en exterioridades, porque ningún ejercicio de la dignidad las requiere. También por ello, ningún ser humano pierde su carácter de digno frente a los otros humanos, ni siquiera en el caso que él mismo se considere indigno o inmerecedor de ese respeto. Hay actos aberrantes, situaciones de

sometimiento extremo, condiciones de vida de mera sobrevivencia, en que la dignidad se ve reducida a su mínima expresión, en que el que sufre esas situaciones o actúa de esa manera está en el polo opuesto a la posibilidad de ser libre y solidario, de ser imagen y semejanza de Dios, en que está rozando los límites de lo humano, pero incluso en esas circunstancias puede exigir el respeto que merece todo ser humano por serlo.

La dignidad en Kant. Mientras para el judeocristianismo la dignidad, como todo lo creado, es un don divino, el humanismo que nace de la Ilustración la considera como valor del sujeto que la ostenta, supone un merecimiento que pertenece al ser humano por el hecho de serlo y que se materializa en el respeto propio y ajeno. La dignidad promueve la excelencia o el encumbramiento correlativos a un tal grado de reconocimiento, lo cual permite al sujeto manifestarse como un ser autónomo que se apoya o sustenta sobre sí mismo pero que, al mismo tiempo, exige el reconocimiento del valor de esa subjetividad. Es Kant quien más desarrolla esta idea cuando separa el orden humano y sus leyes del de la naturaleza y sus leyes. Como ser natural el hombre busca su felicidad (cumplir con sus deseos y necesidades) pero para Kant, el hombre tiene otra vocación: ser “digno de ser feliz”, lo cual se logra con el ejercicio de la buena voluntad. Todo ser humano, para Kant, está dotado de dignidad (*Würde*) en virtud de su naturaleza racional. Es la razón práctica, la voluntad, la que debe “hacerse buena” obedeciendo sus propios mandatos que la obligan a la solidaridad, es decir, a establecer una ley buena para todos los hombres. Se ha pensado la voluntad como mero ejercicio de libertad, olvidando el calificativo de buena que le adosa Kant, como el ejercicio de una voluntad individual cuando la voluntad kantiana (la razón práctica) es trascendental, no pertenece a ningún individuo, sino que los trasciende a todos. Esa es la confusión que alienta a ciertos bioeticistas que rechazan el concepto de dignidad como inútil reemplazándolo por el de libertad o derecho: toman como criterio normativo las decisiones de libertades individuales para sí mismas. El resultado es un puro pragmatismo. No es posible pensar la dignidad sin asociarla a la igualdad y la libertad y, en la propuesta kantiana, que recoge los fundamentos del judeocristianismo, sin la solidaridad. Para Kant la dignidad no se identifica con el sentimiento personal de no corrupto, sino con la capacidad racional de ser morales sostenida por la voluntad legisladora de la razón de la que emana el respeto por sí mismo y por el prójimo. Este reconocimiento es incondicional y carece de comparación; nadie es más digno que otro, no hay ningún atributo que confiera mayor dignidad entre los hombres. Y por

ello mismo no puede ser cambiado ni sacrificado so pretexto de que será remplazado por una dignidad o bien superior. Como la dignidad no puede ser calculada, no se puede decir que algunos hombres valgan más que otros. Kant hace referencia a los serviles, lujuriosos, suicidas, mentirosos, borrachos, arrogantes, difamadores, los que se burlan, torturan, realizan fechorías sexuales, que no han respetado ni su propia dignidad ni la ajena, pero que merecen respeto como seres humanos.

Cuerpo y dignidad. Este planteo kantiano ha llevado a la pregunta de si la dignidad es propia de la naturaleza humana o tiene su origen en determinado tipo de relaciones culturales entre los hombres. La misma pregunta proviene de un planteo filosófico que debe reconocer su origen cultural, lo cual no invalida ninguno de sus aportes, que pueden ser adoptados y de hecho lo han sido por otras culturas no filosóficas. Es la filosofía precisamente la que universaliza la condición humana calificando de iguales a todos los que la posean. La dignidad es el reconocimiento de la condición de humano para sí mismo y para los demás como iguales. Esto implica una condición relacional ineludible cuando nos referimos a la dignidad: el reconocimiento del propio valor (esto no tiene nada que ver con la autoestima que es la buena opinión acerca de sí mismo) y del valor de ser humano en los demás y de la exigencia de ese reconocimiento, que deriva en la noción de derecho. Este reconocimiento es incondicional; no hace falta comprobar la condición humana, no hace falta que la misma sea experimentada como tal, no hace falta que haya un sentimiento de humanidad; el reconocimiento de la dignidad que exigimos del otro, y que estamos obligados a ejercer como respeto, no requiere más que la presencia "corporal" humana. Desde aquí se puede asociar dignidad al concepto secularizado de sacralidad del cuerpo. El cuerpo es sagrado en tanto y en cuanto no se lo puede tocar, no se lo puede violar, no se puede penetrar en él: esto es lo que consagra el derecho a la integridad. De modo que la dignidad humana no solo tiene que ver con la identidad del humano sino, tan básicamente como lo anterior, con su integridad.

Dignidad, calidad de vida y derechos. Se ha asociado el concepto de digno al de calidad de vida, en el sentido de que solo sería digna una vida que cumpla con ciertas pautas que la hagan calificada. Si bien se puede aceptar una calificación propia de la vida humana, en cuanto a que es diferente de otros tipos de vida y no puede reducirse, por ejemplo, a la mera supervivencia, la pregunta a responder es por los criterios de calidad. Puede haber un abuso en la concepción de calidad de vida cuando se considera indigna la vida

de alguien que ha perdido o carece de algunas de sus facultades, como sus sentidos, su racionalidad, sus sentimientos, lo cual disminuye a su mínima expresión (nunca anula definitivamente excepto en la muerte) el ejercicio de su expresión, su libertad y su comunicación. También cuando se considera indigna la vida del que sufre atrocemente, del que no puede moverse o hacerlo con dificultades, ni actuar sobre el mundo que lo rodea, ni producir, ni crear. Negar a esas vidas calidad suficiente es condicionar el reconocimiento de la dignidad y afirmar que esos seres carecen de ella, lo cual significa en sustancia que no alcanzan la condición de humanos. La consecuencia inmediata es que esas vidas no merecen la pena vivirse y menos aun respetarse. Cuando afirmamos más arriba que todas las manifestaciones de la vida humana exigen un pleno desarrollo, ello no significa que condicionemos el reconocimiento de la dignidad humana a dicho desarrollo, sino que hay una obligación en cada ser humano como en la sociedad de que necesariamente forma parte, de proporcionar las condiciones para que cada uno pueda alcanzar su máxima expresión de ser, sea cual fuere su condición y reconocer así más plenamente su dignidad y la de los demás. El concepto de dignidad es basal en el momento de pensar en la noción de derecho. En efecto, podríamos reducir el concepto de derecho al de la exigencia del respeto por la dignidad humana en cuanto a la necesidad de que todos y cada uno de los seres humanos pueda alcanzar su plena realización.

Referencias

P Magnard (ed.) *La dignité de l'homme. Actes du Colloque Sorbonne Paris IV*, Nov. 1992, Paris, Champion, 1995. - M. S. Prichard. *Human Dignity and Justice, Ethics*, 82, 1972, pp. 106-113. - T. de Koninck. *De la dignité humaine*, Paris, PUF, 1995. - E. Kant. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Buenos Aires, Espasa-Calpe, 1980. - E. Kant. *Metafísica de las costumbres*, Madrid, Tecnos, 1989.

Crímenes de lesa humanidad

Juan Carlos Tealdi (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

El concepto de crímenes que dañan, ofenden, agravan o lastiman la humanidad en su conjunto es relativamente reciente en la historia; puede decirse que, más específicamente, es una construcción ética y jurídica del siglo XX. El Estatuto del Tribunal Militar Internacional de Nuremberg del 8 de agosto de 1945, establecido para juzgar los crímenes de la Alemania nazi durante la Segunda Guerra Mundial, definió los *Crímenes contra la Humanidad* como las "atrocidades y crímenes, incluidas pero no limitadas al asesinato, exterminio,

esclavitud, deportación, encarcelamiento, tortura, secuestro, y otros actos inhumanos cometidos contra cualquier población civil, o persecuciones sobre bases políticas, raciales o religiosas, hayan sido cometidas o no en contra de la legislación nacional del país donde fueron perpetradas". La Asamblea General de las Naciones Unidas reconoció en 1946 ese concepto como parte del derecho internacional. Posteriormente, esos crímenes fueron considerados en los estatutos de los tribunales penales internacionales para Ruanda y la antigua Yugoslavia, y quedaron definidos en un tratado internacional el 17 de julio de 1998 con la aprobación del Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional. En el Preámbulo de este se señala que en el siglo XX, millones de niños, mujeres y hombres fueron víctimas de atrocidades que conmueven profundamente la conciencia de la humanidad y que esos graves crímenes constituyen una amenaza para la paz, la seguridad y el bienestar de la humanidad.

Actos que se entienden como crímenes de lesa humanidad. El Estatuto de Roma entiende como 'crimen de lesa humanidad' once actos, cuando son cometidos como parte de un ataque generalizado o sistemático contra una población civil y con conocimiento de dicho ataque. Como 'ataque contra una población civil' se entiende una línea de conducta que implica la comisión múltiple de esos actos de conformidad con la política de un Estado o de una organización de cometer ese ataque o de promover esa política. Esos once actos son: 1. Asesinato. 2. Exterminio: comprende la imposición intencional de condiciones de vida, entre otras, la privación del acceso a alimentos o medicinas, encaminadas a causar la destrucción de parte de una población. 3. Esclavitud: se entiende como el ejercicio de los atributos del derecho de propiedad sobre una persona, o de algunos de ellos, incluido el ejercicio de esos atributos en el tráfico de personas, en particular mujeres y niños. 4. Deportación o traslado forzoso de población: desplazamiento forzoso de las personas afectadas, por expulsión u otros actos coactivos, de la zona en que estén legítimamente presentes, sin motivos autorizados por el derecho internacional. 5. Encarcelación u otra privación grave de la libertad física en violación de normas fundamentales de derecho internacional. 6. Tortura: causar intencionalmente dolor o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, a una persona que el acusado tenga bajo su custodia o control; sin embargo, no se entiende por tortura el dolor o los sufrimientos que se deriven únicamente de sanciones lícitas o que sean consecuencia normal o fortuita de ellas. 7. Violación, esclavitud sexual, prostitución forzada, embarazo forzado, esterilización forzada o cualquier otra forma de violencia sexual de

gravedad comparable: entendiéndose por 'embarazo forzado' el confinamiento ilícito de una mujer a la que se ha dejado embarazada por la fuerza, con la intención de modificar la composición étnica de una población o de cometer otras violaciones graves del derecho internacional, pero no se entiende que esta definición afecte a las normas de derecho interno relativas al embarazo. 8. Persecución de un grupo o colectividad con identidad propia fundada en motivos políticos, raciales, nacionales, étnicos, culturales, religiosos, de género: entendiéndose por 'persecución' la privación intencional y grave de derechos fundamentales en contravención del derecho internacional en razón de la identidad del grupo o de la colectividad. 9. Desaparición forzada de personas: la aprehensión, la detención o el secuestro de personas por un Estado o una organización política, o con su autorización, apoyo o aquiescencia, seguido de la negativa a admitir tal privación de libertad o dar información sobre la suerte o el paradero de esas personas, con la intención de dejarlas fuera del amparo de la ley por un periodo prolongado. 10. El crimen de apartheid: son los actos inhumanos ya mencionados cuando son cometidos en el contexto de un régimen institucionalizado de opresión y dominación sistemáticas de un grupo racial sobre uno o más grupos raciales y con la intención de mantener ese régimen. 11. Otros actos inhumanos de carácter similar que causen intencionalmente grandes sufrimientos o atenten gravemente contra la integridad física o la salud mental o física.

Características de los actos. El Estatuto de Roma comienza estableciendo la Corte Penal Internacional con facultades para ejercer su jurisdicción sobre personas que cometan crímenes de lesa humanidad y en modo complementario a las legislaciones penales nacionales, vinculándose por un acuerdo con las Naciones Unidas. La Corte, con sede en La Haya, puede ejercer sus funciones en cualquier Estado parte y, por acuerdo especial, en el territorio de cualquier otro Estado. Cuatro son los crímenes de competencia de la Corte: los crímenes de lesa humanidad, los crímenes de guerra, el delito de agresión y el crimen de genocidio (v.). Con esa diferencia se puede entender que los crímenes de lesa humanidad pueden ser cometidos tanto en tiempo de guerra como en tiempo de paz, haya habido o no agresión militar porque se pueden aplicar incluso a la legislación que se dirija al traslado forzoso de población. Como se ha dicho, los actos tienen que formar parte de un 'ataque contra una población civil', y esta es así considerada aunque haya presencia de soldados en esa población, pero esos actos han de ser generalizados o sistemáticos de modo que los actos dispersos o al azar no llegarían a constituir crímenes de lesa humanidad. No solo el Estado

puede cometer este tipo de crímenes, sino también aquellos individuos que actúen con su consentimiento o instigación y también pueden formar parte de la política de grupos rebeldes a un gobierno.

Los médicos como acusados. El Juicio a los médicos o el 'Caso Médico' fue uno de los juicios de Nuremberg. Designado como "United States of America v. Karl Brandt et al.", fue el Caso No. 1 del Tribunal Militar I, celebrado bajo los auspicios militares de la Declaración de Moscú sobre las Atrocidades Alemanas firmada por Roosevelt, Churchill y Stalin el 1 de noviembre de 1943; la Orden Ejecutiva 9547 del 2 de mayo de 1945 firmada por Truman; y el Acuerdo de Londres firmado el 8 de agosto de 1945 por Estados Unidos, Francia, el Reino Unido y la Unión Soviética. El 20 de diciembre de 1945 se firmó la Ley del Consejo de Control No.10 que establecía el castigo por crímenes de guerra, contra la paz y contra la humanidad. El juicio se abrió el 9 de diciembre de 1946 y se pronunció el 19 de agosto de 1947. El 20 de agosto fue impuesta la pena de muerte por horca a siete médicos: Karl Brandt, Rudolf Brandt, Karl Gebhardt, Joachim Mrugowsky, Victor Brack, Wolfram Sievers y Waldemer Hoven. El veredicto de culpabilidad fue por crímenes de guerra y crímenes contra la humanidad con pruebas documentales de los experimentos médicos. El juicio concluyó con la enumeración de un código de diez puntos sobre ética de la experimentación en humanos conocido como el Código de Nuremberg. El jefe del Consejo de Crímenes de Guerra, brigadier general Telford Taylor sostuvo en su declaración de apertura del Tribunal de Nuremberg: "Los acusados en este caso tienen cargos de asesinato, torturas y otras atrocidades cometidas en nombre de la ciencia médica. Las víctimas de estos crímenes se cuentan por cientos de miles".

La bioética latinoamericana ante los crímenes de lesa humanidad. La bioética tradicional, de corte

angloamericano especialmente, aunque en ocasiones también de corte europeo, ha minimizado o excluido la consideración del derecho internacional de los derechos humanos como parte relevante de su reflexión. Esto se puede observar de un modo más acusado aun en la consideración o no de los crímenes de lesa humanidad como parte del campo de discusión de la bioética. Y esto más allá del origen claramente asociado de la bioética a esa tradición, comenzando por el Código de Nuremberg. En la *Nouvelle Encyclopédie de Bioéthique* dirigida por Gilbert Hottois y Jean-Noël Missa, bajo la entrada 'Droits de l'Humanité', se afirma que la noción de tales derechos resulta vaga, problemática y poco operatoria, aunque no es disociable de la historia de los derechos humanos. Mientras en estos los sujetos pueden ser perfectamente designados por ser miembros de la especie humana, la humanidad como sujeto resultaría más difícil de definir. Estas afirmaciones resultan cuando menos sorprendentes luego de haber enumerado los once actos señalados por el Estatuto de Roma como crímenes de lesa humanidad. Todos ellos definen en modo claro, prescriptivo y operatorio lo que ha de entenderse por humanidad. Todos esos crímenes atentan contra y destruyen los supuestos más elementales de la noción de dignidad humana. Para la teoría y la práctica de la bioética en América Latina, una región en la que se han cometido y se siguen cometiendo estos crímenes fracturando los supuestos más elementales de la moral colectiva, este concepto no puede resultar trivial, sino que se constituye en punto de reflexión constitutivo para la construcción de la misma.

Referencias

- Baltasar Garzón. *Cuento de Navidad. Es posible un mundo diferente*, Ediciones de la Tierra, 2002. - George Annas, Michael Grodin. *The Nazi Doctors and the Nuremberg Code*, New York, Oxford University Press, 1992.

Si bien el término sexo suele expresar diferencias en la configuración física (v. *Sexo y sexualidad*), al hablar de género se considera la identificación psicológica, emocional y sociocultural de los individuos en su consideración como masculinos o femeninos. La identidad de género estable suele atribuirse únicamente a los individuos adultos. Pero el hablar de género conduce a precisar otros conceptos y definiciones próximos a la noción de sexo, de los cuales el término género quiere diferenciarse y cuyo significado se confunde muy frecuentemente en los casos problemáticos en bioética. Las desigualdades de género –y en particular la situación de los derechos de las mujeres– son uno de los mayores problemas de justicia en América Latina (v. *Justicia y Género; Derechos Humanos de las mujeres y Derecho Penal*) donde concurren además otras injusticias: la pobreza, la discriminación de diversos tipos (v. *Sexismo; Homofobia*), la violencia y la muerte (v. *Violencia sexual y femi-ni-cidio*). Los casos de las mujeres asesinadas en Ciudad Juárez y en la Ciudad de Guatemala constituyen un brutal paradigma de la casuística del femi(ni)cidio en América Latina.

La diversidad de 'sexos'. Frente al tradicional y simple supuesto de la distinción binaria del sexo, el intento de encontrar un marco de respaldo empírico a las reflexiones acerca de casos problemáticos sobre sexualidad en bioética se encuentra con una importante diversidad de conceptos y significados para referirse al mismo. Y estos han de ser debidamente considerados. Algunos de ellos, que a continuación mencionaremos, se utilizan más frecuentemente. 1. *Sexo genético* refiere habitualmente a la presencia o ausencia del gen SRY en el brazo corto del cromosoma Y, lo que permite o no el desarrollo testicular. 2. *Sexo cromosómico* indica que siendo que ambos progenitores aportan cada uno una parte a la constitución sexual del nuevo individuo y que en ese sentido la madre siempre aporta un cromosoma denominado X y el padre puede aportar un cromosoma X u otro denominado Y. Los individuos pueden ser XX o XY en su cromosoma sexual. Se define entonces el sexo cromosómico por la presencia o ausencia del cromosoma Y, lo que habitualmente es interpretado como sexo masculino en quienes lo poseen y sexo femenino en quienes carecen del mismo. Pero se han citado casos con cromosomas XX y configuración física masculina con presencia de testículos debido a la translocación del gen SRY en otro cromosoma. 3. *Sexo gonadal* se usa para describir como individuos masculinos a

quienes tienen tejido testicular e individuos femeninos a quienes poseen tejido ovárico. Desde finales del siglo XIX se considera hermafroditas 'verdaderos' a aquellos individuos con ovarios y testículos, hermafroditas 'femeninos' a individuos con tejido ovárico y genitales 'ambiguos', y hermafroditas 'masculinos' a aquellos individuos con tejido testicular y genitales 'ambiguos'. Estas consideraciones se aplican en algunos autores para referirse a estados 'intersexuales'. 4. *Sexo fenotípico interno* indica que durante la vida embrionaria las hormonas secretadas por las gónadas contribuyen a la conformación del fenotipo sexual en el sentido anatómico, inhibiendo o permitiendo el desarrollo del útero y trompas de Falopio, o del epidídimo, los vasos deferentes y la próstata, según los casos. 5. *Sexo fenotípico externo* indica que la secreción de testosterona y su posterior conversión en dihidrotestosterona en los fetos que poseen testículos hace que los pliegues labioescrotales se fusionen para formar el escroto en el cual han de descender los testículos mientras que el falo se desarrolla como un pene en tanto la uretra migra a lo largo del mismo. En los fetos sin testículos funcionales, o enzimas de conversión de la testosterona o receptores hormonales, los pliegues labioescrotales dan lugar a los labios de la vulva y el falo queda convertido en clítoris. Todo esto hace que muy frecuentemente se diga de los niños al nacer que uno es un varón y otro una nena determinando en gran medida el sexo de atribución y crianza por parte de los padres y la sociedad. 6. El término *sexo de atribución* suele usarse antes que el de crianza o educación, dado que con el mismo podemos referirnos tanto a la conducta adoptada por los padres en la identificación sexual de sus hijos desde el momento del nacimiento y posterior crianza con vestidos, juegos, etcétera, así como a la expectativa previa al nacimiento y el deseo tácito o explícito de uno o ambos padres acerca del sexo del futuro hijo. 7. El término '*transsexual*' suele aplicarse a la incongruencia entre sexo y género que se inicia en la niñez o la adolescencia y suele considerarse como '*intersexo*' a aquellas condiciones en las cuales un individuo no sigue en su desarrollo físico los pasos que frecuentemente conducen desde el sexo genético hasta la identificación de género en el individuo adulto.

Más allá de su interpretación –que pueda recibir otros significados– y de la posible reformulación de uno o más de estos vocablos, interesa aceptar la complejidad de un término que se ha querido

entender como simple. Porque junto a la aceptación de esta complejidad estaremos aceptando la diversidad de 'sexos' que supone la palabra 'sexo', sus relaciones y diferencias con la noción de género, y consecuentemente la diversidad y complejidad de las personas sobre las cuales podemos reflexionar bioéticamente. Solo sobre la aceptación de esa diversidad podemos iniciar el camino de una visión éticamente pluralista.

Identidad de género. En 2003 un comité hospitalario de ética en Argentina respondió a la consulta que le había sido presentada por la abogada patrocinante de una persona que solicitaba un cambio de nombre y sexo en su documento de identidad. Se trataba de Pablo, un individuo de 39 años que al nacer había sido inscrito con el nombre Patricia adjudicándosele entonces sexo femenino. En el momento de la consulta se comportaba con pautas de conducta correspondientes al género masculino. Había cambiado el uso de su nombre femenino de documento por el nombre masculino Pablo sin mediar en ello trámite judicial, pero quería peticionar para cambiar su nombre y sexo en el documento de identidad. Para emitir opinión, el comité pidió tener una entrevista con el paciente. En la reunión participaron este, su abogada y dos miembros del comité. Pablo se mostró como una persona equilibrada en el diálogo, que escuchaba con atención las preguntas que se le hacían y respondía a ellas con claridad, seguridad y respeto, reflexionando sobre las cuestiones que se trataban. Pablo tenía una conformación anatómica y fisiológica femenina completa. Su sexo genético, cromosómico, gonadal y su fenotipo interno y externo eran femeninos. Al nacer se le había atribuido sexo femenino siendo criado como una niña por sus padres. A partir de los 5-6 años comenzó a sentir deseos de jugar con juguetes propios de los varones y a expresárselo a su madre. Sus padres no cambiaron la orientación femenina de su educación. Al crecer fue adoptando progresivamente el género masculino. Esto le llevó a situaciones repetidas de padecimiento social. Al buscar trabajo o al realizar trámites en lugares públicos, como bancos y oficinas administrativas mostrándose con vestimenta y signos externos masculinos, atravesaba situaciones de extrema violencia psicosocial al presentar su documento con nombre y sexo femenino. Pablo fue intervenido con una cirugía reductora de sus mamas. Al preguntársele por su deseo de realizar o no una cirugía de corrección de genitales externos, expresó que no estaba en su deseo, pero que si un juez se lo solicitara para autorizarle el cambio de nombre y sexo no tendría inconveniente en efectuarla. A los miembros del comité les resultaba inaceptable que una persona debiera someterse a una operación

cruenta, que no deseaba libremente, debido al vacío legal existente. El comité de ética, luego de desarrollar diversas consideraciones y fundamentos entendió que la solicitud de Pablo del cambio de nombre en su documento de identidad estaba éticamente justificada, pero que no podía opinar lo mismo respecto del cambio en la denominación de su sexo en el documento de identidad en el marco jurídico existente entonces en el país. Le resultaba problemático a los miembros del comité de ética, que no eran juristas especializados, el comprender cuestiones ligadas a la maternidad en la atribución de sexo masculino a un individuo con capacidad reproductiva femenina completa, ante la legislación vigente que atribuía maternidad a quien diera a luz y paternidad al individuo masculino que reconociera como suyo a un recién nacido. Pero el comité entendía que el caso de Pablo desafiaba los conceptos jurídicos y morales habituales y que desde el campo normativo legal debían generarse nuevas figuras jurídicas que pudieran dar respuesta a dichas situaciones. La recomendación final, dirigida a quienes fueran a entender jurídicamente en el caso, era que consideraran que la petición de Pablo tenía una indudable fuerza y consistencia moral y que le cabía al Estado encontrar el procedimiento normativo para que estos casos –aunque poco frecuentes– tuvieran una respuesta que hiciera que lo ético fuera justicia.

El 1º de marzo de 2007 se aprobó en España la denominada 'Ley de identidad de Género', que regula los requisitos necesarios para acceder al cambio de la inscripción relativa al sexo de una persona en el Registro Civil, cuando dicha inscripción no se corresponde con su verdadera identidad de género y contempla también el cambio del nombre propio para que no resulte discordante con el sexo reclamado. Aunque la Ley requiere acreditar que la persona ha sido tratada médicamente durante al menos dos años para acomodar sus características físicas a las correspondientes al sexo reclamado, no considera necesario para la concesión de la rectificación registral de la mención del sexo de una persona que el tratamiento médico haya incluido cirugía de reasignación sexual. La ley española dio respuesta a la situación de un número de transexuales, estimado entre 3.000 y 8.000 personas, de las cuales solo un tercio quería realizarse cirugía, y se sumó así a las legislaciones sobre el tema de Holanda, Suecia, Alemania, Francia, Italia y Reino Unido. De haber existido una ley semejante en Argentina, el caso de Pablo habría tenido su legítima respuesta legal. En América Latina, la bioética ha de enfrentar esta problemática y sus alcances jurídicos.

[J. C. T.]

Justicia y género

Natalia Gherardi (Argentina) - *Equipo Latinoamericano de Justicia y Género*

Reconocimiento formal de derechos humanos. En América Latina, las últimas décadas fueron clave en la conquista de derechos humanos en relación al reconocimiento de la igualdad de género en términos constitucionales, ratificación de tratados internacionales de derechos humanos en general y de protección de los derechos de las mujeres en particular, la adecuación de los marcos jurídicos nacionales a los tratados y las conferencias internacionales, la implementación de medidas de acción positiva y la creación de diversos mecanismos jurisdiccionales en cada uno de los países para impulsar políticas equitativas. Sin embargo, a pesar del importante avance logrado para generar un conjunto de derechos para promover la igualdad de género (en algunos casos en su acepción más restringida limitada a las mujeres, y en otros incluyendo también sexualidad), en gran medida ese reconocimiento formal de derechos no ha logrado su vigencia ni el respeto de los poderes públicos o de los particulares. En ese contexto, teniendo en cuenta los índices de pobreza de la región (entre otros factores determinantes), cobra particular relevancia la dificultad adicional que representa para una parte importante de la población de América Latina la posibilidad real del acceso a la justicia, entendido como derecho a reclamar por medio de los mecanismos institucionales existentes la protección de un derecho legalmente reconocido mediante el acceso a las instituciones administrativas y judiciales competentes para resolver las cuestiones que se presentan en la vida cotidiana de las personas. No resulta sorprendente que las mujeres que universalmente se encuentran en inferioridad de condiciones en términos de legitimación y poder, se encuentren en una situación de mayor desprotección también en el momento de hacer valer sus derechos.

Derecho y justicia. El derecho, tanto en su teoría como en su práctica, puede entenderse como un proceso de producción de identidades fijas que construye el concepto de género y opera a partir de esa construcción. Los jueces son algo más que agentes instrumentales que aplican las normas de manera 'objetiva, apolítica y neutral' a un caso concreto (Cabal, Lemaitre y Roa, 2001). En el ámbito judicial, la existencia de estereotipos femeninos y masculinos, la falta de una perspectiva de género en los jueces, funcionarios y operadores del derecho en general, y la carencia de políticas de igualdad limitan las posibilidades para tornar real el respecto a las normas nacionales e internacionales e impiden que varones y mujeres sean concebidos como sujetos titulares iguales en

derechos. El discurso judicial profundiza la discriminación al perpetuar sesgos patriarcales en el análisis y la resolución de casos que tienen particular relevancia para el respeto y la vigencia de los derechos de las mujeres y el respeto por las sexualidades. La distinción tradicionalmente defendida por el liberalismo entre la esfera de lo público (o lo político) y la esfera de lo privado (o personal), que normalmente conlleva el establecimiento de ciertos límites a la acción estatal, ha sido objeto de importantes críticas de teóricas feministas, ya que una posible y muy difundida interpretación de la idea de privacidad podría permitir abusos sobre la mujer (y otros miembros de la familia en situación de menor poder relativo), tolerados por el Estado. Exceptuar la intimidad del hogar (como ejemplo de ámbito 'privado') de la intervención del Estado implica asumir que las relaciones familiares son intrínsecamente 'justas', cuando en realidad pueden esconder importantes desigualdades en términos de poder y acceso a los recursos (Okin, 1989).

Justicia y género en la bioética de hoy. En la medida en que los principios clásicos de la bioética se discuten a menudo en los tribunales que interpretan y aplican en última instancia las normas legales, es imperativo transversalizar la pregunta por la justicia de género para reflexionar sobre el alcance de los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia en un contexto de desigualdad de género. En el análisis de cualquier caso que comprometa aspectos bioéticos, es necesario introducir la pregunta sobre el género a través de la evaluación específica de las experiencias, contextos, relaciones y circunstancias de las personas involucradas. La indiferencia frente a las experiencias y los derechos de las mujeres en casos de fetos anencefálicos, el requerimiento de consentimiento conyugal para casos de esterilización voluntaria, la concepción unívoca de la mujer como mujer-madre, por nombrar solo algunos ejemplos, limitan la vigencia de los derechos formalmente protegidos. En el entendimiento de que estas cuestiones no son neutrales a la situación y condición de género, introducir la pregunta de género implica cuestionar el sistema de relaciones de poder entre los varones y mujeres directa e indirectamente involucrados y en la sociedad.

Referencias

Luisa Cabal, Julieta Lemaitre y Mónica Roa (editoras). *Cuerpo y Derecho. Legislación y jurisprudencia en América Latina*, Bogotá, Editorial Temis, 2001. - Susan Moller Okin. *Justice, Gender and the Family*, New York, Basic Books, 1989.

Derechos humanos de las mujeres y derecho penal

María del Rosario Velásquez Juárez
(Guatemala) - *Universidad de San Carlos de Guatemala*

Dignidad y libertad como derechos de las mujeres. “Respetar la Dignidad en nuestra propia persona y en los demás significa que debemos tratar a los humanos siempre como fines y nunca como medios” (Profamilia). Todas las personas gozan y exigen sus derechos humanos dentro de la sociedad; fuera de esta no se tiene derechos, ya que lo que se regula es la vida en sociedad, no la natural. Por ello uno de los derechos fundamentales es la libertad y la dignidad de mujeres. Este derecho se encuentra relacionado con la vida y el cuerpo de las mujeres de una manera especial y tiene un fuerte impacto cuando este se vulnera. Sus fuertes connotaciones morales en un sistema patriarcal, sexista, excluyente, hacen que no sea valorado sino, muchas veces, aniquilado. La falta de respeto a la dignidad de las mujeres implica una trasgresión no solo desde la permisibilidad social, sino además por medio de una normativa penal donde se regula el cuerpo de las mujeres para tener control, dominio y castigo sobre este cuando no se ajusta a los marcos preestablecidos. Este derecho se vulnera más cuando las mujeres desconocen los derechos humanos en general, y en particular sus derechos humanos como mujeres, entre ellos los derechos sexuales y reproductivos, convirtiéndose en un ente vulnerable para la población femenina para hacer exigibles sus derechos humanos. La dignidad, como derecho humano inherente de las mujeres, tiene una íntima relación con los derechos sexuales y reproductivos, los cuales forman parte de los derechos humanos reconocidos. Su objetivo es garantizar o asegurar a las mujeres su desarrollo pleno, libre, seguro, informado de la vida sexual y reproductiva, los cuales se fundamentan en la dignidad de la persona humana y en la libertad que tienen para decidir sobre su vida, su cuerpo y la reproducción. Esto obliga a los Estados a respetar y hacer cumplir estos derechos, asumiendo la responsabilidad de promoverlos y protegerlos en la población. Pero si bien los derechos humanos son derechos inalienables de toda persona, y por tanto también para las mujeres, al querer ejercerlos estas se han enfrentado a una lucha continua para hacer valer que estos derechos sean *reconocidos* como verdaderos derechos en sus diferentes ámbitos, como en el caso de los derechos sexuales y reproductivos.

Bioética y derechos humanos de las mujeres. Es importante demostrar por medio de la bioética los problemas éticos que afrontan las mujeres desde el derecho penal. La bioética es una ética que se

ocupa de manera general y aplicada de cuestiones relevantes para la persona y para la humanidad. Si bien la ética se ocupa de lo que es bueno o correcto de lo que es malo o incorrecto en el actuar humano, la bioética enfoca su reflexión ética sobre el fenómeno de la vida y su especificidad. El pensamiento ético del último tercio del siglo XX se caracterizó por el interés en la solución de los problemas de orden individual o colectivo que ocupan a las personas y a la humanidad en su quehacer diario. La bioética nació y se desarrolló a partir de los grandes avances de la biología molecular y de la biotecnología aplicada a la medicina en las últimas décadas, de los abusos de la experimentación biomédica en las personas, de los problemas filosóficos relacionados con la vida humana, su calidad de vida, y el inicio y el final de la vida. La intervención del Estado en aspectos que involucran la protección de la vida o de los derechos de las personas sobre su reproducción, salud y muerte ha llevado a la bioética a buscar respuestas para graves problemas como la clonación, la reproducción asistida, el aborto, la eutanasia y la pena de muerte, entre otros. Sin embargo, la bioética moderna es secular, pluralista y multidisciplinaria y trata de determinar los valores que deben sustentar la prestación de atención médica en particular y de la atención de la salud en general aceptando que existen muchas visiones morales que han de ser consideradas. Sus análisis no solo se basan en la autoridad religiosa o los argumentos filosóficos, sino en el conocimiento científico y las interacciones entre las diferentes disciplinas. La bioética hoy en día ha sido reconocida para abordar dos interrogantes fundamentales: en primer lugar, qué deben hacer, permitir, tolerar o prohibir los individuos y las comunidades humanas en el campo de la biología, sobre todo en lo que afecta a los seres humanos de hoy y del futuro; en segundo lugar, cómo se deben tomar las decisiones para determinar qué conductas son obligatorias, permisibles, tolerables o prohibidas. La bioética estudia los temas básicos del manejo humano, institucional y social del nacimiento, la enfermedad y la muerte de los seres humanos, pero ha despertado la atención pública a través de los desarrollos tecnológicos que incluyen las técnicas de la concepción o reproducción asistida para superar la infertilidad, los medios efectivos para limitar o remediar la concepción no planeada o no deseada, los instrumentos mecánicos para asistir o reemplazar las funciones orgánicas, el trasplante de tejidos y órganos para prolongar o mejorar la vida, y los recursos médicos que pueden poner fin a la vida (Cook, 2003). Todo esto ha llevado a un desarrollo de las percepciones sociales y de lo que debemos de entender como derechos humanos. En particular porque *“el movimiento de mujeres ha*

puesto de manifiesto que los derechos humanos no son 'neutros' desde la perspectiva de género". Así se ha demostrado que en el desarrollo y la evolución de las relaciones sociales cotidianas, la igualdad y la justicia han sido excluidas especialmente para las mujeres, y que esto se ha traducido en condiciones de desigualdad, opresión e injusticia (Fundación Arias, 2000). La bioética debe ahondar en los aspectos específicos sobre la vida de las mujeres y plantear aspectos vitales que las dañan como la violencia y la restricción de sus derechos reproductivos en la anticoncepción de emergencia, la reproducción asistida y el aborto. Estas cuestiones requieren la participación activa del Estado para evitar injusticias en contra de las mujeres. Por eso es importante y vital el fomento de los derechos humanos específicos para que las mujeres no sigan siendo un medio para el derecho y para la moral sino que sean sujetas y fines de derechos. Estos derechos deben basarse principalmente en el derecho a la información y el acceso a los medios posibles que les permitan decidir lo más conveniente para sus vidas, sus cuerpos y su salud.

Derecho penal y derechos de las mujeres. Podemos ver que el derecho penal, los derechos humanos de las mujeres y la bioética se encuentran en constante interacción, y el derecho penal guatemalteco no es la excepción en los sistemas penales de América Latina. Se ha caracterizado por ser un derecho excluyente, de control, que si bien se encuentra en proceso de transformación en relación con los derechos humanos de las mujeres, tiene como constante la resistencia al cambio. Por eso se trata de contar con cambios legales significativos en cuestiones que lesionan los derechos de las mujeres, que si en algunos casos son considerados ilícitos penales es porque no se han planteado desde la visión de los derechos humanos de las mujeres. Así sucede con la inseminación artificial y otros temas que se mantienen sin ningún cambio para no modificar el sistema de control que perpetúa la impunidad, como sigue siendo la penalización del aborto en caso de violación, entre otros temas. El Código guatemalteco, que data de 1973 sigue sosteniendo normas relacionadas con los derechos de las mujeres, su dignidad y su libertad que provienen del derecho romano y español, manteniendo un cuerpo penal discriminatorio y promotor de desigualdades e injusticias que debilita el Estado de Derecho. Y esto porque contempla una serie de disposiciones restrictivas para que las mujeres sean sujetas de protección, conteniendo un lenguaje restrictivo y prohibitivo, en que no se han establecido excepciones, como el aborto social o el aborto por violación, situaciones que están ligadas a la vida de las mujeres. Estas se encuentran en situación de constante peligro y, al no protegerlas, se violan sus derechos humanos

fundamentales, como su dignidad, su libertad, su vida y su autonomía, a costa de una moralidad y una religiosidad que es dominante en nuestros países. Pero el derecho a la vida lleva aparejado el *derecho al respeto de la condición humana*, que ofrece a las personas la posibilidad de tener una decisión de construirse a sí mismas, el derecho a una vida digna y no a un simple derecho a la vida. Los derechos a la libertad sexual, a la dignidad y a los derechos sexuales y reproductivos como tales se vulneran por diferentes acciones u omisiones, exponiendo la dignidad de las mujeres a más vulnerabilidad entendida como: 1. Las mujeres no conocen qué magnitud tienen los derechos sexuales y reproductivos. 2. Aun percibiendo los derechos sexuales y reproductivos como un derecho propio, no tienen acceso a información, atención, curación, ni a decidir sobre él, ejerciendo tan solo un derecho tradicional reproductivo. Todo ello revela que la asignación de derechos debe acompañarse de procesos transformadores de cultura para que las mujeres puedan acceder en modo oportuno a servicios de atención médica, puedan tener acceso a la justicia y a estos servicios con pleno conocimiento, lo cual lleva a reafirmar que al incluir sus derechos sexuales y reproductivos, la ciudadanía de las mujeres se amplía. Transcurrieron aproximadamente treinta años para que el trabajo permanente y convincente por los derechos humanos de las mujeres a partir de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, lograra que en 1979 se reconociera expresa, universal, y de modo vinculante a los derechos humanos de las mujeres, recogidos en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Cedaw). El derecho internacional de las mujeres respondió así a las diferentes formas sistemáticas en que los Estados violan sus derechos humanos. Así, el derecho internacional vino a atender la falta de legislaciones internas en los países, incluyendo el derecho penal y otras leyes específicas que protejan a las mujeres, permitiendo a los Estados en este marco internacional el accionar y modificar normas que niegan o limitan a las mujeres a disfrutar de sus derechos sexuales y reproductivos. Es importante establecer que existen derechos fundamentales que para las mujeres están reconocidos y protegidos como derechos fundamentales: el derecho a un trato digno, el derecho a la vida, a la libertad sexual, a la igualdad, a la no discriminación, a la integridad, y a la salud. Estos derechos fundamentales son la base de los derechos sexuales y reproductivos, convirtiéndose en derechos afectados cuando se violan los derechos sexuales y reproductivos. Estos se violan de diversas formas, y sin embargo existen todavía leyes que restringen, controlan y reducen los derechos sexuales y

reproductivos de las mujeres, sobre todo en lo que se establece en el Código Civil y el Código Penal con normas que limitan las posibilidades de planificación familiar porque se sancionan y penalizan métodos para que las mujeres no opten por ellos forzando a la clandestinidad e ilegalidad, como en el aborto.

Derechos a la vida y al respeto de la condición humana. Invocar el derecho a la vida lleva aparejado invocar el derecho al respeto de la condición humana que ofrece la posibilidad de tomar decisiones para construirse a sí mismo y tener una vida digna y no a tener un simple derecho a la vida. Cuando el Derecho Penal legisla al margen de los derechos humanos de las mujeres y de los supuestos ampliamente aceptados de la bioética, incurre en diversas violaciones a estos derechos fundamentales, a saber: 1. *Derecho a la vida.* Este derecho es la condición primaria para el efectivo ejercicio de todos los demás derechos, el cual ha venido siendo atendido de manera restringida para garantizar el derecho a la vida de las mujeres por lo que el Comité de Derechos Humanos y el Comité para la Convención de los Derechos de la Mujer (Cedaw), junto al Comité que vigila el cumplimiento del Pacto de Derechos económicos, sociales y culturales (CDESC), han afirmado que el derecho a la vida no puede entenderse de manera restrictiva. La protección de este derecho exige que los Estados adopten medidas positivas, considerando que *“han determinado la responsabilidad estatal por violación del derecho a la vida de las mujeres y a estar libres de tratos inhumanos y degradantes con respecto a las altas tasas de mortalidad materna, han recomendado que se revisen las normas que penalizan el aborto y han establecido que los Estados deben tomar las medidas necesarias para evitar que las mujeres pierdan su vida como resultado de la legislación restrictiva en esa materia”*. Además, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha manifestado que el derecho a la vida impone obligaciones positivas a los gobiernos para prevenir y evitar situaciones que pongan en riesgo la vida de las personas como ocurre en el contexto de los derechos reproductivos a las mujeres que mueren por causas relacionados con el embarazo, complicaciones de un aborto clandestino y víctimas de violencia doméstica. 2. *Derecho a la salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva.* Estos derechos están garantizados no solo en varios tratados internacionales sino constitucionalmente y en leyes ordinarias en que se ha adoptado la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. La Ley de Desarrollo Social establece que para fortalecer los servicios de salud reproductiva se deben llevar a cabo programas y servicios de planificación familiar, basados

en información veraz, objetiva y ética, fácil de entender, accesible para todas las personas y parejas, en los establecimientos de salud pública donde se debe elaborar, informar verazmente y difundir las normas y guías sobre la distribución y el uso de anticonceptivos, naturales o artificiales, ofrecidos en los servicios de salud. 3. *Derecho a la integridad física y a estar libre de violencia.* Se reconoce, tanto en la legislación internacional como en la ordinaria, que la violencia contra las mujeres constituye una violación de sus derechos humanos y de sus libertades, siendo la violencia en sus diversas formas contra las mujeres una violación del derecho a la dignidad y la integridad, entre otros, así como de sus derechos sexuales y reproductivos. Las distintas formas de violencia afectan la dignidad y seguridad de las mujeres, su salud, su libertad sexual y reproductiva, su integridad, por lo que el Estado debe adoptar medidas necesarias para eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres. También debe tomar medidas para el tratamiento de las víctimas de violencia sexual, ya que distintas violencias, subordinaciones y otras inequidades aún marcan a fuego la sexualidad de millones de niñas, adolescentes y mujeres de todas las regiones del mundo. 4. *Derecho a la igualdad.* El derecho a la igualdad es el motor de cambios legales a favor de los derechos humanos de las mujeres. Este derecho está garantizado en el ordenamiento internacional, y se penaliza cuando se discrimina por razón de sexo, edad, estado civil o condición económica, entre otras. Así este derecho fundamental extiende su protección contra la discriminación cuando se establecen normas, barreras o medidas que prohíben, limitan o impiden el disfrute de las mujeres a sus derechos, entre estos el derecho a la salud respecto al acceso a servicios, a educación y a información sobre salud sexual y reproductiva. 5. *Derecho a la intimidad.* Cuando un particular o el Estado interfiere en el derecho de la mujer a tomar decisiones sobre su cuerpo y su capacidad reproductiva, está violando su derecho a la intimidad, ya que las decisiones que cada persona toma sobre su cuerpo son parte de su derecho a la intimidad. 6. *Derecho a la educación.* Este derecho es indispensable para el disfrute de otros derechos humanos y, de manera particular, desempeña un papel esencial en el empoderamiento de la mujer en la sociedad. El derecho a la educación y su relación con otros derechos es esencial, ya que contribuye a que la mujer tome conciencia de sus derechos y le permite acceder en condiciones de mayor competitividad al mercado laboral.

Referencias

María Isabel Plata et ál. *La anticoncepción de emergencia en Colombia*, Bogotá, Profamilia Colombia, marzo

2001. - Rebecca J. Cook et ál. *Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho*, Bogotá, Profamilia Colombia, 2003. - Fundación Arias para la Paz y el Progreso Humano. Proyecto Sembrando Cambios en Centroamérica, Mujeres, propiedad de la tierra e incidencia organizada, San José, Costa Rica, *Caña Brava*, edición N° 7, marzo-mayo 2000.

Sexo y sexualidad

Miguel Suazo (República Dominicana) -
Instituto Tecnológico de Santo Domingo

Sexo y sexualidad. Se ha definido el sexo como la expresión genérica que nos determina biológicamente como masculinos o femeninos y la sexualidad como el marco del accionar humano en la sociedad, desde la perspectiva del género al que pertenezcamos. Se habla así de un sexo social que es de asignación. Esto rompe el biologicismo marcado que obliga a patrones culturales de comportamiento obligado en función del ser varón o hembra. El debate en el mundo de la sexología para llegar a acuerdos sobre lo que es sexo y lo que es sexualidad cuenta con un largo recorrido y con propuestas como las que hemos enunciado en la definición, pero más profundo y tortuoso es el debate de la fundamentación bioética de ambos. En el contexto histórico, y desde el punto de vista naturalista, dado que el orden fue entendido como sinónimo de lo natural, de lo organizado o adecuado y lo contrario de antinatural, nace un referente para el estudio de este tema que abordamos y nos señala un camino único para la comprensión de la dinámica entre sexo y sexualidad. El referente es importante porque a su vez nos permite abordar una forma de fundamentar las expresiones de sexualidad de muchas personas, las cuales deberán estar acorde con el sexo del individuo. Diego Gracia nos da pautas de cómo explicaba el mundo griego esta relación: “*Las virtudes identificadas como ‘concupiscibles’ son las que residen en el abdomen, como tal tienden a la búsqueda del placer y a evitar el dolor, se oponen a las que residen en el cráneo y que se conocen como ‘intelectivas’. Las últimas son racionales (virtudes dianoéticas o intelectuales) y las primeras irracionales (virtudes éticas o morales). La moraleja de estas interpretaciones es que ‘las virtudes éticas solo son moralmente correctas cuando se hallan bajo el imperio de la razón’*” (Gracia, 1998). Aquí aparecen vinculados razón y expresión mediados por la dimensión ética, ya que solo justificará su moralidad en cuanto esté controlado por la razón.

La moralidad del sexo. De algún modo hemos vivido en esa lógica de la sexualidad donde la razón debe primar sobre el placer y la genitalidad, creando códigos de moral sexual como propuesta. La realidad es que estos postulados no necesariamente son

acatados ni cumplidos por todos, pero sí planteados en una moral sexual social que predispone a la existencia de una doble moral. Este dilema propio de la modernidad pregunta sobre qué sería en términos éticos lo correcto en la interacción de ese binomio. Sería lógico pensar que el marco valorativo de la sexualidad se ubique en el marco de la razón, solo que la razón y el marco valorativo han sido definidos y resguardados por el patrimonio de los adultos y aparenta no tener una coincidencia con las necesidades y valoraciones de los y las jóvenes y adolescentes. El problema mayor es que socialmente la moralidad del sexo ha quedado cautiva en la legalidad o en la sacralidad del matrimonio, negando la posibilidad de que la sexualidad tenga expresión en las relaciones sexuales en quienes no estén vinculados por estos lazos. La propia cultura griega, al plantear la visión naturalista y entender que las cosas tienen su propio telos, entendió que el fin o telos de la genitalidad era la reproducción y, por tanto, solo sería moral la relación sexual tendente a ella. Luego la sociedad dirá “pero dentro del matrimonio”, reduciendo sus espacios de manifestación. El planteo educativo en la sociedad está en la subyacencia de estos postulados. Actualmente el problema es ¿desde qué base educativa construye el sexo esta sexualidad?

Ética de la sexualidad, amor y responsabilidad. El tema de la relación sexo-sexualidad expuso ya ante nuestros ojos un salto cualitativo al diferenciarse placer de reproducción, poniendo a este último tema en el debate, desvinculando la vida sexual de la obligatoriedad de la vida reproductiva. Este nuevo paradigma se crea con los aportes sobre el conocimiento científico del ciclo reproductivo de la mujer hecho por Ogino y Knauss en los años de 1920. En definitiva la sexualidad, como manifestación del ser humano, es un deber imperfecto en cuanto es de gestión privada y su ejercicio no puede ser exigido por medio de la ley o de la coacción, pero tampoco puede ser desarrollada sin márgenes morales que la legitimen. La llamada revolución sexual trajo a colación nuevas esferas del debate haciendo el tránsito obligado de la visión naturalista a la autonomista y cifrar esta última en la ética de la responsabilidad. No basta con pensar en la razón dura como única forma de justificar la expresión de la sexualidad si no la hacemos mediar por elementos vinculantes como los axiológicos, cuyo principal representante es el amor en este caso. Cualquiera otra manifestación de comportamiento sexual es posible solo desde la biología, porque produce placer, satisfacción, pero carece de moralidad (no es que sea inmoral) si no entran el amor y la responsabilidad como vínculos que expresen en hombre y mujer su sexualidad. “*El hombre y la mujer constituyen las dos*

únicas maneras de vivir en el cuerpo, cada uno con su estilo peculiar y con unas características básicas diferentes” (López, 1992). La definición gramatical de los términos sexo y sexualidad es desbordado por el verdadero debate que debe darse para poder construir una ética de la sexualidad que no imponga de manera descarnada los límites de su realización, ni los encierre en el estrecho marco del comportamiento sexual.

Referencias

Diego Gracia. *Ética de los confines de la vida*, Bogotá, Editorial El Búho, 1998. - Eduardo López. *Ética de la sexualidad y del matrimonio*, Madrid, Ediciones Paulinas, 1992.

Sexismo

Eva Giberti (Argentina) - Universidad de Buenos Aires

Definición y concepto. Se denomina sexismo al conjunto de actitudes y comportamientos que instala discriminación entre las personas basándose en su sexo. Se organiza en forma de prejuicio y creencia, y se pone de manifiesto mediante el lenguaje, símbolos y costumbres históricamente arraigadas. Comenzó a estudiarse en relación con la discriminación sexual contra el género mujer, que conlleva una serie de impedimentos para el ejercicio de la igualdad de oportunidades para los géneros. Está asociado a la prioridad que otorga al género masculino en la producción de costumbres y en la construcción de los discursos y de los textos. No obstante, corresponde considerar los efectos del sexismo en la producción de discriminaciones que alcanzan a los hombres. La homofobia, que puede recaer contra cualquier género, se enraiza en las discriminaciones que el sexismo propicia. El sexismo se despliega según múltiples y diversas modalidades; avanza en la educación, en la vida de familia, en las ciencias, en los partidos políticos, en el trabajo, así como en las diferentes actividades de la cotidianidad. Se incluye en los juguetes con que niños y niñas se entretienen: muñecas, cocinitas, escobas para ellas; y para ellos camiones, aviones y computadoras, marcando la discriminación temprana que se inicia con el ajuar celeste para el varón y rosado para la niña. Los libros escolares (Wainerman, 1985) destinados al aprendizaje de la lectura ocuparon ese espacio y aún hoy contribuyen a nutrir perspectivas sexistas cuando posicionan a las mujeres prioritariamente como esposas, madres y amas de casa, mientras se describe al padre de familia como garante de la autoridad y de la manutención de la familia.

Teoría feminista e idea de androcentrismo. En la historia de los géneros, las niñas fueron invisibilizadas (Giberti, 2003) y definidas como “el femenino del niño”, ausente el registro de su propia identidad; de este modo el sexismo se instala como regulador identitario de la discriminación en una etapa inicial de la vida. El posicionamiento en una supuesta jerarquía “superior”, por formar parte del universo masculino, impone el sexismo en las actividades laborales mediante remuneraciones inferiores, tratándose de la igualdad de trabajos que llevan a cabo hombres y mujeres; en la ausencia de reconocimiento de sus producciones intelectuales artísticas y científicas; en el trato que los medios de comunicación dispensan al género mujer (desde la idealización de la maternidad hasta la denominada mujer/objeto para el placer de los varones). El sexismo, instalado en las prácticas familiares, constituye una variable significativa de las violencias que padece el género mujer, entre ellas el aprendizaje de la sumisión al varón por haber incorporado en sus convicciones, mediante los discursos sexistas, una supuesta inferioridad biológica, intelectual y social. De este modo se promueve el estereotipo que posiciona a las mujeres en calidad de quienes deben obedecer las decisiones del varón en cualquiera de los ámbitos de la convivencia y de las prácticas sociales. La teoría feminista, al introducir la idea de androcentrismo asociada al sexismo, aportó una caracterización útil para las ciencias médicas y sociales; matiza la conceptualización de sexismo, categoría que no necesariamente se limita a la discriminación del género mujer; y refina la relación entre sexismo y dicho género. Señala la prioridad del *andros* (hombre) al colocar al varón en el centro de las organizaciones familiares y sociales, al mismo tiempo que se construye a su alrededor un sistema de jerarquías que debe someterse a sus designios. Moreno Sardá (2002) refiere que se trata del modelo de “*ser hombre en un sentido fuerte, en un sentido de prepotencia viril (...); es nada más que una construcción imaginaria para justificar a quién se sitúa en el centro para legitimarse como ser superior y con derecho a mandar y a dominar. Por tanto, androcentrismo implica a un modo particular de masculinidad*”. Remite al ocultamiento de la realidad –necesidades y deseos– de las mujeres con excepción de aquellos vinculados con los roles tradicionales del género.

Sexismo en el idioma. En el idioma español, la insistencia en utilizar el genérico masculino “el hombre” para referirse a la humanidad o a la especie humana constituye un modelo de sexismo cuya eficacia se traduce en el ámbito de las representaciones mentales y de los imaginarios sociales: de este modo el hombre se asume como referente de todos los seres humanos.

Mladinic y colaboradores (1998) sugieren la existencia de un sexismo benévolo como una actitud aparentemente protectora, que respondería a un paternalismo protector de las mujeres, así como sostiene que el varón está incompleto sin ella, fomentando de este modo los estereotipos esencialistas. La perspectiva de los estudios de género propicia la revisión del sexismo en el lenguaje y en las diversas prácticas cotidianas intentando discernir su relación con las discriminaciones y las exclusiones que pueden asociarse entre sí. El sexismo como impregnación cultural asociada a políticas de índole patriarcal mantiene su eficacia a pesar de ser reconocido como violador de los derechos humanos y no obstante propiciar un estilo de vida opuesto a la equiparación de derechos entre los géneros. Constituye un prejuicio destinado a discriminar y a distribuir hegemonícamente las diversas pautas del poder a favor de los varones. Al focalizar la discriminación en las características sexuales de los sujetos se diferencia de la discriminación por razones políticas, étnicas o religiosas y abarca, como sus víctimas, tanto a las mujeres como a los transgéneros.

Referencias

E. Giberti. La niña, para una ontología de la discriminación inicial, en E. Faur y C. Lipsyk (compiladoras), *Discriminación de Género y Educación en la Argentina Contemporánea*, Buenos Aires, INADI, Unicef, 2003. - A. Mladinic, J. L. Saiz, M. Díaz, A. Ortega y P. Oyarce. (1998). Sexismo ambivalente en estudiantes universitarios chilenos: Teoría, medición y diferencias del género, *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 14, 1998. - A. Moreno. Bases para una educación igualitaria: la crítica al modelo androcéntrico, *Revista Salud Pública y Educación para la Salud*, Vol. 2, N° 2, Supl. 2, 2002. - C. Wainerman y R. Barck de Rijman. *La división sexual del trabajo en los libros de lectura de la escuela primaria argentina, un caso de inmutabilidad secular*, Buenos Aires, Serie Cuadernos del CENEP, N° 28, 1984.

Homofobia

Eva Giberti (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

Definición y concepto. La homofobia es una actitud deliberada que evidencia odio y rechazo hacia otra persona, un posicionamiento social destinado a discriminar a quienes son homosexuales (gays y lesbianas). El nombre fue creado por Weinberg en 1973 combinando las palabras griegas *fobia* (miedo), con el prefijo *homo* (igual, mismo). La describió como miedo al contacto cercano con un homosexual, como un miedo irracional de la homosexualidad de otra persona y el temor de tener deseos homosexuales en uno mismo. Su significado etimológico, “miedo a lo que es igual”, suscitó críticas ya que la connotación que le aportó

el uso moderno ha conducido a que, paradójicamente, venga a significar lo contrario. Diversos autores coinciden en lo inadecuado del término ya que este se asocia a la posible psicopatología individual de quien lo utiliza (homosexualidad reprimida o latente del propio sujeto, con neurosis o temores sexuales entre otras), cuando en realidad se trata de una actitud consciente y voluntaria destinada a la discriminación.

Cultura y homofobia. La cultura judeocristiana estableció que las relaciones sexuales entre los seres humanos debían tener la reproducción como finalidad. Las prácticas homosexuales, ajenas a la reproducción, suscitan rechazo y temor en quienes formando parte de dicha cultura mantienen sin revisar los contenidos represores y reduccionistas de la misma en lo que a sexualidad se refiere (Foucault, 1977, 1986 y 1987). Uno de los efectos de dicha cultura se expresa mediante la homofobia, que se pone de manifiesto en los discursos y en las diversas prácticas sociales mediante burlas y chistes (en particular en los medios de comunicación), en la valoración extrema de la heterosexualidad a la que se adjudica valor de normalidad con exclusión de cualquier otra forma de ejercicio de la sexualidad, y mediante distintas formas de discriminación. Cabe destacar que la homofobia fue promocionada por los médicos que contribuyeron a criminalizar y judicializar a los homosexuales, gays y lesbianas (Giberti, 2002). Diferentes culturas naturalizan la heterosexualidad como práctica “normal” y obligatoria, condicionando las actitudes y respuestas de los ciudadanos de modo tal que se gestionan ataques y exclusiones de quienes no responden a la canónica establecida como la correcta. La intolerancia ante esa diferencia y la necesidad de agredir y aniquilar a quienes se consideran al margen de las que erróneamente se evalúan como leyes naturales propicia, mediante la homofobia, la persecución, exclusión y esta forma de discriminación que puede reconocerse en distintos niveles sociales de la cotidianidad. El ejercicio de la homofobia ha generado, durante siglos y en diversos países, la persecución y muerte de aquellas personas caracterizadas como homosexuales. En la actualidad, el reconocimiento del derecho a la diferencia respecto de aquello que estadística y erróneamente se considera “normal” se asentó en las legislaciones internacionales, sostenidas por los principios que la bioética proclama. Entre las ideas que se construyen para justificar estos ataques y que se desarrollan en los imaginarios sociales, se encuentran aquellas que afirman que los homosexuales son corruptores de menores, que han introducido el sida, que poseen un carácter reactivo (fácilmente irritables, extremadamente celosos y promotores de escándalos, entre otras modalidades), que propician distintas

perversiones. Es decir, se les atribuye la suficiente acumulación de trasgresiones y ataques al orden social como para ser deslegitimados y perseguidos por las costumbres y las leyes.

Descripción y lucha contra la homofobia. Blumenfeld (1992) sistematizó cuatro niveles descriptivos: 1. La homofobia personal: es un sistema individual de creencias en virtud del cual las personas se compadecen de los grupos minoritarios debido a que consideran que estos no pueden controlar sus deseos, o en el extremo opuesto, los odian, ya que asumen que están psicológicamente trastornados, genéticamente defectuosos, que no se adaptan a la sociedad, etc. 2. La homofobia interpersonal: aquella en que el prejuicio se convierte en discriminación. Se expresa en insultos, apodos, etc., y en la oposición a que dispongan de sus derechos humanos. 3. La homofobia institucional: es aquella en la que intervienen los organismos gubernamentales, las empresas, el sistema educativo, las instituciones religiosas, etc., que discriminan de manera sistemática a las personas por su orientación sexual. 4. La homofobia cultural: la constituyen los códigos de conducta o normas sociales que “se dan por sentadas” y aportan legitimidad a la discriminación y opresión a la que los homosexuales están sometidos, incluso hasta ignorarlos como parte de la historia de la civilización. Desde la perspectiva de las prácticas homosexuales, corresponde advertir que la homofobia puede conducir a que algunos homosexuales internalicen una imagen negativa de sí mismos, asociada a sentimientos de culpa y de vergüenza. El 17 de mayo se conmemora el día en que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1990) excluyó la homosexualidad de su lista de enfermedades mentales y, por extensión, se considera una fecha destinada a luchar contra la homofobia. Esta lucha, que las organizaciones defensoras de los derechos de las personas transgénero promueven, forma parte de los principios que la bioética incluye y sostiene.

Referencias

W. J. Blumenfeld. *Homophobia, How we all pay the price*, Boston, Beacon Press, 1992. - M. Foucault. *Historia de la sexualidad*, México, Siglo XXI Editores; 1977, 1986 y 1987. - E. Giberti. *Travestis, transgender y bioética*, en L. G. Blanco (compilador), *Bioética y derecho*, Buenos Aires, Editorial Universidad, 2002. - G. Weinberg. *Society and the Healthy Homosexual*, New York, Saint Martin Press, 1973.

Violencia sexual y femi(n)icidio

Patricia Ravelo Blancas y Héctor Domínguez (México) - *Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Ciesas)*

Violencia sexual. Se produce *violencia sexual* cuando se obliga a las personas a tener relaciones sexuales

indeseables. Se trata de un acto consciente o inconsciente ejecutado por una o varias personas de cualquier sexo, por lo general hombres, contra la voluntad de otra para agredirla, amenazarla, humillarla, golpearla, excluirla y forzarla a participar en cualquier acto que se considere sexual, utilizando diversas partes de su cuerpo y de sus órganos sexuales. La violencia sexual no se reduce exclusivamente a lo objetivo y visible, sino también a todo tipo de representaciones –palabras, miradas, gestos, actitudes o exhibición de artefactos– cuya connotación sexual resulte agresiva contra sus receptores, mujeres u hombres. La violencia sexual, como las otras violencias (a saber, la emocional, la física y la económica), también se reproduce con sus particularidades en poblaciones diversas, no solo en las femeninas. Sin embargo, en términos sociales y culturales, el rasgo que sobresale en cualquier época y región es el que las mujeres sean las más afectadas y expuestas, debido al carácter patriarcal que históricamente estructura a la sociedad.

Femicidio. Diana E. H. Russell (1992) usó por primera vez el término *femicidio* (*femicide* en inglés) en un testimonio ante la Corte Internacional acerca de los asesinatos misóginos en 1976. Diana Russell y Jill Radford, en el libro *Femicide: the Politics of Women Killing*, definen este término como el asesinato misógino cometido por hombres contra mujeres. Como podemos ver, desde su origen, el concepto de femicidio está asociado estrechamente al de misoginia. En efecto, es su manifestación extrema. Para Radford, femicidio es una forma de violencia sexual, se entiende como el uso del sexo de los hombres para expresar su deseo de poder, dominio y control. Russell y Radford dan por sentado que la violencia sexual se ejerce desde los hombres contra las mujeres y que su expresión máxima es el asesinato de la mujer, con el cual se produce una estrategia de mantenimiento del control patriarcal. Subrayar el concepto de misoginia como fundamental para definir el femicidio permite a estas autoras establecer un significado político al hecho de la muerte de las mujeres por parte de los hombres, en oposición a la creencia generalizada de que el asesino de una mujer es una bestia que carece de humanidad (lo que la crítica feminista señala como equivalente a masculinidad en el discurso patriarcal).

Femicidio, ética y derechos humanos. El concepto de femicidio va a ser resignificado por M. Lagarde con el nombre de femicidio, el cual para esta autora “... es una ínfima parte visible de la violencia contra niñas y mujeres, sucede como culminación de una situación caracterizada por la violación reiterada y sistemática de los derechos humanos de las mujeres...” (Lagarde, 2005). Lagarde coincide con Russell y Radford en señalar que esta opresión de

la mujer es una manifestación sistemática del patriarcado. Al introducir el concepto de feminicidio dentro del ámbito de los derechos humanos, esta autora enfatiza en el aspecto de la exclusión social. Esto significa que el feminicidio pasa a formar parte del discurso jurídico y de las políticas sociales, que implican lo público y lo privado. Esto es, al producirse el feminicidio, se está cometiendo un delito más complejo que el mero asesinato, porque incluye la exclusión social de la mujer en los ámbitos sexual, económico y político. Lagarde concibe la autoría de feminicidio más allá del asesinato. La mayoría de las formas de comunicación social (radio, televisión, cine, prensa, videos, Internet, y toda clase de espectáculos), las instituciones y otros factores estructurales como la economía y la educación, establecen los marcos que propician y reproducen en determinados contextos sociales este hecho delictivo. Esta atención al ámbito contextual lo vamos a encontrar también en lo que Julia Monárrez (2000) ha escrito sobre este problema. El *feminicidio* se define entonces como el acto de matar a una mujer por el solo hecho de ser mujer. Este acto va más allá de la privación de la vida de una persona, pues amenaza, lesiona o destruye los derechos civiles, sexuales, de salud, políticos, económicos y culturales de todas las mujeres. En este sentido el *feminicidio*, más

que un asunto criminológico debe entenderse como un asunto ético y político. El *feminicidio* implica no solo una agresión contra el género femenino, sino que yuxtapone diversos rasgos de identidad como clase, raza, etnia y edad. El exterminio de las mujeres se ubica desde estas intersecciones en una dimensión más amplia de exterminio de lo humano, puesto que este acto amenaza el sistema de valores morales, éticos, legales y políticos de una sociedad, por lo que el *feminicidio* debe considerarse como un atentado contra la ciudadanía y, por tanto, contra la vida humana. El *feminicidio*, en suma, no es solamente un acto de violencia sexual, sino de extinción de las garantías de vida, de libertad, de seguridad y de justicia.

Referencias

- Jill Radford y Diana E. H. Russell. *Femicide. The Politics of Woman Killing*, New York Twayne Publisexualidad humanaers, 1992. - Marcela Lagarde. *Por la vida y la libertad de las mujeres*, Comisión Especial para Conocer y Dar Seguimiento a las Investigaciones Relacionadas con los Feminicidios en la República Mexicana y a la Procuración de Justicia Vinculada. 1er. Informe Sustantivo de Actividades, México, 14 de abril 2004 al 14 de abril 2005. 1ª edición, 2005. - Julia Monárrez. La cultura del feminicidio en Ciudad Juárez, 1993-1999, en *Frontera Norte*, El Colegio de la Frontera Norte, vol. 12, núm. 23, enero-junio, 2000, pp. 87-118.

La noción actual de globalización tiene sus principales antecedentes históricos en el reordenamiento que siguió a la Segunda Guerra Mundial. El Código de Nuremberg (1947) y la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) expresaron el consenso moral de la posguerra que había sido precedido por el consenso político y militar de la Declaración de las Naciones Unidas firmada el 1 de enero de 1942 por 26 estados aliados y de la Conferencia de Dumbarton Oaks de 1944 en la que Estados Unidos, el Reino Unido, la Unión Soviética y China formularon las bases de una organización permanente. Dos cuestiones distanciaban entonces a Estados Unidos y el Reino Unido de la Unión Soviética: el sistema de veto en el Consejo de Seguridad y la representación en la Asamblea General de cada una de las repúblicas soviéticas. Estas cuestiones fueron resueltas entre Roosevelt, Churchill y Stalin en Yalta y permitieron llegar a la Conferencia de San Francisco del 25 de abril de 1945 en la que participaron 46 países que habían adherido a la Declaración de las Naciones Unidas y otros 5 países que fueron admitidos a participar de la misma elevando así a 51 el número de miembros fundacionales, de los cuales 20 pertenecían a América Latina. Ya entonces emergieron controversias hoy reactualizadas, relativas a la jurisdicción nacional o a la protección internacional de los derechos humanos y la promoción del bienestar económico y social, y al poder dominante de las principales potencias o a un poder más igualitario entre los Estados. Este consenso político para la paz y la seguridad en el mundo fue acompañado de un consenso económico establecido en 1944 en la Conferencia Monetaria y Financiera de Bretton Woods en la que 44 Estados, incluida la Unión Soviética, trazaron los proyectos para el Banco Internacional de Reconstrucción y Desarrollo y para el Fondo Monetario Internacional (FMI). El papel de John Maynard Keynes y sus teorías del pleno empleo para el desarrollo económico, aún siendo importantes en Bretton Woods, no impidieron que en el FMI se impusieran las teorías ortodoxas del Tesoro de Estados Unidos, cuyo ideario abriría paso cuarenta años después y ante un nuevo mapa político del mundo a la reformulación económica del Consenso de Washington.

La globalización del neoliberalismo. La caída del Muro de Berlín en 1989 y la reunificación de las dos Alemanias en 1990 son dos de los símbolos mayores del nuevo ordenamiento político del mundo después del que siguiera a la Segunda Guerra Mundial. La desaparición de la Unión Soviética y de los estados socialistas supuso una globalización

política, militar y económica del liberalismo. La integración política de las antiguas repúblicas soviéticas a la Comunidad Europea y la integración militar al Tratado del Atlántico Norte dibujaron el mapa internacional de los nuevos acuerdos. La temprana reformulación económica que acompañó a estos reordenamientos fue postulada por John Williamson en 1990 en lo que se ha dado en llamar el Consenso de Washington, donde Washington significaba el complejo político-económico-intelectual integrado por organismos internacionales como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, y por el Congreso, la Reserva Federal, los altos cargos de la Administración y los grupos de expertos de Estados Unidos. El Consenso implicaba, entre diez instrumentos, los acuerdos en privatizaciones, liberalización comercial y financiera, desregulaciones, garantías de los derechos de propiedad y apertura a inversiones extranjeras directas. Durante la década de los noventa, este modelo se aplicaría sobre todo y con distintos matices en la región de América Latina. Su principal y definitivo problema era que en él quedaba prácticamente excluido el tema de la equidad, siendo América Latina el continente más desigual del planeta donde el ingreso per cápita del 20% más rico resultaba ser 18,7 veces mayor que el ingreso per cápita del 20% más pobre cuando la media mundial era de 7,1. Williamson explicaba la exclusión directa de los problemas de equidad diciendo que su pretensión era elaborar una lista positiva más que una lista normativa y que deliberadamente había excluido de la lista cuanto fuera básicamente redistributivo porque pensaba que el Washington de los años ochenta era una ciudad muy desdeñosa con las preocupaciones sobre la igualdad. Sin embargo, los argumentos de Williamson mostraban una ambigüedad en el uso del término 'Washington', ya que varias de las instituciones mencionadas en el Consenso no se mostraban enteramente de acuerdo con algunos de los diez puntos centrales señalados como comunes. Esto mostró que Williamson había pretendido formular un paradigma de política económica a partir del 'posible acuerdo' entre los poderes fácticos que podían dictarlo. Este modo pragmático de argumentación lo aplicarían algunos filósofos y bioeticistas al análisis de la realidad de la vida y la salud. El primero y más importante fue Richard Rorty al sostener que una filosofía típicamente norteamericana, como el pragmatismo, quería librarse de la noción incondicional de derechos humanos del tipo de la defendida por la Declaración de Helsinki y sustituir la pretensión de conocimiento moral por la búsqueda de acuerdos o consensos.

La bioética ante la globalización. La reformulación política, militar y económica del mundo, con la globalización de los intercambios económicos y culturales, supuso un nuevo consenso fáctico. Pero en la medida en que esa nueva realidad implicaba de hecho una minimización del papel de los Estados nacionales en las cuestiones sociales y una subordinación de la soberanía de las regulaciones políticas a la lógica de dominio de un conjunto de organismos nacionales de los países más poderosos –unidos o dominando deliberadamente organismos supranacionales para ese dominio–, esa nueva realidad fáctica comenzó a producir nuevos discursos para interpretar el mundo (v. *Globalización y progreso humano*). La bioética había nacido como un poderoso campo interpretativo del desarrollo científico-tecnológico estrechamente vinculado al orden moral de los derechos humanos. El nuevo consenso suponía, sin embargo, que la salud no era un derecho humano básico sino una variable dependiente del margen de sustentabilidad económica y que esta a su vez debía fundarse en la liberalización de la economía. Los estragos de esta concepción llevaron a la pobreza a más del 50% de la población de América Latina (v. *Globalización y mercado de la alimentación*). ¿Qué pasó con el discurso de la bioética ante el nuevo mundo de esta globalización? En el caso de algunos especialistas, sobre todo del área angloamericana, seguidos por algunos especialistas de otras áreas del mundo, se produjeron fuertes movimientos para ocupar la conducción de foros internacionales de discusión o para generar esos foros con la pretensión de trazar las líneas normativas de un discurso bioético global: el asedio a la Declaración de Helsinki, los Informes de la Comisión Nacional de Bioética de los Estados Unidos y del Consejo Nuffield del Reino Unido, el Proyecto Educativo Global del Centro Fogarty, la posición de la FDA, la revisión de las Pautas CIOMS-OMS, y los intentos de la Organización Mundial de Comercio de convertir la salud en un servicio fueron algunos ejemplos de esa tendencia. Pero más allá de estos aspectos estratégicos, la pregunta que cabía era ¿qué concepción de la bioética animaba estos movimientos?

La bioética latinoamericana ante el Nuevo Orden Mundial. Entre 1990 y 2000 transcurrió una década

en la que puede observarse cómo simultáneamente se produjo la introducción y consolidación de la bioética en América Latina, mientras en la región y en el mundo se desarrollaba la reformulación política, económica y social de una nueva globalización (v. *Globalización y cambio religioso*). La bioética latinoamericana emergió como cultivo de un pensamiento de origen y dominancia angloamericana, moderado por corrientes europeas, que crecía en un territorio con una larga historia de injusticias y violaciones a los derechos fundamentales de las personas. Durante la década de los noventa el proceso de incorporación de la bioética en América Latina tuvo dos características que hicieron que el grado de disputa entre distintos proyectos y concepciones no alcanzara un punto crítico. En primer lugar, la recepción se produjo después de veinte años de desarrollo de la bioética en Estados Unidos y en Europa, en una región que salvo aisladas excepciones no mostraba antecedentes académicos, normativos o institucionales en el campo; y por tanto con una permeable voracidad de toda producción externa en la materia sin que mediaran análisis críticos relevantes. En segundo lugar, la cooperación internacional con América Latina en materia de bioética, en sus diversas fuentes de origen y con sus diversos enfoques, no mostró acabadamente hasta promediados los años noventa un distanciamiento en algunos de esos proyectos y concepciones de la tática o al menos no problematizada vinculación previa entre ética y derechos humanos, ni de la distinción entre racionalidad moral y racionalidad estratégica que de un modo u otro todos los bioeticistas admitían. Ese contexto de los noventa tuvo mucho de continuidad del orden moral internacional que se había tenido durante cincuenta años como consenso para el desarrollo científico y tecnológico en el campo de las ciencias de la vida y la salud. Consenso que en el orden moral suponía –más allá de sus reiteradas negaciones fácticas– un equilibrado respeto de soberanía individual y comunitarias y de autodeterminación de las naciones. Ese consenso fue roto a finales de los noventa. Y a partir de entonces, la bioética en América Latina se enfrentó más que nunca a la construcción de una perspectiva regional.

[J. C. T.]

Globalización y progreso humano

María Josefina Regnasco (Argentina) -
Universidad Abierta Interamericana

Origen y dinámica de la globalización. Las redes informáticas, los flujos económicos, las interconexiones entre personas y países configuran el panorama

mundial que conocemos como globalización. No es posible entender este fenómeno sino como la última etapa de un proceso económico, social, político y cultural generado por la lógica expansiva del tecnocapitalismo, que hoy asume una dimensión transnacional. Desde sus orígenes, este

dinamismo desbordó los límites políticos y geográficos. El capitalismo de base mercantil se transformó en otro de base industrial y nacional, y actualmente informático y multinacional, en que la ocupación territorial importa menos que la sujeción a un orden mercadotécnico que genera enormes tensiones a escala planetaria. El origen de esta dinámica proviene del objetivo fundamental del capitalismo: la producción de más capital. Es decir, el capital debe generar ganancia. Una producción de objetos de uso dirigida solamente a su función utilitaria no podría considerarse la finalidad primordial del capitalismo. Su impulso está dirigido hacia el valor de cambio, por el cual los productos se convierten en mercancías. Esta categoría invade todos los aspectos de la vida: la salud, el conocimiento, la educación, el arte, la temporalidad. El valor de uso se convierte en vehículo del valor de cambio. Sin embargo, en el caso del capital financiero, el capital se reproduce y crece prescindiendo del valor de uso. De este modo, el dinero, mero símbolo del valor, se cosifica, convirtiéndose en el objeto mismo del intercambio. El capital financiero, que circula velozmente por los sistemas informáticos mediante una serie de complejas transacciones, representa actualmente el 90% del capital circulante. En los mercados de divisas se intercambian diariamente cerca de 2,5 billones de dólares, más que el PIB de Francia o de Inglaterra. Estos flujos financieros globales ya no pueden ser controlados por los Estados nacionales, pero no existen aún las instituciones internacionales capaces de regularlos.

La lógica expansiva y el rechazo de regulaciones éticas. Aunque el capitalismo tiende a maximizar las ganancias, el sistema de mercado y la competencia generan la disminución de la tasa de ganancia. Para imponerse a la competencia, la empresa capitalista buscará producir cada vez más mercaderías en menos tiempo y a un precio más bajo. Este proceso impulsa la automatización de la producción y, en su última etapa, la informatización. En la economía global, la productividad es función del saber tecnocientífico. Sin embargo, la ventaja competitiva que otorga a una empresa la introducción de automatización, robótica e informática, se desvanece cuando la innovación se generaliza. Las grandes ganancias se producen al incorporar nueva tecnología, y solo al iniciarse una nueva generación de mercancías, después de lo cual los precios bajan con rapidez. Esta tensión incesante impide al sistema estabilizarse. Por ello, el proceso de capitalización exige constantemente romper el equilibrio. La consecuencia es una guerra por el liderazgo que no puede detenerse, una lógica de la aceleración y de la expansión. Esta dinámica exige la generación de nuevas necesidades en la sociedad, en función del aumento de producción,

valorado como un fin en sí mismo. Surge así una nueva industria: la producción de demanda. El ritmo frenético de producción y consumo ha agotado los ecosistemas. La aceleración tecnoeconómica no es compatible con los ritmos naturales de renovación de las reservas y reciclaje de los residuos. Un sistema tecnoeconómico expansivo requiere enormes flujos de energía. Basta considerar que en el último siglo se utilizó la mitad de la energía consumida en los últimos 2.000 años. Desde el siglo XVII el liberalismo confiaba en que el mecanismo de la competencia era suficiente para equilibrar las fuerzas económicas que entran en juego. Se sostenía entonces que el sistema capitalista no necesitaría de ninguna regulación exterior, ni estatal ni ética: bastaba con dejar actuar libremente las fuerzas del mercado. Por consiguiente, la ética fue gradualmente suprimida de la economía. Sin embargo, este libre juego impulsa al capitalismo a transgredir sus propios postulados. En efecto, contrariamente a lo que pregonan sus ideólogos, los monopolios y oligopolios, la protección estatal, los subsidios, la elusión impositiva, no son distorsiones del mercado, sino sus formas clásicas y permanentes.

Concentración económica y externalización de gastos. Dentro de este sistema, la fórmula para lograr competitividad está asociada a grandes economías de escala que permitan enfrentar las incertidumbres del mercado. La fusión entre empresas conduce a la formación de enormes corporaciones transnacionales que a su vez presionan sobre la política en forma de poderosos lobbies. La política tiende a degradarse a una función del mercado. La concentración de capital es enorme: 350 empresas transnacionales hegemonizan la práctica económica actual. Este fenómeno desequilibra de tal modo las fuerzas económicas que entran en competencia, que resulta ingenuo hablar de libre mercado. En palabras de George Soros, en vez de conducirse como un péndulo regulador de equilibrio, el mercado actúa como una bola de demolición. El reflejo social de este fenómeno de concentración de poder económico se manifiesta en la llamada "sociedad dual": centros de opulencia rodeados de suburbios de pobreza y marginación. Por otra parte, los economistas descontextualizan el proceso económico de la sociedad y de la naturaleza. Razonan y toman decisiones como si el proceso económico circulara meramente por los registros contables. Siguen ignorando que el equilibrio final de los presupuestos no se alcanza meramente entre el debe y el haber de la contabilidad, sino entre la empresa, la sociedad y la naturaleza. En efecto, no contabilizan como gastos el deterioro del medio ambiente, la destrucción de la biodiversidad, los costos sanitarios causados por la contaminación,

los gastos producidos por los desechos industriales y del consumo. Estos gastos no se registran en los libros contables. Pero no desaparecen: son externalizados al Estado y la sociedad. Como señala Al Gore, cuando una empresa forestal tala medio millón de hectáreas de bosque, el dinero obtenido por la venta de la madera se contabiliza como ganancia, pero el deterioro ambiental producido no figurará entre las variables contables. Esa misma tergiversación está presente en los cálculos del PNB de los países, de acuerdo con criterios fijados por la comunidad internacional, bajo la supervisión de la ONU, cada veinte años. Al Gore no duda en calificar de *arrogancia intelectual, ceguera e irresponsabilidad* la incapacidad de la teoría económica para incorporar en los costos la externalización de gastos. Como afirma Edgar Morin, “*es la relación con lo no económico lo que le falta a la ciencia económica*”. En este sentido, es necesario reformular el concepto de productividad considerando no solamente el ahorro de tiempo y capital, sino también los impactos en el medio ambiente y en la salud de la población.

Crisis de la idea de progreso de un modelo inviable y crisis de civilización. Esta enorme expansión, que hoy asume una dimensión global, es identificada con el progreso. Siguiendo a los pensadores del siglo XVII, aún se confía en que el crecimiento tecnoeconómico conducirá a un mayor bienestar social, una más perfecta democracia y a la resolución de todos los problemas. Sin embargo, a pesar de la magnitud de la ciencia y la tecnología, del poder de la industria y del aumento de la producción, los graves problemas que padece la humanidad: pobreza, marginación, violencia, deterioro ambiental, no han podido ser resueltos. A su vez el hombre, que aspiraba a una mayor autonomía y libertad, se siente arrastrado por fuerzas descomunales que no comprende. Siguiendo a Descartes, la humanidad creía firmemente que su destino era “*convertirse en dueños y señores de la naturaleza*”. Por el contrario, el hombre actual está a la deriva en un mundo en el que se vuelve cada vez más vulnerable. El deslumbramiento que ha causado este modelo no permite advertir las falacias de su generalización. Basta considerar que, con el 6% de la población mundial, Estados Unidos consume el 33% de la energía del planeta. Los siete países más industrializados poseen la cuarta parte de la población mundial, pero consumen alrededor del 70% de los recursos naturales, y producen el 75% de la contaminación mundial. Lo primero que observamos es la inviabilidad del modelo que se promueve. En efecto, el planeta no podría soportar la presión energética y ecológica de dos países que tuvieran las características de Estados Unidos. Los países ricos pueden mantener ese ritmo

desmesurado a condición de que las demás naciones mantengan en un índice muy bajo su nivel energético y de contaminación. El concepto de “*desarrollo sustentable*”, desde el cual se intenta débilmente establecer nuevos parámetros, no ha sido definido ni precisado para enmarcar desde él las políticas tecnoeconómicas. Tampoco bastan los discursos éticos, reducidos a una retórica vacía, si no se toma conciencia de que ya no se trata de conformarse con la introducción de meras regulaciones circunstanciales dentro del espacio tecnoeconómico, sino de cuestionar los principios del sistema y sus presupuestos operacionales. Como observa Edgar Morin, la noción de desarrollo, como se ha impuesto, obedece a la lógica de la máquina artificial y la expande sobre el planeta (Morin, 1993). Un concepto meramente cuantitativo de desarrollo lo reduce a índices de crecimiento industrial y curvas económicas. Para Morin, la noción de desarrollo ha entrado en crisis, lo que revela a su vez una crisis de civilización. Esto significa una crisis de sus conceptos fundamentales. Superar esta crisis, por consiguiente, implica un replanteo de los principios conceptuales que sostienen el modelo actual de globalización. La consideración del progreso humano requiere detenerse a analizar qué significan los términos *progreso y humanidad*.

Replanteo de los criterios de progreso humano, nueva antropología y pensamiento complejo. Un criterio meramente cuantitativo conduce a identificar progreso con crecimiento ilimitado. Pero, como hemos visto, este criterio no es viable. El concepto de progreso y desarrollo debe medir no solamente los parámetros tecnoeconómicos, sino también los índices de salud, educación, equidad y justicia. El ideal de progreso ilimitado debe ser remplazado por una conciencia de los límites, tanto de los recursos naturales como de las proyecciones tecnoeconómicas. Se trata de tomar conciencia de los límites de nuestra condición humana. El modelo de progreso heredado se apoya en un antropocentrismo que considera al hombre separado de la naturaleza y destinado a dominarla. La naturaleza, a su vez, ha sido reducida a una mera suma de recursos, y a parámetros cuantificables. Será necesario elaborar una nueva antropología que vuelva a situar al hombre como parte integrante del tejido de la vida. El concepto de racionalidad vigente ha producido éxitos enormes, pero al mismo tiempo ha conducido a una visión fragmentaria y lineal, que separa los saberes de su contexto en un proceso de hiperespecialización cada vez más acentuado. El problema reside en que esta visión unilateral no es inofensiva: tarde o temprano desemboca en acciones ciegas y arrastra consecuencias incontrolables (Morin, 1984). Es urgente superar este modelo por

una razón que abarque la complejidad, capaz de contextualizar los saberes y de advertir la interrelación de todos los sectores del universo (v. *Bioética y complejidad*). A su vez, el pensamiento complejo tendría que ser introducido en todos los niveles del proyecto educativo.

Recuperación del espacio político, reformulación de la ética y replanteo del concepto de salud. Para Aristóteles, la política es la culminación de la ética: involucra una concepción de la excelencia humana opuesta al mero ejercicio del poder como espacio de las ambiciones personales. La vocación de poder debe dejar lugar a la vocación de servicio. Esto lleva también a definir el concepto de democracia como un espacio de decisión a través de la reflexión, el diálogo y el consenso entre iguales. En una democracia no puede haber privilegios, ni lobbies, ni grupos de presión. Actualmente hay una grave confusión de la ética con las regulaciones meramente legales. Sus facultades se ejercen cuando los hechos consumados y los intereses en juego condicionan fuertemente su aplicación. Aunque es necesario establecer normas jurídicas que controlen la economía, la ciencia y la tecnología, los principios éticos deben situarse más allá de las meras regulaciones legales. A su vez, es necesario abrir un nuevo encuadre ético: a la *ética de la intención* y la *ética de la responsabilidad* debe agregarse la *ética de la precaución*, que nos pide prudencia con respecto a avances tecnológicos cuyos efectos a largo plazo son difíciles de evaluar. Una sociedad democrática, justa y equitativa, regida por sólidos principios éticos, es la condición para una vida saludable. En efecto, hoy la salud se concibe como una mercancía, como la consecuencia del consumo de fármacos, en vez de designar un estado de plenitud, de autonomía y de equilibrio con la sociedad y el ambiente. Frecuentemente, la medicina dirige toda su estrategia contra la enfermedad, sin prestar atención a sus causales sociales, económicas y culturales. A los médicos se les exige curar, en el nivel individual, los daños que un determinado tipo de civilización genera en comunidades enteras, ignorando que muchas veces la enfermedad es un emergente de problemas estructurales.

Hacia un nuevo marco civilizatorio desde América Latina. En resumen, superar la crisis actual implica cambios muy profundos, basados en un replanteo radical de nuestros conceptos de progreso, economía, política, hombre, racionalidad, naturaleza, educación, salud. Es necesario elaborar nuevos criterios desde donde analizar los problemas y abor- dar vías de solución. En especial, desde América Latina debemos recuperar la experiencia ancestral de los pueblos aborígenes, cuya sabiduría ha sido desestimada por las miradas eurocéntricas. Los

conceptos presentados no configuran un programa, ni pretenden agotar las perspectivas de análisis. Se refieren a las condiciones sobre las que debería trazarse un proyecto de progreso humano, en el contexto de una globalización que implique un nuevo marco civilizatorio, de una civilización no excluyente, y consciente del destino común de la humanidad.

Referencias

George Soros. *La crisis del capitalismo global*, Buenos Aires, Sudamericana, 1999. - Al Gore. *La tierra en juego*, Barcelona, Emecé, 1993. - Edgar Morin, Anne Kern. *Tierra patria*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1993.

Globalización y cambio religioso

Renée de la Torre Castellanos (México) - *Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Ciesas), Occidente Guadalajara*

La globalización de los sistemas religiosos. Hoy el mundo se ha encogido. Esta podría ser la metáfora que explica de manera más contundente los efectos de la globalización en el mundo contemporáneo. La globalización, aunque es un concepto que se deriva en un primer momento de los impactos de la economía capitalista en la unificación de los mercados, es también un concepto útil para entender las transformaciones culturales que se viven hoy. La globalización es un fenómeno que se manifiesta como efecto de una sociedad red, que en primera instancia implica una interconexión mundial por donde fluyen y se intercambian bienes, mercancías, significados, información, dinero, individuos, grupos sociales, más allá de las barreras regionales, nacionales y culturales. Decir que el mundo se ha encogido significa que las distancias (la duración temporal para recorrer un punto de origen a un punto de destino) están trastocadas. Lo que antes era lejano, ahora puede vivirse como cercano gracias a la velocidad de los intercambios que nos ofrecen las tecnologías de la comunicación e informática y a la eficiencia en los medios de transportes; además, en términos culturales, se ha ensanchado la concepción de nuestro mundo, al cual incorporamos las experiencias de nuestra propia movilidad o de nuestro acceso a una información global, haciendo que lo que lo que antes se apreciaba como exótico o extraño hoy puede ser valorado como familiar o normal. Por globalización de la religión entenderemos los procesos de translocalización y relocalización de elementos simbólicos propios de los sistemas religiosos. Su circulación atraviesa las fronteras nacionales y conecta en circuitos transnacionales creencias,

símbolos, rituales y mitos que anteriormente se mantuvieron anclados en culturas territoriales y religiones institucionalizadas. Este proceso contribuye a la hibridación de religiosidades y a la emergencia de dinámicas de reivindicación del regreso a los orígenes de las religiones. El impacto de la globalización en el cambio religioso se manifiesta principalmente en un conjunto de sucesos por estudiar, que definen ese proceso.

La transnacionalización de las iglesias evangélicas y las teorías del colonialismo internacional. El tema de la transnacionalización de la religión comprende dos procesos de transformación religiosa. Por un lado se estudia el impacto cultural de las protestantes de origen anglosajón en el continente latinoamericano (los testigos de Jehová, las asambleas de Dios, los mormones, los adventistas). Esta acción misionera, que ha tenido un crecimiento impresionante a partir de la década de los setenta, fue originalmente definida por distintos sociólogos de la religión como una estrategia de colonización y de imperialismo cultural y religioso sobre América Latina. Mediante esta concepción, la protestantización o pentecostalización del continente se veía como una amenaza cultural que debilitaría, sustituiría y terminaría por destruir las identidades tradicionales y locales.

Relocalización de las religiones internacionales. Hoy en día muchas de las iglesias evangélicas se han ido reculturalizando y han echado raíces en América Latina, además de que podemos mencionar un gran número de iglesias multinacionales, de origen latinoamericano, que han logrado una presencia internacional; entre ellas destacan la iglesia Universal del Reino de Dios, de origen brasileño, y la iglesia La Luz del Mundo, de origen mexicano. Las teorías contemporáneas que explican la internacionalización de la religión señalan que estamos lejos de una estandarización u homogeneización de la religión, y que estamos atestiguando un panorama marcado por la diversidad del campo religioso en el cual las contribuciones globales se combinan y negocian constantemente con las culturas locales.

La desterritorialización y la reterritorialización de las religiones nativas. En América Latina se han mantenido religiones vinculadas con poblaciones nativas y grupos étnicos, cuya identidad y religiosidad antecedieron la conquista o la construcción moderna de las naciones. Estas religiosidades, aunque la mayoría de las veces se practicaban bajo formas sincréticas con el catolicismo popular, habían estado históricamente muy vinculadas con aspectos raciales y con las culturas locales de ciertas poblaciones indígenas o de orígenes africanos. Por ejemplo, la Santería en Cuba, el Candomblé

en Brasil, la mexicanidad en México, el vudú en Haití, etc. Incluso estas religiones fueron matriz cultural e identitaria de movimientos nacionalistas, étnicos o raciales. Esto ha cambiado, pues en los momentos actuales estas religiones se han transnacionalizado (existe Candomblé en Argentina, Santería en Miami y París, y mexicanidad en España) en gran parte debido a los movimientos migratorios y de exilio masivo que hace que los pobladores lleven sus creencias y rituales a los lugares de destino; pero también se debe a una importación de cultos exóticos, que hibridan las religiones nativas, puesto que sus nuevos practicantes ya no son necesariamente los sujetos históricos que mantuvieron esas tradiciones religiosas vinculadas con los valores étnicos, nacionales, clasistas y raciales.

Las religiosidades híbridas: el New Age como nuevo ecumene global de la religiosidad contemporánea. La religiosidad o sensibilidad religiosa conocida como *New Age* o Nueva Era tiene características de un nuevo ecumene global, que opera como red planetaria de redes alternativas y de movimientos espirituales. El movimiento *New Age* se constituye de individuos y grupos autónomos, es extra eclesial, tiene una concepción *holística* de la relación entre lo particular y la totalidad, no tiene una doctrina definida, sino que es más bien un conocimiento flexible, difuso y ecuménico. Esta religiosidad, basada en el autodesarrollo individual, en el amor y respeto a la naturaleza, en la creencia en las energías como fuerzas creadoras del universo, es una religiosidad alternativa frente a algunos aspectos de la modernidad: la institucionalización, la industrialización y la sociedad de consumo. Diversos grupos del movimiento Nueva Era en América Latina han establecido conexiones, intercambios y fusiones con grupos nativistas indígenas o africanos, por ser considerados fuentes de sabiduría universal. Estos contactos tienen repercusiones en la conciencia identitaria, pues redimensionan el origen local de las tradiciones locales en un movimiento de alcances planetarios, y generan novedosas hibridaciones entre los nativismos americanos y las religiones orientales.

La transversalización de la religión: mercancías esotéricas y la religiosidad popular. La globalización está presente en la circulación de mercancías que forman parte de la oferta denominada "nebulosa esotérica". Dicha mercantilización de símbolos religiosos, servicios terapéuticos, fórmulas mágicas, contextos turísticos, conocimientos ancestrales contribuye a transversalizar los regímenes de valor entre los contextos culturales y religiosos de donde fueron tomadas, los circuitos de circulación de las mercancías, y los contextos locales en que se consumen, usan y reapropian dichas mercancías como objetos cargados de

sentido religioso (sagrado, trascendente o mágico). Esta nueva red de mercado esotérico ofrece artículos con poderes mágicos o terapéuticos que provienen de distintas tradiciones religiosas: budistas, hinduistas, saberes esotéricos, de la magia blanca, del espiritismo, del catolicismo popular, de las cosmovisiones prehispánicas, que pueden ser mezcladas con todo tipo de ofertas de superación personal, de cuidado de la salud, del cuerpo y de la ecología. Esta mercantilización de bienes y servicios esotéricos, cuya circulación ocurre en establecimientos y en los medios de comunicación, produce nuevos sincretismos con los elementos mágicos religiosos de las culturas populares tradicionales.

Mass-mediación de las religiones. Cada día son más las ofertas de religiones mediáticas: “iglesias electrónicas”, “tele evangelizadores”, “radio evangelistas”, “religiones y cultos cibernéticos”. Gran parte del éxito misionero de algunas iglesias neopentecostales en América Latina se debe a la instrumentación misionera de los medios electrónicos, pero también los medios, en especial la televisión, son hoy en día un terreno de evangelización de la iglesia católica. Los efectos de la *mass mediación* también están modificando cultos, cada vez más parecidos a los *reality shows*, a conciertos pop, a espectáculos de masas.

Migración: transnacionalización y reetnización de las religiones populares. Los fenómenos migratorios masivos, sean de América Latina a Estados Unidos o de América del Sur a Europa, generan un intenso proceso de migración de los cultos religiosos, generando profundas transformaciones en las prácticas de la religiosidad popular, en sus lugares de origen; en las zonas fronterizas, como en la refundación de sus cultos locales en las zonas de destino migratorio.

En síntesis, podemos afirmar que la globalización impacta de distintas maneras y con distintos efectos la composición de las religiones contemporáneas: sea para generar nuevos hibridismos, o para esencializar las religiones tradicionales que se perciben en riesgo de extinción. En el caso de Latinoamérica, habrá que preguntarnos si sus efectos fortalecen o debilitan a las identidades locales o regionales, si el establecer nuevas conexiones translocales amplía los marcos éticos y filosóficos de los creyentes hacia una religiosidad abierta a la pluralidad mundo y a la pacífica convivencia de las diferencias, o si por el contrario es el nuevo fermento de brotes de intolerancia hacia los otros. ¿Es la globalización un paso firme hacia la modernidad, entendida como el sustento de la libertad, la reflexión crítica y una ética universal? O, por el contrario, ¿contribuye al reforzamiento de religiones integristas y fundamentalistas que se oponen a la

modernidad? Como hemos querido mostrar, la globalización es multidireccional y su principal efecto es la multiplicidad de formas de organizar la religión en novedosas coordenadas espacio-temporales, a partir de las cuales se generan los marcos de interacción comunicativa del nosotros y los otros, de lo cercano y lo lejano, de lo propio y lo exótico. En este nuevo contexto se conforman las maneras de organizar las creencias de los ciudadanos contemporáneos.

Referencias

Jean Pierre Bastian. *La mutación religiosa de América Latina*, México, Fondo de Cultura Económica, 2003. - Stefania Capone (ed.). *Religiones transnacionales*, Revista *Civilisations*, Vol. LI, N° 1-2, Institut de Sociologie de la Université Libre de Bruxelles, enero 2004. - Julia Carozzi (org.). *A Nova Era no Mercosur*, Petrópolis; Editora Vozes, 1999. - André Cortén, Jean Pierre Donzon y Ari Pedro Oro (comps.). *Les nouveaux conquérants de la foi*, Paris, Karthala, 2003. - Renée De la Torre y Cristina Gutiérrez Zúñiga (eds.). *Religión y mercancías en América Latina*, Revista *Desacatos*, N° 17, Ciesas, México, 2005. - Ari Pedro Oro y Carlos Steil (orgs.). *Globalização e religião*, Petrópolis, Editora Vozes, 1999.

Globalización y mercado de la alimentación

Jorge Eduardo Rulli (Argentina) -
Grupo de Reflexión Rural (GRR)

El modelo agroexportador y el rol de país forrajero configuran la nueva situación colonial en el capitalismo global. Ejemplos pueden hallarse en toda América Latina: hambre en países productores de alimentos, represión a los productores, exportación creciente de productos transformados mediante la biotecnología, para lograr aumento de divisas y dependencia del modelo de agronegocios. La lógica del modelo es el aumento constante de las exportaciones; crecimiento que va en desmedro de la producción de alimentos. Las consecuencias son inmensos territorios vaciados de sus poblaciones rurales, pueblos que desaparecen, pequeños productores que deben dejar sus tierras o hipotecarlas debido a su dependencia de insumos, semillas OGM, herbicidas, maquinarias de siembra directa y, sobre todo, hambre para las poblaciones, ya que la alimentación comienza a depender del mercado internacional manejado por intereses globalizados.

El discurso verde. Los discursos de sustentabilidad social y ambiental, que fueran parte del arsenal de denuncias de las organizaciones de la sociedad civil, son cooptados por las corporaciones que pretenden vestirse de nuevas responsables con la complicidad de ONG que exhiben como progreso las mitigaciones o morigeraciones de

impactos que se prometen. El discurso hegemónico tiene marcos precisos y estrategias efectivas; por ejemplo, confundir la violencia, que siempre es un hecho cultural, con la agresividad que es propia y característica del espíritu del hombre. Se reclama el respeto a las reglas y la moderación en el discurso mediante la aceptación de protocolos del consenso que no dan posibilidades para la propia identificación ni permiten la manifestación suficiente y previa de las diferencias. De ese modo, se produce una transmutación del enemigo en adversario, y de los combatientes en aquello que combatían. La visión del capitalismo globalizado impone la regla de diluir las antinomias e intercambiar los roles de los opuestos. Un ejemplo claro es el uso cooptado del concepto de sustentabilidad con el que se producen verdades aparentes sin mayores consecuencias. El discurso hegemónico trata de imponer una mirada en la que ya no hay verdades básicas ni fundamentos de verdades últimas, de modo que queda sin sustento la identidad y por consiguiente la posibilidad de definir al otro como diferente, llámese enemigo o como se lo quiera llamar. La construcción del modelo se basa en generar sentidos comunes a la subjetividad creada por el neoliberalismo. Una vez que se ha construido ese sentido común, la dificultad de deconstruirlo y de construir otro sentido alternativo requiere un esfuerzo titánico.

La resistencia crece. Sin embargo, y más allá de los discursos, la violencia está vigente como nunca jamás en la historia; además, se ha globalizado. Pero ¿acaso son la agresividad y la violencia parteras de la historia?, ¿acaso no son la estrategia que permite romper o desbordar los modelos impuestos que se reproducían a sí mismos intentando perpetuarse? Rodolfo Kusch, cuando habla de América profunda, refiere siempre a un imaginario de magma y a un abismo impensable, horrible y hediondo que oficia como caos creador del inconsciente y de las fuerzas colectivas ligadas a la tierra por lo fundante del pensamiento, por el arraigo, por la tradición y la cultura. Sobre ese magma social y de pensamiento popular se enfría una capa leve de lava sobre la cual ejercemos nuestra precaria racionalidad y nuestras certezas sobre el mundo de los objetos. A veces esa capa es tan fuerte que nos hace olvidar que debajo subyace un abismo y en el escenario en que construimos el propio universo casi nos dejamos convencer sobre la inexistencia de la muerte y la existencia en cambio de un progreso ilimitado; otras veces la capa leve se fractura y nos caemos en lo hondo; en ocasiones el magma estalla y es preciso reformular ideas y el orden social. Después de cada estallido cambian las correlaciones de fuerzas. Sin embargo, hay un modelo que se impone cada vez más: aquel en que el grueso de las cadenas de la

producción, de la comercialización y la exportación pasa a manos del dominio transnacional. Se agregan a este modelo intensas políticas sociales: para paliar la pobreza, para fomentar microempresarios, para la atención a la salud, etc., que en realidad no buscan resolver el tema de la exclusión y del hambre, sino perpetuarlo y contenerlo para evitar nuevos estallidos. Nos encontramos así con que las zonas de extrema pobreza, marginalidad y desocupación son también zonas donde el capitalismo globalizado explora nuevos modos de manipulación y de clientelismo. Juegan un papel muy importante en esto los multimédios oligopólicos haciendo estragos sobre la idea que los excluidos tienen de sí mismos. También, el uso del poder político se asocia muy frecuentemente al de las bandas de narcotraficantes, las policías de “gatillo fácil” y de los punteros políticos. Resulta al menos arriesgado imaginar que de esas zonas pueda surgir el nuevo sujeto emancipatorio.

Rol de las empresas transnacionales. No se puede ignorar el poder de estas empresas que afecta a todos los órdenes de la vida de la gente. Cuando en plena ofensiva de estas empresas se acepta la discusión de los problemas, como lo hacen algunas organizaciones ambientalistas, se da por supuesto que de parte de esas organizaciones existe capacidad de negociar, es decir la certeza de disponer del poder suficiente para ello. Sin embargo, cuando de hecho se enfrenta en las mesas de negociación el poder de unas con el de las otras, el resultado suele ser, por estas últimas, aceptar y sumarse a la estrategia empresarial con la esperanza de negociar algunos límites a sus ofensivas y acotar el daño que se considera inevitable. Pero no debemos olvidar que estas empresas necesitan ver legitimado su modelo por la gente y los intelectuales, así como que se interiorice el neocolonialismo hasta el punto que sea asumido como una nueva identidad: la identidad de los hombres del consenso en el nuevo orden neocolonial. Necesitan preservar sus estrategias de mercadeo global y recurren a la cooptación de ciertas ONG y a la información proveniente de ciertas consultoras prestigiosas para evitar las posibles crisis sociales y la conciencia de los colapsos ambientales que generan sus negocios.

La sustentabilidad. Para comprender el uso de discursos ambientales para propósitos de dominio económico, podemos tomar el caso de la soja en Argentina. Este país viene acrecentando su producción de soja desde hace más de catorce años mediante la incorporación del modelo agroexportador y el rol de país forrajero. La etapa actual se acompaña con un discurso que recurre al argumento del Mercosur y la sustentabilidad. Es necesario, sin embargo, aclarar que en esta etapa no solo está programado añadir nuevos territorios a las extensiones

asignadas a los monocultivos, con una planificación económica orientada al beneficio de las empresas por ellas mismas ante un Estado ausente, sino que fundamentalmente se genera la complejización del modelo y la incorporación de nuevos actores y protagonistas que lo fortalezcan y legitimen. El nuevo modelo está sustentado sobre diagnósticos correctos que describen situaciones sumamente críticas e igualmente insoportables para la conciencia del consumidor europeo. Así se ofrece como argumento mayor rotaciones de soja y ganadería para preservar suelos e imaginar ilusorios modelos de sustentabilidad. Esta propuesta olvida la concentración en el uso del suelo en Argentina y el masivo abandono del campo por los pequeños productores imposibilitados de mantener este tipo de cultivo. En realidad esta propuesta debe ser leída desde la crisis suscitada por los problemas ambientales en Europa, consecuencia de la enorme concentración de corrales de engorde en las cercanías de los puertos donde desembarca el grano importado y la búsqueda de las empresas de una mayor racionalidad de la producción que les permita evitar los actuales impactos, trasladando la cría en engorde a los países productores de forraje. En el mismo sentido se halla el incremento de la agricultura orgánica, que responde a las nuevas políticas y mercados certificados que inauguran las corporaciones. Cuando las empresas se refieren a la agricultura orgánica, están hablando de una agricultura extensiva y de exportación que respeta absolutamente el modelo impuesto por las transnacionales de semillas mejoradas y de producción de agrotóxicos desde los finales de la Segunda Guerra Mundial. Se trata de una agricultura orgánica muy dependiente de insumos supuestamente no contaminantes, dependiente asimismo de semillas certificadas y de empresas controladoras de la calidad de esa producción orgánica. La transformación de la agricultura en *agro-business* y la conversión de las prácticas agrícolas en *farming* han sido ejes fundamentales de la transformación impuesta al sector rural en paralelo con la *commoditización* de sus producciones, la creciente dependencia de insumos y la adaptación a los nichos de mercados con certificaciones, trazabilidad y denominaciones de origen. En los nuevos discursos empresariales hallan su lugar también las inversiones en energías renovables y en gestión de residuos sólidos urbanos. La aprobación del Protocolo de Kyoto y la búsqueda de mecanismos de desarrollo limpios abren amplios espacios para implementar nuevos negocios con el cambio climático que la misma industria provoca. Así, los países desarrollados se comprometieron a apoyar la utilización de energías menos contaminantes en los países en vías de desarrollo; con ello iniciarán un gigantesco mercado de créditos de

carbono regidos por mecanismos de mercado como la oferta y la demanda de certificados de emisiones de gases de efecto invernadero. La propuesta de producir biocombustibles implica en realidad un modelo de agricultura no sustentable e improductivo, porque consume más energía que la producida y porque exigirá un mayor productivismo y escala en aquellos lugares en que se desarrolle. Será un modelo de agricultura injusta porque concentrará riqueza en pocas manos y será antiecológica porque al proponerse producción en escala lo hará inevitablemente con abuso de insumos químicos y sin respetar los procesos naturales. Es injusto que en un país y en un mundo plagado de hambrientos, continúe insistiéndose en usar la agricultura para fines que no son producir alimento, sosteniendo un modelo de agricultura sin agricultores y de exportación de insumos que vacía de población rural el campo y, en aras de una agricultura de escala y de una ganadería de fábrica, abandona el modelo de seguridad alimentaria y también la antigua producción de alimentos.

Impactos de la soja RR en Argentina. Los impactos del modelo de la soja sobre los ecosistemas y las poblaciones son cada vez más evidentes en todo el territorio nacional. Cuando se alcanzan los 18 millones de hectáreas de monocultivos transgénicos, sus efectos han sido devastadores tanto para el medio ambiente y la biodiversidad cuanto para la vida y la cultura rural. El modelo agroexportador de forrajes se ha constituido en una fábrica inagotable de pobreza, fuente de desarraigo y razón de migración hacia las grandes ciudades, donde en los nuevos y crecientes conurbos se multiplican los fenómenos de la indigencia y de la exclusión social. Además, la soja y el maíz transgénico han desplazado a muchos otros cultivos que aportaban alimentos a la mesa de los argentinos, algunos de los cuales ahora deben ser importados. El uso intenso de agrotóxicos ha mostrado la falsedad de las promesas que tuviera en los años 90 la llamada revolución biotecnológica. Las cifras en uso de herbicidas y de nuevos pesticidas son elevadas y han provocado una masiva contaminación de las cuencas hídricas y de las napas freáticas. Asimismo esta agricultura industrial ha barrido las pequeñas producciones hortícolas, tambos y criaderos de aves que rodeaban tradicionalmente a todas las ciudades argentinas. Ahora los monocultivos llegan a las primeras calles de los pueblos y ciudades, y las fumigaciones aéreas impactan sin piedad sobre las poblaciones de los barrios periféricos, provocando graves y crecientes estadísticas de cánceres y enfermedades terminales. Como consecuencia de los profundos desequilibrios del ecosistema, han aparecido nuevos patógenos como el fusarium y la roya, que ahora infestan los monocultivos de soja. Ello

es consecuencia de que la comunidad de microorganismos del suelo ha sufrido fortísimas modificaciones y se han multiplicado los hongos en desmedro de las colonias bacterianas. Asimismo se han registrado cambios en las comunidades de malezas con la aparición de especies inusuales en estos sistemas y de varias malezas que han desarrollado tolerancia al glifosato. La respuesta de los sojeros ha sido hasta ahora operar sobre los efectos, aumentando las aplicaciones y la cantidad de glifosato por hectárea, así como de otros fungicidas y herbicidas como el 2.4D, fungicidas e insecticidas para responder a las nuevas amenazas producidas por un profundo desequilibrio de los agroecosistemas. Otro tema de fuertes impactos es la práctica de barbechos químicos en el invierno que, luego de una soja de primera y una de segunda, completa en vastas extensiones el ciclo del monocultivo y del creciente agotamiento de los suelos. Luego de la última cosecha y antes de las primeras heladas, en estos campos que se disponen para el barbecho germinan verdes alfombras de soja guacha. El método que se emplea, dado que por ser esa soja RR resistente al glifosato y tal vez para evitar demandas de la empresa Monsanto, proveedora mayoritaria de la semilla OGM, es combatirla con un producto cuyo nombre comercial es Grammoxone y cuyo componente activo es el temible paraquat. Como consecuencia de la nueva situación ambiental creada en el campo por las aerofumigaciones y la contaminación, podemos verificar una masiva colonización de las zonas urbanas por los pájaros silvestres, incluidas las aves carroñeras, de rapiña y gaviotas, así como los roedores del campo, obligados todos a abandonar sus hábitats naturales, ahora convertidos en lugares hostiles.

La ética empresarial. La responsabilidad social empresarial tiene como concepto aproximadamente unos diez años de vida y viene creciendo con renovadas fuerzas. Habiendo sido al principio solo motivadora de acciones aisladas, filantrópicas, destinadas a la ayuda de sectores desfavorecidos, se transformó pronto en un medio eficaz para añadir valor agregado a las propias producciones o servicios y proponerse nuevos criterios de maximización de ganancias. Dice Adela Cortina en su libro *Ética de la empresa*: “*lo ético es rentable, entre otras cosas, porque reduce los costos de coordinación externos e internos de la empresa: posibilita la identificación con la corporación y una motivación más eficiente*”. En los últimos años muchas carreras de administración de empresas incorporaron cursos de ética desde una perspectiva meramente instrumental para ponerla al servicio de un logro empresarial: la maximización de las ganancias. La comprobación de que el grueso de los consumidores considera positivo que

una empresa se encuentre comprometida con su entorno inmediato, más allá de sus intereses económicos, abrió camino para experimentar que buena parte de esos consumidores estarían dispuestos a pagar un plus por productos socialmente responsables. Esto lleva a las empresas a pensar la responsabilidad social empresarial desde tres grandes líneas estratégicas según los intereses del mercado de consumo: un área de políticas laborales, uno de políticas sociales y por último uno de políticas ambientales. Esto les posibilita nuevos modos de ejercitar la competencia y, lo que es más importante, sumar a sus arsenales de marketing discursos y pensamientos sociales y ambientales, dejando atrás los tradicionales mensajes publicitarios, enriqueciendo y complejizando sus estrategias, y asumiendo nuevas responsabilidades que fueron hasta ayer propias del Estado. Sin embargo, el discurso de la ética empresarial, respaldado por el de la sustentabilidad de ciertas prácticas agrícolas e industriales, no cuestiona los factores económicos y políticos que producen la injusticia, sino que se preocupan por las estrategias y los procedimientos empresariales. Todo debate sobre la ética y la economía solo cobra sentido si somos capaces de recuperar la antigua concepción de la economía como economía política, en el sentido que la capacidad y la decisión de modificar las reglas sigue siendo un tema político. Ello ocurrirá sólo si somos capaces de reconocer con visión integral que el sistema económico no es más que un subsistema de la sociedad global.

Respuestas políticas argentinas. La Cancillería argentina se define en política internacional contra los subsidios que afectan su acceso a los grandes mercados europeos. Lo que no se considera es que la política de subsidios en Europa se genera a partir del hambre y de una enorme necesidad de seguridad alimentaria en la posguerra y que, en consecuencia, esa propuesta fue y sigue siendo absolutamente legítima para los europeos. Es verdad que esas políticas, justificadas en su origen, derivaron luego en el respaldo a la industria alimentaria y a muchos modos de favorecer la exportación y en un dumping internacional de producciones alimentadas con forrajes provenientes de países subdesarrollados, que sufren en los mercados internacionales por los precios subsidiados. Reconocer esto no significa dejar de señalar que la política exterior argentina sigue siendo estar contra todo subsidio y contra toda propuesta de seguridad alimentaria. Además, debemos reconocer que esa política se mantiene aún al precio terrible de condenar a un tercio de la propia población al hambre, ya que la clase política parece tan principista en este terreno y tan leal a las reglas de la OMC, que para ser consecuente con su discurso internacional se niega a establecer precios sostén

para alimentos destinados a la mesa de los argentinos y que podrían aliviar el hambre de los indígenas y evitar una próxima generación de argentinos intelectualmente disminuidos. La respuesta política que puede responder a este proceso globalizador que se convierte en un proceso colonizador, usando la producción agropecuaria como arma, es imaginar modos de lucha que, como lo hicieron otros a lo largo de la historia de los países del tercer mundo, posibiliten la recuperación plena de lo humano que les ha sido expropiado por el colonizador. La recuperación de lo humano por el colonizado es siempre la recuperación de la propia identidad, y ello sigue siendo una tarea

pendiente. Junto a la afirmación orgullosa de esa identidad necesaria, falta la proclamación del hecho cultural de existir en la otredad, aún no reconocida de ser diversa y única. Ello significa estar arraigado tanto en un suelo dado como en una historia que nos provee un modo de saber quiénes somos, de dónde venimos y, por tanto, determinar adónde queremos llegar.

Referencias

Alberto Buela. *Metapolítica y filosofía*, Buenos Aires, Editorial Teoría, 2002. - Rodolfo Kusch. *América profunda*, Ed. Bonum, 1975. - Página del GRR <http://www.grr.org.ar>. - Franz Fanon. *Los condenados de la Tierra*.

Hambre y desnutrición

La imagen de alguien sufriendo desnutrición o muriendo de hambre impacta nuestra conciencia no solo por la idea de violación de un mandato moral a priori, sino también por la ruptura de todo futuro imaginable para nuestra integridad moral (v. *Desnutrición infantil y pobreza*). Se trata de un impacto emocional, sin duda, y algunos bioeticistas han querido sostener que estas emociones no forman parte del discurso moral en cuanto a generar deberes, sino que pueden conducir cuando más a actos de libre disposición a la caridad. Pero este tipo de abordaje moral, como suelen ser las distintas variantes del egoísmo ético, tienen poca aceptación desde el sentido común y resultan muy vulnerables a la inmensa mayoría de las concepciones teóricas sobre la justicia, por no decir a su totalidad. El problema moral que se encierra en determinadas situaciones de la realidad no requiere otra cosa que la intuición (v.) como comprensión directa e inmediata de una verdad, para alcanzar la certeza de que esa realidad –la del hambre– nos ofende y nos obliga moralmente. Aún más, la situación de hambre y desnutrición de una persona sacude la totalidad de nuestra identidad y no solo nuestro saber o nuestra voluntad. Porque el absurdo de ser, ante esa visión, es de tal magnitud que lleva hasta el límite a las condiciones mismas de nuestra auto-comprensión. No se trata de un problema de libertad, sino de la integridad de nuestra identidad moral. Esto es, de la razón constitutiva del ser que somos como fundamento posible de nuestra libre voluntad.

El hambre en América Latina. En América Latina millones de personas padecen hambre y desnutrición. Los casos bioéticos repiten una y otra vez, hasta en medio del uso de altas tecnologías, esta realidad regional. Hay pacientes con insuficiencia renal, por ejemplo, que reciben diálisis hasta que pueden realizarles un trasplante, pero que no tienen vivienda permanente ni condiciones sanitarias adecuadas, que están desnutridos no solo por la enfermedad que padecen, sino por no tener dinero para alimentarse, y no tienen dinero para pagar los medicamentos de sostén del trasplante ni tienen cobertura de salud para hacerlo. Así sucede en tantas otras situaciones en atención de la salud (v.). Pero el problema del hambre ha tenido una historia muy particular en América Latina. Cuando los españoles llegaron a este continente, sin conocimiento alguno sobre los modos de producir alimentos en los nuevos territorios, padecieron muerte por hambre salvo cuando lograban ser

asistidos por los aborígenes que estaban mejor alimentados y tenían alimentos para darles. Se trató de la primera crisis de seguridad alimentaria (v.), sin duda alguna, y de esta situación han quedado detalladas descripciones. Una de las crónicas más difundidas han sido los *Naufragios y comentarios* de Alvar Núñez Cabeza de Vaca, cuyo argumento central –puede decirse– es la historia del hambre de un colonizador en su peregrinación por las tierras aborígenes del norte de América (situación que luego le perseguiría cuando Cabeza de Vaca entró por Brasil hasta Paraguay). En el sur, poco después de la fundación de la actual Buenos Aires por Pedro de Mendoza, esta ciudad sería llamada Puerto del Hambre. Ulrico Schmidl, que formó parte de esa expedición fundadora, describió hasta el horror las razones de tal nombre en su crónica conocida como *Derrotero y viaje a España y las Indias* según la traducción de Edmundo Wernicke. En su pasaje más atroz, Schmidl dice: “*Fue tal la pena y el desastre del hambre que no bastaron ni ratas ni ratones, víboras ni otras sabandijas, hasta los zapatos y cueros, todo tuvo que ser comido. Sucedió que tres españoles robaron un caballo y se lo comieron a escondidas; y así que esto se supo se les prendió y se les dio tormento para que confesaran. Entonces se pronunció la sentencia de que se ajusticiara a los tres españoles y se los colgara de una horca. Así se cumplió y se les ahorcó. Ni bien se los había ajusticiado, y se hizo la noche y cada uno se fue a su casa, algunos otros españoles cortaron los muslos y otros pedazos del cuerpo de los ahorcados, se los llevaron a sus casas y allí los comieron. También ocurrió entonces que un español se comió a su propio hermano que había muerto. Esto sucedió en el año 1535, en el día de Corpus Christi, en la referida ciudad de Buenos Aires*”.

Pero al culminar la conquista de la región, la situación se invertiría: los españoles estarían bien alimentados y los aborígenes morirían de hambre. Una de las razones más importantes para ese cambio fue producto de la ‘encomienda’, institución de origen feudal que en América otorgaba un número de indios a determinado señor para que este recibiera el fruto del trabajo y los tributos de aquellos a cambio de protección y evangelización. Todos los españoles aspiraban a ser encomendados porque con un número de indios a su servicio aunque fuera pequeño quedaban a salvo del hambre. Sin embargo, este régimen no solo cambió el destino de consumo de la producción alimentaria indígena, sino también sus modelos de producción y finalmente les sumió en la desnutrición.

Instalada la dialéctica del amo y el esclavo, el hambre pasó a ser padecimiento de los pueblos originarios y se convirtió en endemia regional. Aunque las *Leyes Nuevas* de 1542 abolieron el carácter hereditario de las encomiendas otorgadas a los primeros conquistadores, la rebelión de los colonos a dicha norma persuadió a Carlos V que dicha supresión sería la ruina económica de las colonias. En 1545 suprimió el capítulo 30 de aquellas leyes, que había abolido las encomiendas. Los resultados de la persistencia de aquella legislación, entre otros factores, han de analizarse para comprender las

razones que nos obligan hoy a reclamar un derecho a la alimentación (v.). En un sentido fundacional, un detallado estudio del hambre más reciente en el continente americano fue realizado por el médico y sociólogo brasileño Josué de Castro en su trascendente *Geografía del hambre* (1946). Estos y otros estudios, como los de nutrición (v.) llevados a cabo en varios países latinoamericanos, no pueden dejar de ser parte fundamental de las reflexiones y construcciones de una bioética regional atenta a los problemas éticos concretos de sus comunidades.

[J. C. T.]

Nutrición

Héctor Bourges (México) - *Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán*

Concepto. Nutrición es la acción y efecto de nutrir, del latín *nutrīre* que, en el lenguaje común, es sinónimo de alimentar, llenar, restaurar, sustentar, criar, cebar y, en forma figurada, de acrecentar o fortalecer. Al parecer, *nutrīre* y su derivado *nutrición* se comenzaron a usar en español hace unos cuatrocientos o quinientos años como sinónimos “cultos” de alimentar y alimentación. Alimentación es la acción y efecto de comer, alimentar o alimentarse. Si bien la equivalencia antes señalada entre nutrición y alimentación se mantiene todavía en el lenguaje común, en el lenguaje científico, en particular en Hispanoamérica, se da a *nutrición* una connotación más amplia como “el conjunto de fenómenos que tienen por objeto la conservación del ser viviente”. Desde esta perspectiva, la alimentación es una parte o un paso de la nutrición y, por ello, al comer, el *ser humano se alimenta y se nutre*. La disciplina científica que estudia la nutrición y la alimentación es la *nutriología*.

La nutrición como proceso biológico. La nutrición es un proceso biológico universal, es decir, común a todos los seres vivos; todos los organismos vivos se nutren, y solo ellos lo hacen. Por ello, nutrición y vida son conceptos inseparables. Conservar la vida y reproducirse para conservar la especie son tareas fundamentales de todo organismo. Ambas dependen del abastecimiento suficiente de energía y de un conjunto de “sustancias nutritivas” de origen externo al organismo, que realizan una o más funciones metabólicas. Una definición más precisa de nutrición sería “el conjunto de los procesos involucrados en la obtención, asimilación y metabolismo de las sustancias nutritivas”. La alimentación corresponde al primero de esos pasos. Comer es un acto intermitente y en esencia voluntario y consciente que, en forma casi “automática”, desencadena la digestión de los alimentos y de los compuestos que contienen, la absorción intestinal

de las sustancias nutritivas, su distribución en el organismo, su incorporación y metabolismo en cada una de las células y la excreción de los desechos. Si bien la nutrición tiene lugar fundamentalmente en las células, el concepto se puede también aplicar e integrar en los ámbitos tisular, del individuo y social; se hace referencia entonces a la nutrición de tal o cual tejido, persona o población. En contraste con la alimentación, que es intermitente y en esencia voluntaria y consciente, la nutrición es continua y en su mayor parte no es voluntaria, ni perceptible para el individuo.

El caso del ser humano: más que un proceso biológico. Es claro que comer (alimentarse) es una necesidad biológica ineludible, porque de su plena satisfacción depende la conservación de la vida. Sin embargo, para el ser humano es mucho más que eso; además de sustento para el cuerpo, es estímulo placentero para los órganos de los sentidos, medio de expresión artística, instrumento eficaz de comunicación y de vinculación social, elemento medular de ritos, de ceremonias y de celebraciones festivas o luctuosas, instrumento para mantener y fortalecer el sentido de identidad y, en fin, una de las formas predilectas para expresar las peculiaridades de cada cultura. Puesto que es sustento, gozo, vínculo social y sello y forma de expresión cultural, y puesto que tiene numerosos determinantes biológicos, psicológicos y sociológicos, se dice que la alimentación (y por consiguiente la nutrición) tiene carácter bio-psico-social. Si se considera lo anterior, una definición más precisa de alimentación para el caso del ser humano es “el conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos, mediante el cual el organismo obtiene del medio las sustancias nutritivas que necesita, así como satisfacciones intelectuales, emocionales, artísticas y socioculturales que son indispensables para la vida humana plena”.

La nutrición: parte del fenotipo. La nutrición es parte del *fenotipo* de cada persona, ya que es el

resultado de la interacción dinámica de la información genética que cada individuo ha heredado de sus padres con su historia ambiental particular. A su vez, la historia ambiental de un individuo está conformada por su historia alimentaria y por su relación a largo plazo con el medio físico (altitud, clima, etc.), biológico (microorganismos por ejemplo), psicoemocional y sociocultural. Solo se puede lograr una buena nutrición, si todos los factores mencionados son propicios. Un defecto genético, un clima extremo, una infección, el sufrimiento emocional o la insatisfacción social, pueden interferir la nutrición, aun comiendo bien. Por supuesto, una buena nutrición exige una buena alimentación. Quien se alimenta mal no puede estar bien nutrido, pero en la nutrición intervienen muchos otros factores y por ello no basta con tener una buena alimentación.

Determinantes de la alimentación. La alimentación está finamente regulada por mecanismos fisiológicos, en especial por la interacción de las sensaciones de *hambre* y *saciedad* que, con sorprendente precisión, controlan la ingestión de alimentos de manera que corresponda con las necesidades de cada cual. Sin embargo, existen otros determinantes que a veces pueden interferir dichos mecanismos; entre ellos figuran, interactuando en forma compleja, el *apetito* (o “antojo”), los conocimientos y prejuicios, los gustos y preferencias, los recuerdos y estados de ánimo, las actitudes y temores, los valores y tradiciones, los hábitos y costumbres, los caprichos y las modas. Por supuesto, no son menos importantes los muy diversos elementos históricos, geográficos, psicológicos, antropológicos, sociológicos, comerciales, económicos, culturales y hasta religiosos que determinan la disponibilidad local de alimentos, el acceso de la población a ellos y los recursos culinarios para prepararlos (conocimientos, infraestructura material y de conservación). Debido a la complejidad y variedad de los factores mencionados, la alimentación humana es muy susceptible a sufrir distorsiones cualitativas y cuantitativas que se traducen en *disnutrición* (mala nutrición, padecimientos de la nutrición).

Enfermedades de la nutrición. Así como la buena alimentación y la buena nutrición son pilares de la salud, las desviaciones alimentarias o las alteraciones en el resto de sus determinantes pueden producir mala nutrición y, en consecuencia, diversas enfermedades. Es un hecho que muchos de los padecimientos que más afligen hoy a la humanidad y que causan tasas de mortalidad elevadas, podrían evitarse o por lo menos retardarse mediante ciertos cuidados alimentarios. A grandes rasgos, las enfermedades de la nutrición se pueden clasificar en deficiencias, excesos y desequilibrios. Entre las deficiencias destacan la desnutrición infantil y la anemia

por deficiencia de hierro y, en menor grado, las de vitamina A y yodo. Entre los excesos y desequilibrios destaca la obesidad, una enfermedad por sí misma, que favorece enfermedades metabólicas crónicas como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2, la aterosclerosis y algunos cánceres.

Consideraciones éticas en el terreno alimentario. La legislación de algunos países acepta el “derecho a la alimentación”, un derecho humano fundamental, pues sin él no son posibles los derechos a la vida y a la salud. Se trata de un derecho individual y social que debe entenderse como el acceso a una alimentación saludable y acorde con la cultura y los gustos de cada cual. La ingeniería genética ofrece hoy la posibilidad de diseñar alimentos aptos para cultivo en ecosistemas poco favorables o de conferirles, con alto grado de control y seguridad, características específicas deseadas. Sin embargo, a ello se contraponen en la práctica dos peligros potenciales: a) La tendencia de la industria biotecnológica a concentrarse en cuatro o cinco firmas podría originar que la alimentación de la humanidad quedara al arbitrio de pocas manos; y b) si bien es incidental, hay demasiados ejemplos de descuido e irresponsabilidad en el manejo actual de los “organismos transgénicos”. Tanto las deficiencias como los excesos tienen consecuencias muy graves. Las deficiencias, que afectan en particular a los niños, representan el infortunio singular de no contar con lo elemental y no permiten hacer realidad el potencial con que se nace; los excesos tienen un enorme costo económico y generan alta mortalidad en etapas productivas de la vida. Las deficiencias y los excesos son casi siempre producto de la actuación humana individual o social, y no de fuerzas naturales incontrolables. En escala mundial y en la mayoría de los lugares, los alimentos distan de ser escasos, hay más que lo necesario y hasta se desperdician; lo que causa las deficiencias son la explotación humana, la inequidad, la privación social, la discriminación, los intereses económicos muy primitivos, la ignorancia y en ocasiones hasta el genocidio. Hasta no hace mucho tiempo, las costumbres alimentarias eran apropiadas en la mayoría de los casos, de manera que quienes no estaban limitados por el aislamiento o la miseria, en general, comían en forma correcta y los excesos y desequilibrios no eran tan comunes. Hoy muchas poblaciones han perdido autonomía alimentaria al ser presas de desenfrenos de la mercadotecnia, de la imposición de valores y conductas “occidentales” promovidos por la “globalización” y de la obsesión por “lo moderno” que, en lo que toca a la alimentación, ha demostrado a menudo no ser aconsejable.

Referencias

E. Casanueva, M. Kaufer, A. B. Pérez Lizaur, P. Arroyo (eds.), *Nutriología médica*, Editorial Médica Panamericana, 2001. - A. Velázquez., H. Bourges (eds.). *Genetic Factors in Nutrition*, Academic Press, 1984. - F. Gómez. Desnutrición, *Bol. Med. Hosp. Inf. (Méx.)*, 1946; 3(4): 543. - H. R. Bourges, J. M. Bengoa, A. M. O'Donnell. *Historias de la nutrición en América Latina*, Fundación Cavendes, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil, 2000.

Desnutrición infantil y pobreza

Alejandro O'Donnell (Argentina) - *Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil*

Enfermedad y pobreza. A pesar de ser reconocida universalmente como la principal causa de enfermedad, sufrimiento y muerte, la pobreza extrema figura en uno de los últimos lugares de la clasificación internacional de enfermedades de la OMS en el código Z 59.5 – extrema pobreza. En Argentina, el principal problema de salud es la extrema pobreza que hace peligrar los avances alcanzados durante años. La pobreza impregna social y biológicamente toda la vida de un individuo, perpetuándose de generación en generación, con pobres que generan otros pobres. La pobreza no es un fenómeno contemporáneo, aunque antiguamente era quizás más equitativa: los pobres padecían y se morían de las mismas enfermedades que los ricos y en porcentajes comparables. En la Europa de principios del siglo XX, antes de los antibióticos y de las vitaminas, las cifras de mortalidad comenzaron a mejorar rápidamente con el saneamiento ambiental, la calidad de la vivienda, la disponibilidad de agua corriente y cloacas, así como la mejor alimentación e incipientes legislaciones de protección de las embarazadas y de los niños. Esto demostró que el mejoramiento de la salud y la nutrición de la población no era solamente un problema médico, sino que todas las esferas de gobierno debían involucrarse en el mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

Niñez y pobreza. Por sus características biológicas, los niños sufren más los efectos de la pobreza al estar expuestos a una constelación de riesgos que no afectan en la misma medida a los niños más privilegiados. Los niños pobres tienen casi cinco veces más riesgo de nacer con bajo peso, diez veces el riesgo que su madre muera durante, o como consecuencia del parto, seis veces más posibilidades que aún en el segundo trimestre de embarazo su madre no se haya hecho ningún control médico, casi diez veces que su madre sea una adolescente, el doble de posibilidades de morir antes del primer cumpleaños, diez veces más posibilidades de vivir en viviendas inadecuadas con hacinamiento, y ocho veces más posibilidades de haber

nacido en el seno de una familia numerosa y de muy bajos recursos. Es cinco veces más factible que deserten de la escuela primaria, y quince veces más de la secundaria. Si como consecuencia de estas circunstancias de la vida quedan con una talla retrasada –11 a 17% de los niños argentinos–, tendrán veinte veces más posibilidades de repitencia escolar que los niños más privilegiados de talla normal. La repitencia es más alta a medida que transcurren los años escolares, a medida que las exigencias curriculares van siendo mayores, expresando sus limitaciones intelectuales. Tienen treinta veces más posibilidades de sufrir accidentes, quemaduras y maltrato físico que los más privilegiados.

Desnutrición infantil y pobreza. Pobreza no implica necesariamente desnutrición, pero existe una fuerte asociación entre ambas. La desnutrición es la cara más emotiva de la pobreza. Esta desnutrición no necesita ser extrema para afectar definitivamente a los niños. La desnutrición menos evidente, que encubre deficiencias de nutrientes y de vitaminas y culmina en una baja talla definitiva, y que refleja una vida de enfermedades, privaciones y deprivación ambiental y sensorial, es aún más perniciosa para el futuro de una sociedad. Esta desnutrición afecta a millones de niños en América Latina. Estudios sobre desarrollo infantil en distintas localidades muestran que más de un cuarto de los niños no desnutridos que ingresan a la escuela tienen un coeficiente intelectual menor que el esperado. La cifra sube en comunidades muy pobres a 65% con una elevada proporción de niños que serán prácticamente ineducables. En ello influyen el bajo peso de nacimiento, la anemia, la deficiencia de cinc, la desnutrición y la pobre estimulación ambiental. El sistema de salud, más el constante incremento en el gasto social como porcentaje del PIB y la movilización solidaria de la comunidad pueden atenuar el impacto de esta situación. El gasto social puede ser mejorado y lograr más eficiencia dado que en la asignación de beneficiarios de planes sociales se observa poca originalidad en el diseño de los programas que, con pocas modificaciones, resultan ser los mismos durante décadas, sin haber sido evaluados en su impacto y en los diferentes criterios de aplicación local. Además, coexisten muchas prácticas de corrupción. La cohesión social de organizaciones de la comunidad, iglesias, clubes barriales y municipios, tiene un inmenso papel que jugar. Los gobiernos tienen la responsabilidad de apoyar sus actividades, dado que estas organizaciones no pueden realizar obras de mayor envergadura por sí solas, con la seguridad de que esta organización de la comunidad es muy eficiente en la ejecución de sus tareas. Los barrios pobres necesitan saneamiento ambiental y, para sacar a los

niños del ciclo de la pobreza, las mejores escuelas con los mejores maestros que deberían recibir salarios como los de áreas de frontera, dado que los límites de estos barrios son una frontera entre los que tienen futuro y los que no lo tienen. Los niños son los más vulnerables y por ello deben reafirmarse pautas de crianza realizando el rol insustituible de la madre, aunque sea pobre e iletrada. Los estudios de desarrollo infantil muestran que el desempeño de los niños, aun de los más pobres, cuando la crianza es intuitiva y la lactancia materna predomina, en los primeros seis meses de la vida puede ser superior a la de los niños de países desarrollados. Los primeros dos o tres años de la vida son biológicamente de intenso apego a la madre –quien es insustituible–, y ese apego se instala como una conducta definitiva en la niña para cuando le toque ser progenitora. Es posible que el concepto de cuidado de los niños sea parte intuitiva no mensurable de la relación entre sexos –amor– que culminará en la procreación y, eventualmente, en una familia. En consecuencia, los problemas que afectan a la infancia son un problema ético ineludible.

Referencias

H. R. Bourges, J. M. Bengoa, A. M. O'Donnell. *Historias de la nutrición en América Latina*, Fundación Cavendes, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil, 2000.

Crisis de seguridad alimentaria

Patricia Aguirre (Argentina) - *Ministerio de Salud de la Nación*

El hambre como crisis de civilización. En las sociedades actuales, en Argentina, en Latinoamérica y en el mundo, la alimentación está en crisis, lo que resulta paradójico porque justamente ahora –a partir de 1985– en el mundo se producen alimentos suficientes para alimentar a todos los habitantes con una cantidad y variedad que los nutricionistas juzgan adecuada. Precisamente porque hay alimentos suficientes, quedan al desnudo la profundidad de la crisis y el hecho de que es un problema de la sociedad humana, no del clima, ni del suelo, ni del destino. El problema del hambre es una creación social de la forma en que las sociedades humanas deciden la distribución de sus bienes y sus símbolos y de la legitimación de quienes pueden gozar de ellos y de quienes no, en un mundo de recursos suficientes. Es una crisis tan total que algunos autores la ubican como una “crisis de civilización”, porque ocurre en todos los ámbitos: en el de la producción como crisis de sustentabilidad; en el de la distribución como crisis de acceso; en el del consumo como crisis de comensalidad.

La esfera valorativa de la crisis de sustentabilidad y acceso. Tal vez en Latinoamérica la crisis de sustentabilidad se visualice mejor que en otros lugares del mundo –que cuidan su medio ambiente exportando las industrias sucias fuera de sus territorios–. Pero la producción agroalimentaria actual, muy dependiente del petróleo –no por el combustible que mueve los tractores, sino por las largas cadenas de hidrocarburos que componen los agroquímicos–, se ha comportado como una industria depredadora. La extensión de la frontera agraria amenaza la biodiversidad; bosques y humedales son incorporados a la explotación sin medir las consecuencias en el equilibrio general. Sin embargo, no ha sido por la extensión de las fronteras, sino por el aumento de la productividad, que se llegó a la disponibilidad plena. Esa productividad está basada en los agroquímicos que emporcan los acuíferos, eliminan la diversidad y homogeneizan y fragilizan los entornos naturales, poniendo en duda su continuidad futura. Hoy los inputs energéticos de nuestros alimentos son tantos como lo que se logra producir, pero el petróleo es un recurso no renovable. Urge cambiar hacia una agricultura respetuosa y sustentable. Pero el problema no solo está en la tierra. La depredación de los mares ha hecho colapsar caladeros (bacalao del mar del Norte, merluza hubsi en el mar argentino), ha llevado a la cría descuidada (camarón en India), y a contaminar las costas. Hoy hay producción suficiente para sostener la disponibilidad plena, pero con esta manera de producir no hay garantías que se mantenga mañana. En los países de Latinoamérica se pone la población ante una falsa antinomia: producción depredadora o pobreza. Sin duda es lícito que los países busquen autonomía alimentaria; producir sí, pero no a cualquier costo. Estamos frente a un problema valorativo, no a un problema técnico. Las concepciones antiguas situaban al ser humano como rey de la creación y permitían su abuso de la naturaleza (cuando por la tecnología que tenía poco podía hacer para dañarla); ahora se prolongan y legitiman el abuso y el descuido del medio ambiente, pero con tecnología pesada. La crisis de acceso es quizás la más evidente ya que el 30% de las personas se quedan con el 80% de los recursos alimentarios en Latinoamérica y debemos soportar la vergüenza de millones de desnutridos con disponibilidad excedentaria. Volvemos a situar la crisis en la esfera valorativa, del derecho a la alimentación y la legitimación de la apropiación diferencial de unas clases, de un género y unas edades sobre otras.

El problema silencioso de la comensalidad. La tercera problemática es aún más silenciosa: en el consumo se da una crisis de comensalidad, de compartir el alimento. Desde el omnivorismo que hizo

al evento alimentario complementario y colectivo, hemos comido con otros, y todas las culturas humanas recubrieron de relaciones especiales el acto alimentario. Y a los saberes acerca del buen comer lo llamaron gastronomía. Saberes acerca de la combinatoria de los sabores, de las preparaciones y los platos que –como reglas– organizan el evento alimentario dándole sentido a cientos de pequeñas acciones mitificadas que organizan espacio, tiempo, géneros y edades en formas conocidas y esperables. Estas reglas de combinatoria, estos sistemas culturales –por tanto arbitrarios– de clasificación que los humanos imponemos a lo comestible transformándolo en comida, se han comparado con una gramática; por eso se habla del lenguaje culinario. En las sociedades urbanas-industriales-posmodernas este lenguaje de lo culinario, este comer con otros también está en crisis y crece el picoteo solitario, donde el otro cultural desaparece (real e imaginariamente) constituyéndose un comensal sin reglas, comiendo solo cuando tiene hambre (y puede pagarlo), picoteando frente a la heladera o el kiosco, sin normas ni combinatoria, sin el otro cultural. Se pasa de la gastronomía a la gastro-anomía, no porque no haya reglas, sino porque hay demasiadas. Médicos, cocineros, publicistas, ecónomas, nutricionistas, profesores de gimnasia y la abuelita (como representante del patrimonio gastronómico) nos dicen permanentemente qué comer. Tantas normas, tantos valores reconocidos (la salud, el gusto, la belleza, la economía hogareña, el cuidado del cuerpo, la tradición) terminan por confundir al sujeto actual, que las sigue todas sin seguir ninguna: alternándolas. Y así las normas se dejan al arbitrio del único que siempre es la continuidad normativa: el mercado. Un mercado que en este tiempo ha destruido la diferencia entre la producción de mercancías y de alimentos (véase si no los no alimentos, antinutrientes o comida chatarra) que deben ser buenos para vender antes que buenos para comer. Este comensal solitario, pero masivizado por los medios manejados por un mercado de alimentos, come sin reglas o con normas enajenadas acerca de su alimentación, no porque no las tiene sino porque tiene demasiadas. Nuevamente estamos frente a un problema valorativo.

Crisis de seguridad alimentaria y derecho a la alimentación. He aquí por qué se habla de crisis de civilización. Pero me permito dudar no de la crisis, sino del presupuesto apocalíptico de que sea una crisis de civilización. Preferiría situarla como crisis de seguridad alimentaria, del derecho de todas las personas a una alimentación nutricional y culturalmente adecuada. Vista desde el derecho, podemos analizar la crisis como eminentemente humana y como social, no dependiente del clima, ni del suelo, ni del destino, sino de la manera

como los humanos elegimos organizar nuestras relaciones (entre nosotros mismos y con nuestro medio). Y si es una crisis del derecho a la alimentación, entonces se sitúa por completo en la esfera de los valores que legitiman este abuso depredador del medio ambiente, que provoca la crisis de sustentabilidad. Legitiman el acceso restringido provocando la crisis de equidad y legitiman la desestructuración de la gramática culinaria convocando al comensal solitario masivo. Si esto es así, debemos señalar que es un problema complejo, y los problemas complejos no tienen soluciones simples. No debemos buscar soluciones mágicas (se llame producir soja, entregar cajas, formar comedores o instar a la solidaridad) y abordar la ímproba tarea de revertir una crisis estructural, que además compartimos en estos tiempos con gran parte del planeta, lo cual no nos exculpa, sino que hace la solución más compleja. Además hay que remarcar un tema: sociedades como las latinoamericanas, donde cerca de la mitad de la población no tiene acceso a las condiciones básicas para desarrollar su vida, son sociedades que han colapsado. Porque una crisis que afecta tanta población es un problema que afecta a toda la población, no solo a quienes la padecen. Por eso debemos situar la problemática alimentaria dentro de la problemática de la pobreza y la exclusión, las cuales requieren soluciones globales, porque será imposible solucionarlas de a partes, por sectores. Una solución que alcance a todos (y en esto estamos incluyendo a los pobres y a los no pobres, a los que tienen hambre y a los saciados) debe pasar por la sociedad como un todo. Si la crisis es estructural, la solución también debe serlo: o alcanza a todos o no hay tal solución.

Los valores en una respuesta estructural. Es muy importante y sin duda vital para la urgencia y para la cobertura (aunque no suficiente) implementar políticas activas desde el Estado. Pero tampoco basta con apelar a la solidaridad. Frente a una cuestión estructural, necesitamos una solución estructural porque está en juego el cimiento mismo de la sociedad. Por eso es importante hablar de los valores que llevaron a esta crisis y de los que necesitamos para revertirla. Valores como parte del horizonte de sentido que se da una sociedad para justificar su existencia y para que sus miembros sientan que vale la pena vivir y tener hijos en ella. La posición valorativa de los años noventa respondió por un lado a la profundización del modelo de acumulación económica aperturista (que en realidad se impone a la región desde mediados de los años setenta) en una sociedad disciplinada por la experiencia horrorosa de la hiperinflación. Pero por otro lado se exaltaron valores que tronizaron la salvación individual (aunque el otro perezca), la hipocresía del lujo extremo frente a la

pobreza extrema y, lo peor, la des-responsabilización del destino colectivo, ya que cada uno debía vivir para sí siendo solo reponsable de su propia riqueza o pobreza. En este marco, el rol del Estado como árbitro estaba cuestionado (nadie discute que ciertos mecanismos del Estado de bienestar habían entrado en crisis), pero en los valores noventistas el Estado debía ser llevado por la mano invisible del mercado a su mínima expresión. También la sociedad, en los valores del neoliberalismo económico, debía ser llevada a su mínima expresión, y vivimos la demencia de oír que era el consumo lo que nos volvía ciudadanos. En sociedades urbanas donde el ingreso depende del salario y la destrucción del aparato productivo genera desempleo, sin ingresos no hay manera de comer (ni de vivir). Sabemos que la exclusión se resuelve con trabajo, que en el pasado ha sido la herramienta de la inclusión social más efectiva y digna, pero también sabemos que recuperar la capacidad de trabajo para millones de desocupados lleva años y que no podemos esperar. No podemos perder de vista que estamos conviviendo con generaciones que son hijas del desempleo, e hijas de los comedores. Generaciones que han crecido sin conocer la capacidad incluyente y socializadora del trabajo, sin la capacidad incluyente y socializadora de la comensalidad familiar. Porque los valores desintegradores que vivimos en la década de los noventa se reflejan en las formas de comer –de los que tienen y de los que no tienen, aunque por distintos elementos–. Retrocede la mesa familiar y avanza la comida desestructurada, el picoteo donde se rompe la gramática y aparece el individuo solo, comiendo sin reglas, sin compartir real y simbólicamente su alimento. ¿Cómo revertir esta situación?: en principio reconociendo la crisis alimentaria como parte de la exclusión social y como tal un problema social no de los pobres, sino de toda la sociedad. El politólogo inglés Ralph Dahrendorf escribió: “*Si hay un 5% de excluidos es un escándalo moral para los no excluidos*”. Asocia exclusión con dignidad y piensa que la dignidad es la base de la comunidad humana.

La alimentación como derecho humano. El concepto de seguridad alimentaria como derecho permite situar la alimentación dentro de la estructura de derechos de la sociedad y recoge un concepto muy caro a la antropología alimentaria: en la alimentación se refleja la estructura social. Podemos ver nuestro futuro analizando nuestra alimentación, porque lo que hagamos con la crisis alimentaria lo haremos con nuestra sociedad. La Declaración de Derechos Humanos de 1948 habla de la dignidad antes que de los derechos, porque la ciudadanía se compone no sólo de derechos civiles, sino también de derechos políticos, sociales y culturales. No deberíamos hablar solo de cumplir las

obligaciones, sino de asumir los deberes (imperativo ético para el cual el Estado no tiene ninguna medida, ni coercitiva ni punitiva) que tienen que ver con el compromiso, pero también con el pragmatismo y con el deseo de supervivencia como comunidad. El Estado puede estimular y arbitrar los intereses sectoriales, pero es necesario que se comprenda que la problemática de la exclusión social vuelve al resto de los problemas y sus eventuales soluciones: temporales y relativas. El Estado ha de convocar a un pacto solidario de inclusión social acordando que hay una prioridad común y precedente a todos los intereses, que hay un compromiso que asumir y una cuestión que resolver con urgencia. Pero el Estado también debe resolver esta problemática en forma continua y más allá de las administraciones, porque a esos jóvenes hay que llegar con nuevas herramientas, con planes de formación para reinsertarse en un mundo que les es completamente ajeno. Una sociedad no puede vivir, crear, trabajar, educarse o desarrollarse en medio de semejante escándalo moral.

Referencias

Patricia Aguirre. *Ricos flacos y gordos pobres: la alimentación en crisis*, Buenos Aires, Capital Intelectual, 2004. - Patricia Aguirre. *Antropología de la alimentación*, en Amado A. Millán Fuertes (comp.), *Arbitrario cultural. Racionalidad e irracionalidad del comportamiento comensal. Homenaje a Igor de Garine*, Alifara Estudios, 2005. - Patricia Aguirre. *Estrategias de consumo: ¿Qué comen los argentinos que comen?*, Buenos Aires, Miño y Dávila Editores, 2006.

Derecho a la alimentación

Sebastião Pinheiro (Brasil) - *Universidade Federal do Rio Grande do Sul*

El contexto de surgimiento. El derecho a la alimentación es un nuevo término de reacción al orden internacional y a las normas de los mercados alimenticios. El hombre, desde su surgimiento, busca liberarse de la madre naturaleza y eso ocurre de forma creciente en todos los aspectos, pero jamás conseguirá liberarse de ella para su alimentación, pues todos los alimentos salieron, salen y saldrán de la naturaleza en el futuro. Sin embargo, cada día es más difícil conseguir alimentos en la naturaleza sin tener cómo pagarlos y cada día están más caros, por su producción, clasificación, tipificación, homogeneidad, calidad, industrialización, empaque y una serie de servicios de interés de la comercialización y la industria internacional de alimentos. La comercialización y la industrialización internacional de alimentos están restringidas a pocos cereales, frutas, hortalizas, tubérculos y raíces; lo mismo ocurre a los productos animales, a los peces y las aves. En la

última década, con el nuevo orden de la Organización Mundial de Comercio, hubo un perfeccionamiento del Orden Bilateral de Yalta a través de las políticas de los organismos multilaterales de las Naciones Unidas (FAO, OMS, UNIDO, OCDE, GATT, FMI, etc.) y las políticas de “ayuda internacional” de los países industrializados trajeron gran pérdida de la biodiversidad en la dieta de los pueblos en todos los continentes en interés de las *traders* y *brokers* de la industria y distribución multinacional de alimentos. Eso provocó el hambre como un arma ideológica de alineamiento incondicional y aceptación de las imposiciones. La agricultura industrial aplicada en países no industriales sirvió para el drenaje de riquezas y empobrecimiento de toda la sociedad y la desestructuración de las agriculturas existentes. No sabemos lo que significa en cantidades o dinero el comercio local de quinua, kiwicha, amaranto, jicama, ahípa, capulines, chilacayote, teff, ensete, ulluco, mauka, mashua, arracacha, nopal, ñame, achirra, cui y guacholote, por citar solamente algunos de los principales alimentos de las dietas de los campesinos del mundo que ahora reciben una clasificación botánica y son tratados con exotividad en investigaciones de las universidades e institutos para crear los nichos de mercados futuros y sofisticados para los países ricos. En las más lejanas escuelas latinoamericanas se sirve obligatoriamente, a los estudiantes hijos de campesinos y de indígenas, la “sopa marucha” del cartel de los alimentos Cargill, Bunge, Nestlé, Phillips Morris, ADM/Töpfer, André, con soja y maíz o trigo con gusto de pollo, carne o camarones. La mayoría de las veces es comercializada por el Estado a nombre de las obras sociales. Al mismo tiempo, en el mercado la publicidad y propaganda promueven el aumento de consumo de comidas y bebidas artificiales de alto precio con relación a su baja calidad. Esto empezó con las campañas oficiales internacionales y nacionales de sustitución de la leche materna por la leche en polvo, después de la Segunda Guerra Mundial. El resultado fueron las epidemias de diarreas infantiles con alta mortalidad por la mala calidad del agua utilizada. Pero nada de eso se hizo público por ser considerado subversivo a los intereses de venta de leche en polvo. Para eso la gran biodiversidad de semillas de los campesinos, que tenían alta seguridad local y garantía de producción constante, fueron sustituidas por las semillas híbridas del mismo cartel anterior interesado en cambiar las dietas para facilitar sus negocios internacionales y nacionales.

Seguridad alimentaria, comercio global y autonomía alimentaria. Cuando Hernando de Soto llegó al Perú quedó sorprendido de que los nativos no conocieran el término hambre y su contenido político, aunque tuvieran un territorio y clima

extremadamente áridos. La tecnología del *charqui*, *chuño* y otras dejó maravillado al “invasor”, que aún no conocía la maravilla de las plantas utilizadas en medicina y salud. Durante los últimos cincuenta años el hambre mató más de mil millones de personas en África, América Latina y Asia, por políticas planificadas en los gabinetes gubernamentales y empresariales de Londres, Ginebra, Washington, París y otras subseces de los países del mundo. Los economistas dicen que en el mundo hay personas que sobreviven con menos de dos dólares diarios. Los medios masivos lo repiten y se preguntan cómo se hace para vivir con ese dinero. Estas cosas quedan en nuestro inconsciente. Cada día percibimos menos que necesitamos comer todos los días y que sin comer no conseguimos vivir o tener salud. Es común a muchas madres pobres preocuparse en enseñar a los niños que no hay nada para comer, como si fuera posible para alguien el comprender que no hay qué comer cuando hay tierra, sol y lluvia en abundancia. Cómo vamos a percibir algo si en las escuelas reciben la única comida del día, una “sopa marucha”. Con el final de la guerra fría, el hambre no pudo ser utilizada más como instrumento de punición a los rebeldes, por deshumana. Entonces, las políticas públicas de las grandes empresas internacionales comerciantes de alimentos crearon el término “seguridad alimentaria” para sustituir su política de hambre. Los organismos multilaterales y las grandes empresas transnacionales imponen a los gobiernos la adopción de campañas de seguridad alimentaria, y muchas entidades sociales, sindicatos y organizaciones de trabajadores pasan a creer que el mundo está cambiando, sin darse cuenta de que seguridad alimentaria quiere decir que alguien irá a comer, pero que eso no significará que tendrá autonomía de elegir lo que quiera comer. Un perro o un gato tienen “seguridad alimentaria”, pero comen lo que su dueño determina. El campesino del Níger o Tchad en África no comerá pan de teff, sino un complejo proteico de soja y maíz transgénicos norteamericanos, que recibirá subsidiado. El teff que él produce no podrá comerlo por el valor que tiene e irá a las sofisticadas tiendas ecológicas europeas, japonesas y norteamericanas para ser comercializado como alimento exótico, por medio de servicios de certificación que agregan el valor para las mismas empresas en sus nichos de mercado. Lo mismo ocurre al campesino productor de amaranto, kiwicha, quinua, ulluco, arracacha, frutos, hortalizas, legumbres etc., que por su riqueza mineral o calidad vitamínica son muy cotizados en los países ricos. No tendremos *derecho a la dieta cultural* en nuestra alimentación. La biodiversidad de nuestra dieta costará muy caro y solamente será asequible para quienes puedan pagarla. La discusión ciudadana que debe promoverse no es entonces la de la seguridad alimentaria

de las transnacionales e intereses financieros, sino la de la *autonomía alimentaria* donde se fortalezca la dieta local y tradicional de interés social. Ese sí es el derecho a la alimentación que nosotros debemos defender.

Referencias

Sebastião Pinheiro, Nasser Yousef Nars, Dioclécio Luz (eds.), *A agricultura ecológica e a máfia dos agrotóxicos no Brasil*, Porto Alegre, 1993. - Sebastiao Pinheiro y Enildo Iglesias. *Transgénicos, transnacionales y un gen llamado terminator*, Montevideo, Ediciones Rel-UITA, 1999.

La esencia de la identidad es el valor del respeto de la *dignidad humana* (v.). La dignidad humana, como se ha señalado en el campo correspondiente de este Diccionario, se puede entender de diversos modos aunque siempre hace referencia a una o más características de las cuales cabe inferir que el hombre ocupa el lugar más alto en la escala de los seres; sean estas características el alma, la libertad, la palabra, la inteligencia, el conocimiento, la búsqueda de la verdad o alguna otra. Lo cierto es que en las diversas concepciones de la dignidad el hombre tendrá valor y no precio, será un fin en sí mismo y nunca un medio, o será imagen y semejanza de su Dios creador. La dignidad será siempre comparación del lugar que ocupa el hombre en relación a otros seres y, por tanto, será la razón constitutiva de su identidad. Esta comparación, en una concepción universal de lo humano, habrá de valer también para los demás seres humanos haciendo que nadie pueda ocupar como tal un lugar de mayor dignidad que el de otros, tal como sucedía, por ejemplo, en las antiguas sociedades esclavistas. En estas sociedades, la *dignitas* era un atributo diferencial: el amo tenía una y el esclavo otra. Pero la afirmación de la dignidad humana como un atributo universal incondicionado conducirá entonces desde la dignidad a la *igualdad* (v. *Igualdad y diferencia*). La igualdad, siendo un concepto ético, también es un concepto jurídico ya que ha de considerarse que el reconocimiento y la protección de la igualdad jurídica no hace más que materializar la formalidad enunciada por la dignidad de todos los seres humanos. Así ha quedado establecido en el derecho internacional de los Derechos Humanos. La dignidad alude, asimismo, no sólo al ordenamiento jerárquico que es característico de los valores, sino también a aquella característica propia de algunos objetos (que no son cosas o propiedades de cosas) hacia la que apuntan los sentimientos para significarlos como valores por diferencia con los objetos desiderativos hacia los que apunta el deseo. El respeto de la dignidad y la igualdad aparecen ligados primariamente a la identidad como valor trascendente.

La identidad como valor humano. La identidad es, como la vida, la integridad y la libertad, la salud y el bienestar, un valor humano trascendental. A la conjugación valorativa de todos los valores en torno a una idea formal, como la de identidad, podemos denominarla 'valor trascendente'. Por eso son trascendentales aquellos valores que implican simultáneamente una valoración subjetiva y vivencial (v.

Identidad personal); una valoración social y cultural (v. *Identidad social; Identidad comunitaria*); y una valoración ética y jurídica (v. *Valores éticos; Idea de justicia*). Y esa conjugación valorativa puntual que podemos hacer en torno a un valor como la identidad, requiere asimismo su jerarquización ante los demás valores humanos, lo cual habrá de expresarse en la relación entre valores culturales, principios éticos y derechos humanos, tomando como valor máximo de referencia y atribución a estos últimos. Los valores socioculturales de comunidades determinadas, en sentido temporal o geográfico, cuando confluyen en el tiempo o en espacios más amplios con los valores de otras comunidades, coinciden en el reconocimiento de los enunciados de principios éticos universales. Y cuando esa confluencia crece hasta lograr el concierto universal de los Estados y su reconocimiento jurídico, podemos hablar entonces del universalismo de los Derechos Humanos. Este universalismo no es incompatible, por ello, con el respeto de los valores culturales y comunitarios, sino que origina su afirmación. En 1781 el cacique Tupac Katari fue descuartizado por los españoles luego de una gran rebelión aymara que reclamaba el reconocimiento de sus valores, identidad y forma de vida. La servidumbre indígena en Bolivia continuaría hasta 1952, aunque su fin había sido anunciado en 1810 por los revolucionarios argentinos en Tiwanaku, donde el primer presidente de los pueblos originarios recibiría en 2006, de manos de los curacas, los atributos de poder que ejercería para desarrollar una política de defensa de los derechos humanos. Por eso, la práctica del respeto de cada uno de aquellos valores humanos nos exige captar la existencia de un valor humano problematizado; conocer las evidencias científicas y criterios de eficacia técnica disponible para abordarlo; proteger los valores culturales y sociales solidariamente cooperativos; jerarquizar reflexivamente los principios éticos universales; y reconocer jurídicamente los derechos humanos básicos identificados. Pero es necesario decir que en la problematización de valores dada en casos concretos (v. *Contexto, familia y crisis*), pueden llegar a observarse distintas tablas materiales de jerarquía –tantas como individuos participantes en el debate hubiera– y que la tarea bioética consistirá entonces en cómo alcanzar aquel ordenamiento que nos permita decidir moralmente. El ordenamiento de valores dado en las dimensiones jurídica y social que conducen a la atribución de identidad, es muy distinto al ordenamiento valorativo subjetivo-vivencial. Por eso hay que decir que si

bien la captación de los valores humanos la hacemos por vía intuitivo-emocional, a las verdades científicas, criterios de eficacia técnica, valores culturales y sociales, principios éticos y jurídicos, accedemos por vía intelectual. De allí que el ordenamiento de los valores trascendentales, por ejemplo la identidad, será tanto intuitivo-emocional como racional-intelectivo.

Identidad y cuerpo humano. Puede afirmarse que el valor Identidad sólo tiene sentido por referencia a la fenomenología del cuerpo humano (v.), aunque la sola existencia del cuerpo no nos diga nada en torno al valor en sí. Se ha dicho que una persona autónoma es aquel individuo capaz de deliberar acerca de sus objetivos personales y de actuar bajo la dirección de tal deliberación. Pero también se dice que no todo ser humano es capaz de autodeterminación, ya que esa capacidad madura durante la vida individual; además, algunos individuos pierden esta capacidad por enfermedad, trastorno mental o circunstancias que restringen severamente la libertad. Por ello algunas personas tienen necesidad de una protección extensiva, dependiendo del riesgo de daño y la probabilidad de beneficio (v. *Vulnerabilidad y protección*). La aplicación del respeto por las personas no es obvia en todas las situaciones y remite sin dudas a la identidad particular de cada sujeto. La identidad como valor fundante del deber ser en antropología y sociología no puede confundirse con el mero ejercicio de la autonomía. La identidad implica dignidad como atributo no sujeto a elección, sino determinado por la condición humana y determinante a su vez de la pretensión de integridad de individuos y comunidades. Cualquiera de nosotros, como seres humanos, somos en primer lugar “el ser que donde me piensan soy”. Porque solo los individuos humanos pueden concebir lo que un ser humano sea, al pensar en él desde ellos. Si no hay ‘nosotros’, todo vale; y allí donde todo vale nada tiene valor. Es lo que Merleau-Ponty prefigura en su *Fenomenología de la percepción* al tratar de “el otro y el mundo humano” (v. *Alteridad-Otro*). Es también la lección paradigmática encerrada en la identidad que emerge por la memoria viva de quienes reclaman a las víctimas de la desaparición forzada de personas (v.).

Identidad y no discriminación. El respeto de la dignidad y la igualdad como fundamento de la identidad debe evitar la posibilidad de discriminación como lesivas de ese respeto. El concepto de discriminación presupone un trato distinto de las personas con base en elementos ‘no relevantes’ de las mismas para las circunstancias del caso en cuanto a igualdad ante la ley. Así, las diferencias de sexo, género, características genéticas, nacionalidad, religión o creencias políticas, entre otras, no son

elementos relevantes para que las personas no sean tratadas en modo igual ante la ley en cuanto a los derechos y obligaciones constitucionales. Un caso particular son las migraciones desde los países pobres a los países ricos, que han sido seguidas de diversas manifestaciones discriminatorias de la identidad de los migrantes. Así, el presidente Sarkozy en Francia llegó a postular polémicamente en su campaña de 2007 la creación de un Ministerio de la Inmigración y la Identidad Nacional. Simone Veil dijo entonces que prefería hablar de un Ministerio de la Inmigración y la Integración. En esos días se comenzó a exigir visas a los ciudadanos de Bolivia para entrar en Europa. El presidente Evo Morales recordó que en las migraciones norte-sur no había habido visas y que la globalización debía globalizar primero al hombre. Hay tratos distintos, sin embargo, que no necesariamente son discriminatorios: el no permitir el trabajo de los menores no es una discriminación frente a los adultos; los derechos laborales de la mujer referidos a embarazo y maternidad no son discriminatorios frente a los hombres; etcétera. El derecho internacional de los Derechos Humanos ha afirmado el principio de la no discriminación en la Convención Internacional de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial (1965); la Convención de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979); y las Normas Uniformes de las Naciones Unidas sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (1993), entre otros instrumentos.

La identidad restituida para su reconstrucción. El régimen de la Alemania nazi tuvo el triste privilegio de ofrecer una casuística tan paradigmática sobre todo tipo de inmoralidades en la experimentación biomédica que dio lugar a sentencias de muerte para siete de los médicos responsables de esas atrocidades, por el mismo tribunal que enunció el Código de Nuremberg. Los experimentos de Josef Mengele con hermanos gemelos de uno o más años de edad en su laboratorio de Birkenau con el fin de purificar la raza aria se cuentan entre aquellas abominaciones. Desde entonces, la cuestión de la identidad genética (v.) ha pasado a ser una de las mayores preocupaciones éticas y así ha quedado reflejado en la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos (Unesco, 1997) y en la Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos (Unesco, 2003). Nadie discute que aquellos casos, así como la numerosa casuística de investigaciones médicas no éticas realizadas en Estados Unidos (Tuskegee, Willowbrook, experimentos radiactivos de la Guerra Fría, etc), forman parte sustancial de la bioética. América Latina tiene muchos casos que una bioética auténticamente

universal debe reconocer, muchos de los cuales son referidos en este Diccionario. Entre esos casos, algunos de ellos fueron resultado del terrorismo de Estado en Argentina y otros países. La desaparición forzada de personas y la expropiación de niños (muchos de ellos nacidos en cautiverio) forman parte de una casuística que desborda un simple abordaje legalista y merece una profunda reflexión. Cuando las familias de origen de estos últimos, en una lucha inculdicable encabezada por *Abuelas de Plaza de Mayo*, reclamaron la restitución de la identidad de esos niños (v. *Identidad familiar y derecho a la identidad*), se creó un Banco Nacional de Datos Genéticos con el fin de obtener y almacenar información genética que facilitara la determinación y esclarecimiento de conflictos relativos a la filiación (v. *Identidad genética*). De ese modo, todo familiar consanguíneo de niños desaparecidos o supuestamente nacidos en cautiverio tuvo el derecho de solicitar los servicios del banco. Sin embargo, en el curso de esos reclamos, se argumentó a veces que los menores estaban integrados a un nuevo núcleo y que el cambio podría afectarlos, que había que tener en cuenta los sentimientos de los menores, que si no se advertía un estado de abandono moral o material por la familia de crianza y su trato había sido bueno y estos no habían participado en la privación ilegítima de la libertad de los verdaderos padres de los menores, no debería innovarse. También se presentaron objeciones a las extracciones de sangre para la determinación de su identidad genética por parte de los que fueran niños y veinte años después ya eran adultos, siendo un motivo de objeción el que esas pruebas podían ser usadas en contra de los apropiadores. Sin embargo, en fallos de la Corte Suprema se sostuvo que era necesaria la protección integral de la salud psicológica de los menores que habían sufrido una grave lesión en los orígenes fundacionales de su identidad, dado que la presencia de situaciones carenciales traumáticas en los meses iniciales podía dar lugar a la posterior aparición de patologías y especialmente en los procesos de ocultamiento al niño de su verdadera identidad; que estos como seres humanos solo podían ser sujetos y nunca objetos de derechos de terceros; que se hallaban en situación de riesgo psicológico derivada del trágico secuestro de sus padres y del ocultamiento de su origen en el que habían sido criados, así como de la brusca

irrupción de la verdad en sus vidas; que esos casos conmovían a la comunidad y a sus sentimientos más hondos y arraigados, afectando además al orden de la familia, y se enmarcaban en la práctica de la condenable expropiación de niños; que no eran compatibles con la reconstrucción de la identidad y posición en la sociedad de los menores la postergación de sus vínculos familiares de sangre, el recuerdo de sus padres, y la integración cultural en los padres legítimos; y que debía considerarse el derecho de los padres y de los hermanos de los desaparecidos a ver continuada su descendencia. Se hizo asimismo una distinción entre ‘acción traumática’ y ‘acción reparadora’, considerando traumática a la pérdida de los padres, el despojo de la identidad y la exigencia de crecer con un secreto sobre sus orígenes; y como acción reparadora, el develamiento de la verdad. En el supuesto de la extracción de sangre (compulsiva o no en términos jurídicos) para la determinación de identidad genética, la Corte argumentó que no se observaba que la extracción de unos pocos centímetros cúbicos de sangre afectara derechos fundamentales como la vida, la integridad corporal o la salud, y que se trataba de una perturbación ínfima en comparación con los intereses superiores de resguardo de la libertad de los demás, la defensa de la sociedad y la persecución de los crímenes (en la actualidad se han puesto a punto métodos no invasivos para la determinación genética por pelos, análisis de cepillos de dientes, etc.). También se consideró como rechazable el argumento del ‘derecho a disponer del propio cuerpo’ (v. *Derecho al cuerpo propio*), ya que la negativa no se dirigía al respeto del mismo sino a obstruir una investigación criminal dirigida a alcanzar los valores más altos de la verdad y la justicia. Se consideró entonces que el mejor interés de los menores residía en la experiencia de reconstrucción de su identidad sin que con esto se excluyera el contacto con las familias de crianza de no mediar reparo de los menores u obstáculo judicial. Estos casos nos enfrentan al límite de la reflexión ética porque envuelven supuestos de perversión moral y de mal absoluto. Pero estos casos, que son parte de una casuística de América Latina, nos permiten, entre otras razones, sostener el universalismo de la razón moral en modo congruente con la afirmación de una bioética latinoamericana.

[J. C. T.]

Identidad personal

Gonzalo Serrano (Colombia) - *Universidad Nacional de Colombia*

Preliminar. El problema de la identidad personal es un caso concreto del concepto relacional identidad-

diversidad que permite destacar respecto de cualquier cosa lo idéntico en lo diverso, o las posibles variaciones (diversificaciones) que una misma cosa pueda soportar sin perder su identidad. El

origen de estos conceptos se remonta a Aristóteles (*Metafísica*, Libro V, ix, 1017 b 27-1018 a 19) y constituyen un capítulo importante de la tradición metafísica. Aunque el realismo tradicional admite un sentido absoluto de la noción de identidad, en el problema que nos ocupa sólo tiene sentido hablar de identidad relativa, es decir, de identidad en lo diverso, o de diversidad respecto de lo mismo. Fue mérito de Hobbes (*De corpore*, XI, lo mismo y lo diverso) haber roto el compromiso que había en el problema de la identidad, entre otros, con la noción aristotélica de sustancia, en la medida en que, como heredero del nominalismo, deja de referirse al ente y se atiene sólo al nombre con el que se lo refiere o a la representación mental con que se lo piensa. Luego fue Locke (*An Essay Concerning Human Understanding*, II.xxvii, de la identidad y la diversidad) quien profundizó en el problema de la identidad de las personas dentro de una serie de otras cosas que son los cuerpos, las plantas y los animales, basado igualmente en el referente nominal tras haber reducido la tradicional sustancia a idea compleja o colección de ideas agrupadas bajo un solo nombre (II.xxiii).

Identidad numérica e identidad cualitativa. Antes de explicar el concepto compuesto de identidad personal, es conveniente prevenir la confusión entre dos nociones de identidad: la cuantitativa, que denota identidad de individuo, y la cualitativa, que denota identidad de predicados; dos gemelos, por ejemplo, pueden ser idénticos cualitativamente, pero siguen siendo dos individuos, por tanto, cuantitativamente diversos. Alguien numéricamente idéntico admite diversidad cualitativa, por ejemplo en dos etapas de su vida, juventud y vejez; o cuando decimos de alguien que ya no es la misma persona que era antes, estamos refiriéndonos a diferencias cualitativas, no numéricas. Aplicado a las personas, el problema de la identidad consiste en el establecimiento de criterios que permitan reconocer lo diverso en un mismo individuo humano y lo idéntico en sus diversas manifestaciones. Las personas cambian con el tiempo, se comportan de manera diversa según las circunstancias, juegan diversos roles frente a diversas personas; sin embargo, no dejan de ser ellas mismas en tal diversidad. Si extremamos estas circunstancias y condiciones, obtenemos situaciones cruciales, muchas veces ficticias, que permiten afinar los criterios de identidad. El primer recurso fallido para entender la identidad de las personas es suponer un sustrato invariable tanto en las cosas como en las personas; el problema se resolvería entonces mediante una petición de principio: somos idénticos porque hay algo idéntico (invariable) en cada uno de nosotros. Entonces la noción de identidad refiere más bien a relaciones de continuidad a través del

tiempo, que se pueden determinar de distintas maneras: como continuidad corporal o física, continuidad mental o psíquica y como una continuidad compleja que involucra y entreteteje la continuidad corporal y la psíquica.

Tendencias. En la medida en que nuestra concepción de persona es coextensiva con la de naturaleza humana, es inevitable que la discusión sobre la identidad personal dependa de las maneras como se concibe al ser humano. En una concepción espiritualista de naturaleza humana, se privilegia el componente espiritual frente al corporal, hasta fincar la identidad de la persona y su sobrevivencia (incluso inmortalidad) en el primero. A esta concepción es igualmente inherente el dualismo de los dos componentes, concebidos como cuerpo y alma. Sin embargo, en la medida en que la noción de alma deja de ser filosóficamente interesante desde la filosofía moderna, este aspecto o componente de la naturaleza humana es concebido ahora en términos de mente o psique, dando cabida a las facultades cognitivas, volitivas y emotivas del ser humano sin compromisos con una sustancia espiritual supuestamente simple, incorruptible e inmortal. De esta última concepción de persona o naturaleza humana como ser psicofísico (o biopsíquico), se desprenden tres respuestas generales al problema de la identidad personal.

Identidad física (cuerpo o cerebro). Si se acepta el elemento físico o corporal inherente a la naturaleza humana es posible recurrir a él como índice de identidad o reconocimiento de la misma persona; pero no se puede creer que 'el mismo cuerpo' signifique 'las mismas partículas' que lo componen, pues es claro que un cuerpo vivo consta de flujo de partículas (incluida la posibilidad de trasplante de órganos y miembros) que no atentan contra su propia continuidad o permanencia en tanto cuerpo vivo. Lo que está en juego aquí es que los cuerpos y su configuración se conservan desde ciertos aspectos, por lo cual es viable recurrir a ellos como índice de reconocimiento e identidad. Sin embargo, encontramos dificultades al tomar lapsos más prolongados, en los cuales se hacen manifiestas diferencias que pueden no satisfacer el criterio de la identidad física o continuidad corporal; por ejemplo las diferencias entre el niño que fue y el adulto que ahora es una determinada persona. Esto nos muestra que el criterio corporal y de apariencia o configuración física, aunque buenos índices en ciertas circunstancias no son criterio suficiente de identidad de las personas. Dentro de la perspectiva corporal se puede afinar todavía más el criterio hasta establecer el cerebro como el órgano del cuerpo en cuya permanencia residiría la identidad de las personas. Pero la opción por el cerebro como órgano destacado con

miras a la identidad empieza ya a combinar otros criterios o perspectivas: se piensa que el cerebro no renueva sus células, a diferencia de los demás órganos, brindando así la condición de permanencia corporal exigida por el criterio físico en su forma más primaria. Además, con el cerebro se rompe la relación implicada en los trasplantes de miembros u órganos, en las que decimos que 'me ha sido trasplantado el riñón, el corazón o la córnea', mientras nos resistiríamos a decir que 'me ha sido trasplantado el cerebro' y más bien invertiríamos la relación diciendo que 'he cambiado de cuerpo'. Sin embargo, lo que parece estar en juego ahora es algo no propiamente corporal, sino la vida mental cuya identidad o continuidad residiría en la permanencia de tal órgano junto con la invariabilidad de sus células. De esta manera, la perspectiva psicológica empieza a permear a la corporal, haciendo patente la insostenibilidad del criterio puramente físico, pues lo que estaríamos garantizando con ese núcleo corporal que es el cerebro sería la continuidad y unidad de la vida mental, es decir cierta conexión de los recuerdos, emociones, deseos, etc. Pero la identidad de la persona empieza ahora a ser supuesta en la vida mental y ya no en el cuerpo vivo. El criterio físico queda pues agotado y pasa ahora a ser abandonado en favor del criterio psicológico.

Identidad psicológica (mente, memoria). Abandonando también el precursor histórico del criterio psicológico (en especial por sus resonancias religiosas y teológicas), a saber, la sustancia inmaterial conocida como alma o espíritu, resta ahora examinar la tendencia que finca la identidad de las personas en aquello que hace a su vida mental única (individual), unitaria o continua en sus diversas manifestaciones. Locke estableció el criterio psicológico en franca contraposición al físico o corporal, a la vez que al sustancial o de permanencia, de una entidad espiritual. Locke sostenía que hasta donde alcance la propia conciencia —léase memoria— hasta allí llega la propia identidad, con independencia de si a ella corresponde un mismo cuerpo o una misma sustancia espiritual o alma: algo así como yo soy lo que recuerdo haber sido y respondo por lo que recuerdo haber hecho. Este criterio ha sido sofisticado en las últimas décadas en la medida en que se ha profundizado en el conocimiento de la psique humana y de su estructura temporal. No son sólo los recuerdos los que nos constituyen, sino también otras facetas de la vida mental que se conectan entre sí y que configuran una trama en la que se vinculan los deseos, las emociones, los pensamientos y demás expresiones de la vida mental en una sucesión temporal. De ahí que como criterio psicológico se requiera la continuidad brindada por la transitividad que permiten los nexos en

las diversas manifestaciones de la vida mental. Sin embargo, este criterio también ha encontrado sus límites al admitirse la posibilidad lógica de aislar las memorias respecto de su agente individual, de manera que quien recuerda no sea necesariamente el agente de los eventos recordados. La vida mental continua, criterio psicológico de identidad, no implicaría la identidad de la persona; dos personas podrían tener segmentos de recuerdos iguales, aunque solo una haya sido el verdadero agente de los eventos recordados.

Identidad compleja. Los límites de las posiciones unilaterales o reduccionistas de la identidad, tanto la física como la psicológica, conducen a una noción compleja que integre los dos elementos tradicionalmente opuestos o, incluso, ignore tal oposición como un prejuicio heredado. La identidad de las personas se nutre entonces de aspectos encontrados y tradicionalmente opuestos de la naturaleza humana, rezago de la tradición dualista. No basta pues la conciencia que interna o psicológicamente tenga cada uno de sí mismo, ni la sola satisfacción de los criterios externos con los que cumplimos en nuestra apariencia ante los demás. Más bien se requiere de tejido más complejo en el que intervienen ambos aspectos, incluso en el que la polaridad de tales aspectos tiende a desaparecer. Un concepto complejo de identidad pone en correlación elementos de conciencia interna de sí mismo con elementos observacionales externos por los que los demás pueden reconocernos; tal correlación indica que los elementos internos y externos no se pueden considerar por separado, pues la conciencia supuestamente interna que tengo de mí mismo viene retroalimentada, corregida o corroborada por el reconocimiento que encuentro en los demás, y viceversa. De esta manera, la diversidad de roles y relaciones con los congéneres termina por hacer parte del complejo que constituye la propia identidad.

Perspectiva narrativa. Contra la tradición que examina el problema de la identidad de las personas en términos de individuos, surge la noción de identidad narrativa como aquella que inserta toda consideración de la persona en un contexto brindado por la comunidad a la que pertenece (Taylor, MacIntyre, Ricoeur); por tanto la persona no se identifica a sí misma sólo por la conexión de sus aspectos mentales y la continuidad psicológica a lo largo del tiempo, sino también mediante el relato en el que involucra tradiciones y valores en los que está inserta, ya que se considera la persona como esencial y primariamente arraigada en su comunidad. En el concepto de identidad personal se expresan, por tanto, los conflictos de interpretación que provienen de la

confrontación entre liberalismo individualista y contextualismo comunitarista. En esta polémica vuelven a entremezclarse, aunque no necesariamente a confundir, los conceptos que al comienzo se creyó conveniente debían mantenerse separados: la identidad cualitativa y la cuantitativa o numérica. Pues no hay duda de que la narrativa acerca del individuo se asemeja en mucho a una descripción cualitativa, a una sucesión de predicados acerca de un individuo que suponemos plenamente identificado cuantitativamente, es decir numéricamente distinguible.

Referencias

B. Garrett. Personal Identity, en *Routledge Encyclopedia of Philosophy, Version 1.0, London, Routledge*. - Th. Hobbes. De corpore [1655]; versión española de J. Rodríguez Feo, *Tratado sobre el cuerpo*, Madrid, Trotta, 2000. - J. Locke. An Essay Concerning Human Understanding [original 1690, 1694]; ed. P. Nidditch, Oxford, Clarendon Press, 1975 (versión española de E. O'Gorman, México, 1956, 1999). - Eric T. Olson. Personal Identity, en The Stanford Encyclopedia of Philosophy, Fall 2002 Edition. - Edward N. Zalta (ed.), URL= <<http://plato.stanford.edu/archives/fall2002/entries/identity-personal/>>. - D. Parfit. Personal Identity, en *Philosophical Review* 80 1971: 3-27. - D. Parfit. *Reasons and Persons*. Oxford, Oxford University Press 1984. - P. Ricoeur. *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990 (traducción española, *Sí mismo como otro*, Madrid, Siglo XXI, 1996). - S. Shoemaker. *Persons and their Pasts*, en *American Philosophical Quarterly* 7, 1970: 269-85. - Charles Taylor. *Sources of the Self*, Cambridge, Cambridge University Press, 1989 (trad. española, *Fuentes del Yo*, Barcelona, Paidós, 1996).

Identidad genética

Geneveva Keyeux (Colombia) - *Universidad Nacional de Colombia*

De la definición. El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define el término *identidad* como el “conjunto de rasgos propios de un individuo o de una colectividad que los caracterizan frente a los demás”. Asimismo, la expresión “identidad genética” hace referencia, en términos generales y *lato sensu*, al patrimonio hereditario o a la secuencia de ácidos nucleicos (ADN) o genoma, que identifica e individualiza a un ser vivo, sea este un animal o un ser humano. Sin embargo, el término se ha utilizado más en sentido restrictivo, refiriéndose a la especie humana, para designar con él el bagaje genético de cada persona. No obstante, desde hace algunos años, cuando se comenzaron a hacer pedigrís en especies domésticas (bovinos, equinos, gatos, perros y otros) y de zootecnia (babillas, ranas, etc.) basados en características del ADN, el concepto de identidad genética se usa también en individuos de otras especies. Vemos entonces que la identidad genética no es algo

que privilegie a la especie humana, ya que, al menos en vertebrados superiores, existen evidencias suficientes que permiten afirmar que cada individuo dentro de la especie posee características genéticas propias, más allá del bagaje genético que comparte con el resto de las especies y de los seres vivos. Es posible afirmar que cada persona posee un patrimonio genético que deriva de la evolución de las especies desde los organismos más simples (virus y demás procariontes) hasta los más complejos, y que por tanto comparte filogenéticamente con otras especies una pequeñísima porción genómica de variaciones moleculares, resultado de la combinatoria al azar de los genes heredados del linaje familiar ancestral, polimorfismos que son propios de la especie *homo sapiens sapiens*. Esta última fracción del genoma confiere su identidad genética a cada persona.

Genoma e identidad. Los estudios de ADN (ácido desoxirribonucleico) realizados desde hace varios años mostraron que dos genomas tomados al azar dentro de un grupo de personas poseen una identidad de secuencia asombrosamente alta, cerca del 99,9%. La diferencia que se puede observar entre individuos, alrededor de tres millones de nucleótidos (unidades moleculares de las cuales está hecho el ADN), es decir 0,1% del total de un genoma, es lo que nos diferencia, genéticamente hablando, unos de otros. La identidad genética es entonces el conjunto de características genéticas propias de un ser humano que se pueden encontrar cuando se realiza un estudio del ADN de esta persona. En virtud de la presencia de estas pequeñas diferencias, localizadas en su mayoría en regiones del genoma que no poseen una función biológica –están localizados en las regiones no codantes del genoma–, a finales de la década de los ochenta del siglo XX se acuñó el término *genetic fingerprint* –impronta o huella genética– y estas se utilizaron en estudios de identificación humana con fines forenses, quedando plenamente demostrado que es posible individualizar a una persona mediante un conjunto de variaciones de su genoma, las cuales constituyen una huella tan personal como sus huellas dactilares. Así surge la idea de que cada individuo tiene una identidad genética propia e irreplicable.

Excepciones a la definición. A pesar de que lo expresado anteriormente sea cierto, y tanto la secuencia completa del genoma humano publicada en su versión definitiva en 2003, como los estudios posteriores confirmen la existencia de variaciones únicas en cada individuo, existen varias excepciones a la regla. En los gemelos univitelinos, por ejemplo, aun cuando su patrimonio genético inicial es absolutamente idéntico (proviene de un único óvulo fecundado), existen muchos

Identidad

aspectos de su salud y de su personalidad que difieren significativamente, y que son el resultado de la interacción de ese genoma compartido con factores externos como la nutrición, la exposición a factores del medio ambiente, la educación, el entrenamiento, los hábitos de vida y otros más, que desconocemos por el momento. Desde el punto de vista genético, cerca del 40% de los gemelos sufre modificaciones epigenéticas de su patrimonio (metilación del ADN y acetilación de las histonas que rodean el ADN), haciendo que la expresión de los genes y, por consiguiente, la susceptibilidad a las enfermedades, sea diferente en los dos. Quizás el azar en las interacciones entre regiones del genoma que actúan en las cascadas de la expresión génica sea también una determinante en estas diferencias de potencialidad de dos genomas originalmente idénticos. Además de estas variaciones, el posible intercambio *in útero* de células entre gemelos dizigóticos (bivitelinos), y las mutaciones del ADN en células somáticas (cualquier tejido, menos el reproductivo) debido a la exposición a diversos factores del medio ambiente o a procesos de alteración durante la transformación tumoral o el envejecimiento celular, pueden modificar el genoma en algunos tejidos, y producir cambios en la denominada identidad genética de una persona. Por todo ello es evidente que, finalmente, el patrimonio genético no es sino una parte, importante sin duda, pero que no contiene el todo, de lo que le confiere su identidad a una persona. Aunque cada individuo tenga una identidad genética que lo caracteriza, la cual se manifiesta como una combinatoria irreplicable de caracteres moleculares, la identidad de un individuo como ser no está dada exclusivamente ni exhaustivamente por su genoma. Asimismo, esta identidad genética tampoco tiene carácter de determinismo absoluto en las manifestaciones biológicas, psíquicas e intelectuales de una persona. Las potencialidades que conlleva un genoma solo se expresarán plenamente si las condiciones que lo rodean así lo permiten o lo desencadenan.

Reduccionismo genético e identidad. Desde una perspectiva reduccionista de la genética, pero sobre todo de sus interpretaciones sociales y políticas, se ha querido equiparar la identidad de una persona o incluso de grupos humanos a la identidad biológica dada por la información contenida en el patrimonio genético. Esta visión pretende desconocer por completo que la identidad de cada persona es un tejido sutil en permanente evolución o devenir, construido a partir de tramas culturales, familiares, educativas y religiosas, en otras palabras, de una historia individual fruto de la experiencia y de las circunstancias. Por tanto, no se puede reducir la identidad individual al

sustrato biológico que le da soporte material. Más aún, si nos ceñimos estrictamente al soporte material —el genoma—, la identidad genética de un ser humano es compartida, desde el punto de vista filogenético, con otras especies. La secuencia del genoma, por ejemplo, de *Pan troglodites* muestra que entre un humano y un chimpancé existen muy pocas diferencias estructurales (1,23%), apenas 10 veces más que entre dos humanos. Esto se manifiesta, además, durante el desarrollo ontogenético, en el que los genes que se expresan para dar origen a la arquitectura fundamental del feto humano son los mismos que organizan el plano corporal de una *Drosófila melanogaster* (mosca del vinagre) o un ave. De ahí que la identidad genética sea más un concepto adaptativo y evolutivo que un patrimonio *per se* del individuo. Tomados estos hechos en consideración, se hace más evidente aún que lo que determinará en últimas la identidad de un ser humano, ya sea en la comparación filogenética con respecto a nuestros parientes los homínidos o a otras especies, o en la definición de sus potencialidades o susceptibilidades físicas y mentales, es el resultado de la acción de una cascada de eventos de regulación de la expresión del potencial genético, moldeada de manera directa o indirecta por factores del entorno y estímulos biológicos y sociales, enmarcados dentro de la complejidad sistémica de la cual hace parte cualquier forma de vida.

Abusos en la utilización de la identidad genética de una persona. La tendencia a la sacralización del genoma humano y, en consecuencia, la identificación de su rol con el del principio de la vida, a raíz del Proyecto del Genoma Humano a principio de los años noventa, ha sido un obstáculo serio para el análisis objetivo de los problemas que conlleva la utilización de la identidad genética de una persona con fines abusivos. Un ejemplo claro de esta situación es el fantasma de la clonación humana, que inicialmente confundía en una sola la clonación con fines reproductivos y aquella con fines terapéuticos (obtención de tejidos humanos con propósitos curativos), así como el espectro del mejoramiento de caracteres hereditarios (*genetic enhancement*), que han suscitado un gran número de debates filosóficos-teológicos ajenos muchas veces a la realidad fáctica científica, y a menudo enrarecidos por la politización del discurso, más que una toma de posición razonada de la sociedad. Resultado inevitable de este enfoque ha sido inicialmente la prohibición rotunda de toda forma de clonación, es decir, en últimas, ausencia de regulación jurídica clara capaz de delimitar situaciones y contextos, seguida por una progresiva liberalización de la clonación con fines terapéuticos, permitiendo deslindar explícitamente que (la

identidad de) el ser humano es mucho más que su genoma.

Datos genéticos y derechos humanos. En la actualidad, preocupa mucho a la sociedad las implicaciones de la trivialización de los métodos de análisis del genoma de una persona. Obtener un perfil genético de alguien es algo corriente, hoy en día, en el ámbito de la medicina forense. Los países desarrollados han implementado las metodologías, los estándares de calidad, y venden los paquetes tecnológicos a prácticamente la mitad de los sistemas judiciales de los países del mundo (cerca de 80 de los 179 países miembros de Interpol). Se coeteja la identidad genética de dos o más personas para resolver casos de crímenes, abusos sexuales, genocidios, desapariciones forzadas, rapto de menores, litigios de paternidad, reclamaciones de herencias, desastres masivos y reconstrucción de genealogías. Estos perfiles genéticos (también denominados datos genéticos), así como las muestras biológicas de donde se obtienen, se almacenan en bases de datos estatales y privadas, y la utilización de estas para fines distintos de los originalmente establecidos, incluida la obtención de manera subrepticia o forzada de la muestra biológica, puede constituir un grave problema de violación de los derechos humanos. Especialmente, la posibilidad de violación del derecho a la intimidad, de discriminación o estigmatización familiar y social del individuo, de negación del derecho al trabajo, a los seguros, a la escolaridad, etc., por causa de la existencia de esta información en el contexto de un requerimiento judicial, aun habiendo sido declarada inocente la persona, son situaciones previsibles en un mundo en el que los estatutos antiterroristas y de seguridad interna proliferan más que las soluciones a los graves problemas sociales que están en la raíz de las causas de la mayoría de las formas de violencia humana.

Identidad genética y medicina predictiva. Existe otro tipo de identidad genética que se obtendrá a futuro, en la medida en que avance el conocimiento científico. Se trata de las variaciones del genoma localizadas dentro o en proximidad de regiones funcionales, las cuales posiblemente están asociadas—sin ser causales por sí solas—al desarrollo de enfermedades complejas como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, ciertos trastornos neurodegenerativos, la diabetes, la obesidad y otras, caracterizadas por la interacción de varios genes (regiones del genoma) con factores del medio ambiente, hábitos de vida, etc., o también asociadas a respuestas farmacológicas (la llamada farmacogenética). Actualmente se discute ya la posibilidad de expedir tarjetas de identidad (*genetic identity cards*) desde el nacimiento, que contengan, aparte de los tradicionales ítemes

de identificación civil de la persona, un código de barras u otra forma que permita leer su perfil genético, de manera que la atención médica sea “personalizada”. De llegar a imponerse, se estaría violando el derecho a no saber, la libre decisión de no conocer las predisposiciones o susceptibilidades a desarrollar enfermedades que tiene cada individuo. Aunque muy especulativa por el momento, y sin suficientes evidencias científicas que le den soporte, esta área de aplicación de la identidad genética de una persona preocupa desde ya por las implicaciones que pueda tener en los sistemas de salud cada día más privatizados, y por tanto más enfocados a minimizar los gastos médicos en las personas que en cubrir un derecho fundamental a la adecuada atención en salud. Igualmente, preocupa por la posibilidad de excluir de un empleo, de la escolaridad, de los seguros, de las agencias de adopción y otros, y por la estigmatización y discriminación social de las personas, o por la discriminación racista, sexista e incluso homofóbica de la que puedan ser víctimas las personas portadoras de un perfil genético particular. El excesivo determinismo y la capacidad predictiva atribuidos a los genes, aunado a una mercantilización creciente de la biotecnología, la cual se vende sin criterios claros en los países cuya apropiación social de la ciencia es pobre, y que, para colmo, generalmente coinciden con ser los países con menos recursos en salud, y las posiciones científicas y políticas que deliberadamente ignoran o minimizan el papel determinante de los factores nutricionales, de condiciones de vida y trabajo, de salubridad, hábitos de vida, la exposición a factores nocivos derivados de la industrialización, etc., en el desarrollo de estas enfermedades, incorporados a las políticas de salud carentes de una visión ética de las mismas, puede conducir a graves distorsiones sociales de su razón de ser, excluyendo más que resolviendo los problemas urgentes de los países empobrecidos.

Identidad genética y derechos raciales. La identidad genética también se ha invocado en defensa de ciertos derechos raciales, por ejemplo el derecho a tener medicamentos de mayor efectividad en grupos étnicos particulares, en virtud de la presencia de un posible marcador genético (variante en una región específica del ADN) de respuesta farmacológica común a estas personas. De igual forma, los pocos marcadores propios de amerindios o afrodescendientes podrían invocarse como definitorios y decisorios en el contexto de reivindicaciones territoriales, sociales y culturales de los pueblos de América Latina y del Caribe. El abuso, en estos casos, provendría de la manipulación ideológica de una característica biológica que de ninguna manera identifica *per se* la pertenencia a una determinada cultura o grupo humano, a favor

o en contra de otros individuos, abriendo una nueva ventana a la discriminación, las inequidades y la injusticia. El caso de patentes concedidas a fármacos, invocando su mayor efectividad en determinados grupos raciales, es apenas un ejemplo de estas distorsiones ideológicas, políticas y económicas de realidades biológicas que, tomadas aisladamente, son insuficientes o no son concluyentes dentro del contexto en que son utilizadas.

Referencias

International Human Genome Sequencing Consortium. Initial sequencing and analysis of the human genome, *Nature* 409, 2001, pp. 850-921. - International Human Genome Sequencing Consortium. The Initial sequence of the chimpanzee genome and comparison with the human genome, *Nature* 437, 2001, pp. 69-87. - Unesco. International Declaration on Human Genetic Data, 2003. Unesco. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, 2005. Carta de Buenos Aires. <http://redlac-bioetica.org>. - P Sankar y J. Kahn. *BiDil: Race Medicine or Race Marketing?*, *Health Affairs*, 11 October 2005.

Identidad familiar y derecho a la identidad

Nelly Minyersky y Lili Flah (Argentina) -
Universidad de Buenos Aires

Identidad personal. Según la Real Academia de la Lengua Española, por identidad debe entenderse el conjunto de elementos y circunstancias que permite afirmar que una persona es la que dice ser o la que se busca. Es sinónimo de unicidad afirmar que una cosa es idéntica a sí misma; es decir, equivale a afirmar que es “una misma”. La proyección de estas definiciones al ámbito jurídico permite observar que el derecho ha conceptualizado este instituto jerarquizándolo y ampliando su contenido. Originariamente, la doctrina italiana ha considerado la identidad como el conjunto de atributos, calidades, caracteres y acciones que distinguen a un individuo respecto de cualquier otro, y que conforma su derecho a ser reconocido en su peculiar realidad. Cabe partir de la noción de identidad personal como elemento fundante de la identidad familiar. La identidad personal hace que cada cual sea uno mismo y no otro. Vila Coro la conceptualiza como “*la persistencia del ser en su unidad a pesar de sus múltiples cambios y determinaciones*”. En suma, es la que podría considerarse que se mantiene igual en el tiempo, la que se vincula con la continuidad y la mismidad, la sustancia única e irreplicable de cada ser humano en particular manteniéndose la misma cualquiera sean sus modificaciones. Ferrater Mora apunta en sentido similar al sostener que la identidad en cuanto absoluta y completa

mismidad es la permanencia de la sustancia a través de todos los cambios.

Derecho a la identidad. La identidad personal en su dimensión jurídica es reconocida dentro de los derechos esenciales que gozan los seres humanos por el solo hecho de serlo. En Argentina, así como en otros países de Latinoamérica, reviste carácter de derecho autónomo, de jerarquía constitucional, absoluta e irrenunciable, considerándose anterior y superior jurídica y axiológicamente al de la familia o a los terceros. La jurisprudencia reiteradamente ha sostenido que pocos derechos humanos pueden ser más dignos de protección que el de conocer las propias raíces. En este estado debe diferenciarse la identidad estática de la identidad dinámica. La primera se vincula con la filiación genética, o sea la realidad biológica que se integra con los caracteres identificatorios propios de cada uno, como huellas dactilares, caracteres físicos, fecha de nacimiento, nombre, cuya síntesis se exterioriza en el genotipo único e irreplicable. La identidad personal está compuesta por elementos genéticos o hereditarios y elementos adquiridos. Por elementos estáticos debe entenderse la composición genética; por elementos dinámicos, los provenientes del hábitat y de la experiencia vital. De ahí resulta como conclusión obvia la imposibilidad de reproducir idénticamente a nadie, aun utilizando el procedimiento de clonación. El individuo es único e irreplicable, en especial por la imposibilidad de que lleve una vida similar y recoja experiencias idénticas a aquellas que llevó o recogió la persona que se pretende reproducir. Aunque la composición genética sea la misma entre ambos, por haberse duplicado esta composición por medio de la clonación, las experiencias vitales serán siempre diferentes, y no se habrá duplicado la identidad personal. El contenido dinámico de la identidad personal se integra con el desarrollo psicofísico, con su formación cultural, educación y esencialmente en la proyección histórica existencial de cada persona. Fernández Sessarego afirma que la identidad de cada persona se va construyendo mediante una sucesión de haceres en que consiste la existencia por la adhesión a una determinada concepción del mundo. La identidad cultural se va logrando, precisando, afirmando en el cotidiano discurrir de la existencia. El ser humano se proyecta y se relaciona en sociedad; la forma en que lo aprehende y lo procesa derivará en su fenotipo, lo que va constituyendo el patrimonio religioso, ideológico de cada ser humano. El derecho personalísimo a la identidad personal comprende ambas fases: la estática y la dinámica, protegida por normas de rai-gambre constitucional. La Convención de los Derechos del Niño, aprobada por Naciones Unidas en 1979, ha sido ratificada por todos los países

que integran América del Sur, pasando a formar parte de su legislación interna y, en algunos supuestos como el de la República Argentina, ha adquirido jerarquía constitucional, la cual implica a la vez reconocimiento y protección. El derecho a la identidad está consagrado en forma expresa en los artículos 7 y 8 de la Convención. Artículo 7.1. *El niño será inscripto 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.* 2. *Los Estados Partes velarán por la aplicación de estos derechos de conformidad con su legislación nacional y las obligaciones que hayan contraído en virtud de los instrumentos internacionales pertinentes en esta esfera, sobre todo cuando el niño resultara de otro modo apátrida.* 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.* En sincronía la Corte Suprema de Justicia de Argentina se ha pronunciado sobre la jerarquía constitucional del derecho a la identidad con fundamento en los artículos 33 y 75, incisos 22 y 23 de la Constitución Nacional. También cabe el distingo entre realidad biológica y realidad filiatoria. En el primer caso, se trata del patrimonio genético heredado de los padres biológicos, su genoma. La identidad filiatoria es un concepto jurídico: es la que resulta del emplazamiento de una persona en un determinado estado de familia, respecto de quienes aparecen jurídicamente como sus padres, pudiendo concordar o no con la identidad genética. El derecho a la identidad personal comprende dos facetas, a las que nos referiremos separadamente: a) el derecho de toda persona a conocer su propia identidad personal, y b) el derecho de toda persona a que nadie se inmiscuya indebidamente para alterar su identidad personal, para discriminarla o desmerecerla en razón de esa misma identidad personal. En cuanto se refiere a la primera faceta, esto es, al derecho de toda persona a conocer su propia identidad personal, debemos resaltar que este no puede referirse sino a aquellos elementos de la identidad que sean desconocidos para el titular, como su origen genético y el nombre de sus verdaderos progenitores, y algunos aspectos relacionados con su filiación. La segunda faceta del derecho a la identidad personal constituye un verdadero derecho de la personalidad, puesto que se ejerce "erga omnes"; es un derecho de sujeto pasivo universal: es toda la

humanidad, sin excepciones, la que asume una obligación de no hacer: no inmiscuirse indebidamente en la identidad personal del titular, con el objeto de alterarla, y no discriminar o desmerecer a dicho titular en razón de la información que se maneja acerca de esa identidad personal. El derecho a conocer la identidad biológica se encuentra íntimamente vinculado con el avance de la biología molecular. Prácticamente estos avances suponen que la determinación de la paternidad o maternidad por estos métodos otorga una aproximación tal que constituye una certeza. Al facilitarse la comprobación de la paternidad se modifican sustancialmente los parámetros de responsabilidad parental, igualando a ambos progenitores, lo cual se ha proyectado contribuyendo a la no discriminación de la mujer como única responsable frente al acto procreacional. Actualmente las mujeres tienen mayores posibilidades de ejercer por sí y en nombre de sus hijos acciones tendientes a lograr la determinación de los vínculos biológicos. Se integra así al concepto de filiación el de paternidad responsable.

Identidad y filiación. La aparición de las pruebas biológicas, particularmente la de ADN, supuso en el campo del derecho a la filiación y, por tanto, en el derecho a la identidad un giro de 180 grados. Luego del descubrimiento de Watson y Crick, en 1980, se desarrollaron los sistemas de histocompatibilidad y polimorfismo genético. En 1985 Alex Jeffries logró el perfeccionamiento de las pruebas de ADN; la individuación se expresa a través del genoma sin pasar por el genotipo. La identificación del sujeto se hace por comparación de su impronta genética por el patrimonio que ha recibido de su madre y de su padre, llegándose a un grado de certeza que alcanza el 99% o más de probabilidades. Se debe destacar el avance que supone la posibilidad de recurrir a pruebas como las mencionadas y su incidencia en cuanto al incremento de las acciones de reclamación y o impugnación de filiación interpuestas. Las pruebas filiatorias, debidamente reguladas, comportan una herramienta eficaz para la protección integral del derecho a la identidad. Así ha ocurrido en el campo del tráfico de menores, donde identidad estática y dinámica son ultrajadas a un tiempo, pues ambos planos son desconocidos para el menor que es despojado de su verdad personal. En particular, constituyen un valioso aporte para la localización de menores hijos de desaparecidos, nacidos en cautiverio o secuestrados con sus padres, que fueron objeto de tráfico mediante adopciones ilegales y falsas inscripciones. Es significativo el rol que ha cumplido la organización Abuelas de Plaza de Mayo para la restitución identitaria de estos menores. Uno de los debates más controvertidos sobre el particular es la cuestión

de las pruebas dirigidas al establecimiento certero de la identidad, particularmente, en relación con la negativa a someterse o a la validez de su realización compulsiva. Difieren las posiciones según se trate de acciones dentro del ámbito del derecho privado o de acciones interpuestas en el marco de la recuperación de su identidad a los niños nacidos en cautiverio o que fueron privados de ella durante el denominado "Proceso". En Argentina, el artículo 4 de la ley 23511 dice que la negativa a someterse a los exámenes y análisis necesarios constituirá indicio contrario a la posición sustentada por el renuente. Se entiende por filiación no solo la que deriva del sustento biológico tradicional, sino todos aquellos supuestos en los que el derecho configura el emplazamiento paterno-filial, sea como resultado de cualquiera de las técnicas de procreación artificial o cuando se recurre a la adopción, en la cual no existe base biológica alguna. En todo el proceso de procreación tradicional intervienen solamente un hombre y una mujer, es decir, que no hay intervención de terceros. A raíz de los avances de la biología molecular y la ingeniería genética señalados aparecen nuevas técnicas reproductivas que han modificado sustancialmente este escenario. Aparece la inseminación artificial o terapéutica, la maternidad por subrogación, la donación de semen, óvulos y embriones como nuevas modalidades procreacionales que generan dilemas en el concepto de identidad que se traducen en nuevos paradigmas. La pregunta a formularse en esos casos es cuál de los elementos debe primar a los efectos de determinar la identidad. 1. En los casos en los cuales hay donación de espermia se ha aceptado en lo social y en lo jurídico el anonimato del donante. Habría identidad entre la madre genética gestante y social; en cambio el padre sería exclusivamente social. La voluntad procreacional será la que tendrá el carácter de base fundante de la identidad dinámica. Si bien en algunas legislaciones se mantiene la prohibición de indagar la paternidad genética, en diversos países (Francia, Suecia) se admite la investigación tomándose los recaudos del caso a los efectos de prevenir eventuales requerimientos de datos necesarios en orden a garantizar el derecho a la salud. 2. Puede tratarse de donación de óvulos y espermia con fecundación *in vitro* e implantación del embrión en la madre gestante, que será a la vez la madre social, al igual que en el otro supuesto. 3. En tercer término aparece como alternativa la maternidad de sustitución que puede dar lugar a distintos tipos de relaciones parentales y modos de reproducción, por ejemplo gestación en una tercera mujer del embrión engendrado por espermia y óvulo de quienes devendrán en padres sociales. Otra posibilidad sería cuando se recurre al óvulo o espermia de uno de los progenitores

sociales. Con frecuencia se han dado casos en los cuales quien se presta para ser madre por sustitución ostenta vínculos de parentesco con alguno de los padres genéticos, aquel que ha aportado el material, lo que ha permitido observar alteraciones en las líneas tradicionales de parentesco. Recordemos que en la mayoría de los países, la maternidad se acredita por el parto, constituyendo la maternidad subrogada un ilícito civil. La identidad estática (realidad biológica) de las personas concebidas por alguno de los sistemas descritos es la que corresponde al material genético utilizado. Ello no significa que sus derechos y obligaciones sean distintos de los seres concebidos en las formas tradicionales. Si bien el método de concepción utilizado se inscribirá en sus raíces y su historia, ello no puede traer aparejado ningún tipo de discriminación. Los distintos sistemas de procreación deben ser aceptados social y jurídicamente de modo que no se afecte la dignidad ni el conjunto de derechos humanos que les son innatos. A partir de la noción de identidad personal estática y dinámica se puede construir también el concepto de identidad familiar estática y dinámica. En este estadio cabe esbozar el interrogante sobre el concepto mismo de familia. Muchas son las definiciones que se nos presentan. En especial el análisis deberá mostrar un pensar sobre la familia respecto a determinadas y específicas circunstancias. Es necesario estudiar cuáles son los campos sobre los que se proyectan las obligaciones y derechos que emergen del hecho de que dos o más personas se consideren como integrantes de un grupo al cual la sociedad denomina familia. El análisis debe intentarse desde lo jurídico y desde lo social.

Familia. Se ha definido la familia como un grupo de gente unida por determinadas convicciones o afiliación común. El *Diccionario Legal Black's* la define como el cuerpo colectivo de personas que viven en una casa, bajo la autoridad de una cabeza o dirección. La presencia de determinadas características en las uniones hetero u homosexuales que incluyen la exclusividad, la permanencia de la relación, nivel de compromiso sentimental y financiero, formas en que las partes condujeron su vida diaria y se presentaron en sociedad, la confianza depositada en el otro respecto de asuntos domésticos familiares son comunes al concepto de familia. Para los juristas, la familia es una institución constituida por un complejo de relaciones regidas por normas jurídicas. Es familia aquello que el derecho acota como tal regulándolo. Los sociólogos conciben la familia como una realidad social que existe más allá del derecho. Es una institución natural, lo que presupone un nacimiento espontáneo por la simple presencia de los hombres en el mundo. Como institución, la consideran prejurídica; se produce el modo de ser

social y sus posteriores cambios que el derecho a posteriori refleja rezagadamente. Para Durkheim, la familia es una institución social, una sociedad regular cuyos integrantes están ligados jurídica y moralmente los unos con los otros. Es conocida la definición de familia como una pluralidad de personas que se encuentran sujetas a la potestad de uno solo. En esta definición que se corresponde con un tipo de familia llamada patriarcal, la figura que se dibuja es una unidad política o cuasipolítica en la cual son notorios los vínculos de sujeción y de autoridad. El tipo de familia patriarcal había quedado borrado y borrado por el individualismo que imperó por lo menos desde el triunfo de la tesis del racionalismo filosófico y jurídico. Este individualismo se plasmó sin duda en los códigos civiles, aunque paradójicamente el modelo de familia que los códigos recibieron contenía todavía rasgos en la familia patriarcal. Los sociólogos han destacado la evolución que la institución familiar ha experimentado en nuestro tiempo, desde lo que se llama familia extensa o la familia linaje (que era normalmente un grupo familiar amplio que convivía en la misma casa y llevaba a cabo una empresa familiar) hasta lo que los sociólogos denominan hoy la familia nuclear, que está formada por una pareja y la prole de la misma, mientras esta última se mantiene en la menor edad o no alcanza por la vía de la ocupación de los puestos de trabajo la plena independencia económica.

Identidad familiar. La identidad familiar se puede considerar desde dos ángulos: uno ligado estrictamente a la identidad personal, identidad que lleva a la pertenencia dentro de un grupo familiar determinado con los derechos y obligaciones correspondientes. Este ángulo equivale en principio a la identidad estática: conocer quiénes fueron sus genitores y por tanto con quién le unirán vínculos de parentesco. El otro ángulo es estudiar la identidad familiar como categoría. Las relaciones entre familia y derecho podrían graficarse como dos círculos secantes entre los cuales hay una sola zona común. Habría de este modo un campo de la vida familiar regulado por el derecho –derecho de familia– y un amplio campo de la vida familiar extraño o ajeno al derecho, que podría considerarse dentro de lo que Carbonier ha llamado “el no derecho”. Las angustias que pueden existir en una sociedad se profundizan en el ámbito de la familia cuando la disyuntiva se plantea sobre el rol del Estado y los límites de su intervención. Es importante analizar con qué política (regulación social) se fomenta un determinado tipo de familia o se contribuye a su cambio o extinción. Preguntarse cuál es el límite entre lo privado y lo público, y encontrar el equilibrio que deberá existir en el todo, es tarea harto compleja. Entre lo individual y lo colectivo se genera un compromiso que se renegocia en forma

permanente. La familia entendida sobre la base de los conceptos expuestos permite admitir la existencia de su identidad como tal, incluyendo la familia tradicional, la homosexual, la monoparental, la que deviene de la filiación legal, así como las que se originan en las nuevas técnicas de reproducción. Cabe el interrogante si existen elementos comunes que hacen a la identidad y que aparecen como características propias en cada una de esas categorías. Esa identidad familiar será única e irrepetible, distinta de la identidad personal de los miembros que la integren, pero ello no conlleva de manera alguna el considerar la familia como persona o sujeto de derecho ni tampoco la utilización de esta concepción como vehículo discriminatorio o de negación de los derechos fundamentales involucrados.

Referencias

C. Fernández Sessarego. *Derecho a la identidad personal*, Buenos Aires, Astrea, 1992. - María Dolores Vila-Coro. *Introducción a la Biojurídica*, Madrid, Universidad Complutense de Madrid, 1995. - Gonzalo Figueroa Yáñez. *Derecho Civil de la Persona del Genoma al Nacimiento*, Santiago de Chile, Editorial Jurídica de Chile, 2001. - Salvador Bergel, Nelly Minyersky (orgs.). *Genoma Humano*, Buenos Aires, Rubinzal Culzoni, 2004.

Identidad social

Alejandro Serrano Caldera (Nicaragua) -
Academia Nicaragüense de la Lengua

Definición. La identidad podríamos considerarla compuesta por la convergencia de dos elementos fundamentales: uno cuantitativo, el conjunto de rasgos comunes de una persona o una colectividad, y otro cualitativo, la conciencia que cada uno de ellos tiene de esos componentes comunes, históricos, sociales y culturales que concurren a conformar la identidad personal o comunitaria. El *Diccionario de la Lengua Española* define la identidad como “*El conjunto de rasgos propios de un individuo o de una colectividad que lo caracteriza frente a los demás*”. En todo caso, sea que se trate de los rasgos de la persona o del grupo social, la identidad, individual o colectiva, está siempre ligada al concepto de sociabilidad y de intersubjetividad, pues aun la identidad personal, aquella que caracteriza al sujeto en su propia individualidad frente a los demás, es siempre resultante de la confluencia de sus propios caracteres originarios y de aquellos otros que nacen del contexto en que realiza su convivencia y que, proviniendo de la colectividad, se transforman en caracteres internos de la persona, en elementos constitutivos de su propia identidad.

Identidad

Identidad y ethos. Un elemento fundamental de la identidad es siempre el *ethos*, de donde deriva la ética, entendida como el conjunto de reglas prácticas que norman el comportamiento individual o colectivo orientado a la realización de los valores fundamentales, principalmente del bien y la felicidad. El *ethos* es carácter y comportamiento, esto es, relación mediante la cual el carácter, que caracteriza, se transforma en comportamiento y este, al establecer una conducta individual o colectiva, define el carácter que confiere identidad a la persona o al grupo. Este ejercicio de la libertad del ser humano para construir su propio mundo y construirse a sí mismo es condición de humanidad. A diferencia de los demás seres de la naturaleza que se adaptan al medio, el ser humano trata de adaptar el mundo a sus necesidades construyendo el tejido histórico y social que es su verdadero *hábitat*. La relación necesaria entre la identidad y la ética obliga a tener en cuenta de manera decisiva los elementos cualitativos que, en este caso, serían los componentes del *ethos* y la ética: la conciencia sobre los valores comunes, la racionalidad del comportamiento, la adecuación entre los medios y los fines y el sentido, dirección e intención de las reglas o normas de comportamiento personal o comunitario, así como la estética, la sensibilidad y el mito, que contribuyen a construir la visión y el imaginario de un grupo humano determinado. Sin *ethos*, es decir sin ética, sin racionalidad y conciencia, no es posible la identidad social. La ausencia de estos elementos cualitativos, y la sola presencia de rasgos cuantitativos, permitiría únicamente el establecimiento de la identidad biológica o genética, pero no de la identidad social, que requiere la presencia de los componentes sociales, axiológicos y culturales. La ética es condición de la identidad, de la misma forma que la conciencia que deriva de la razón es condición de la ética, que deviene por ello la acción racional que legitima o no los imperativos categóricos de la moral; por eso la ética es una filosofía de la moral, una filosofía moral.

Identidad y sociabilidad. La sociabilidad es una condición esencial de la identidad. Entre individuo y sociedad existe una necesidad complementaria y no una contraposición excluyente. El sujeto solo puede realizar su individualidad en tanto que sujeto social. En ese sentido la ética, como condición de la identidad, trata de identificar los valores que hagan posible, de la mejor manera, las relaciones intersubjetivas y la sociabilidad. La razón y la voluntad, léase la libertad del hombre, son aquí factores que van a determinar en relación intersubjetiva de razón, voluntad y libertad no solo el lugar que les corresponde ocupar en el orden social, sino la construcción misma de ese orden, sus valores y reglas de comportamiento.

Es decir, la comunidad y el sujeto que surgen del contrato social, que es consenso y acuerdo de voluntades, mediante el cual, y siguiendo a Rousseau, la libertad natural, la de los instintos y la fuerza, da paso a la libertad civil, la del acuerdo de voluntades libremente expresadas que da origen a la identidad, la ética, la sociedad, el derecho y el Estado. Este proceso de construcción de la identidad es un auténtico proceso de creación cultural en el que participan, además de la razón, la voluntad y la libertad, la sensibilidad y el arte. Por tanto, la identidad social es formada, además, por elementos artísticos y sensibles y por visiones míticas y mágicas de la existencia. La cultura que da paso a la identidad se forma por la síntesis de todos esos elementos, pues toda cultura que se dirige a la formación de la identidad social es siempre síntesis. La cultura latinoamericana ha sido, sobre todo, una contradicción sin síntesis, lo que ha dificultado la caracterización de su identidad.

La identidad social de América Latina. El problema de la identidad de América Latina, y de la identidad social en particular, se expresa a través de la superposición de diferentes expresiones culturales: la española, la indígena, la negra, los valores de la cultura francesa o anglosajona, que inciden cada una de ellas en sectores sociales diferentes y no integrados. Habría que mencionar también la fractura entre el mundo formal y el mundo real, por la que, mientras por una parte se describe una sociedad inspirada en el constitucionalismo liberal y en las ideas políticas de la Ilustración del siglo XVIII y el derecho público europeo del siglo XIX, por la otra, se mantiene una sociedad premoderna predominantemente agraria, en la que se insertan fragmentos de una sociedad moderna y posmoderna, comercial, financiera y tecnológica. Junto a las superposiciones, rupturas y contradicciones que aún no logran una adecuada síntesis, se produce, por otro lado, el fenómeno de la globalización, que tiende a uniformar en modelos unilaterales y dominantes, sin tener en cuenta rasgos sociales, culturales o axiológicos, los que resultan abolidos ante la tendencia hegemónica de construir una sociedad homogénea y dependiente. Ante esta situación polarizada y contradictoria resulta necesario un esfuerzo consistente que establezca o reestablezca los vasos comunicantes de los diferentes sectores sociales, los que, sin perder la identidad, ni la diversidad, formen parte de un sistema en que la integración de las diferencias y la capilaridad social y cultural conduzcan a la formación de un *ethos* común. No obstante lo anterior, habría que decir que en América Latina hay un proceso vigoroso de identidad en marcha en el arte, la música, la literatura, con mucho más fuerza que el que evidencia la participación

de la razón en el ámbito jurídico y político-social. En este sentido toda identidad social es a la vez identidad cultural y, esta, el resultado de la multiculturalidad, entendida como el reconocimiento y respeto a la diversidad cultural; de la interculturalidad por interacción de las diferentes formas sociales y culturales en toda sociedad, y de la síntesis, en la medida que en ella se construyen valores éticos, estéticos, políticos y sociales comunes a una colectividad determinada. La identidad social es tanto la coexistencia de la diversidad social y cultural, como la síntesis que resulta de la confluencia y acción recíproca de las diferentes expresiones y manifestaciones. En todo caso, se trata de la unidad en la diversidad que no es ni la separación tribal y hermética de las diferentes identidades, ni la uniformidad que impone el proceso de globalización, sino riqueza plural que surge de las múltiples y variadas expresiones de la razón y sensibilidad humanas, de la ética y de la estética, de los sujetos y de las colectividades.

Referencias

Juan Jacobo Rousseau. *Du Contrat Social* [1762]. - Octavio Paz. *Tiempo Nublado*, Barcelona, Editorial Seix Barral, 1983. Alejandro Serrano Caldera. *La Unidad en la Diversidad*, Managua, Ediciones Progreso, 1998.

Identidad comunitaria

María Margarita Ruiz (Colombia) - *Fundacies*

Cómo se define la identidad comunitaria. En sentido estricto, identidad se define como “calidad de idéntico, conjunto de circunstancias que distinguen a una persona de las demás”, e idéntico se define como “que es lo mismo que otra cosa o se confunde con”. Para efectos de nuestra definición asumimos la identidad como sentirse identificado con prácticas, valores, principios, acciones (me identifico por lo que soy, lo que pienso, lo que hago); actuar de acuerdo con esas prácticas, principios y valores; ser idéntico a, parecerse a, ser como. En cuanto a lo comunitario, se define como “estado de lo que es común”. Lo comunitario entonces lo abordamos como aquello que es común, lo que es de todos, lo que nos pertenece a todos, a un grupo, a un conglomerado, lo que nos une, lo que compartimos y nos identifica. La identidad, entendida así, se construye en el ámbito de lo individual y privado, mientras que lo comunitario expresa lo que es común a un número indeterminado de miembros, es decir, se construye en lo colectivo o público, pero es en la relación o interacción de estos dos ámbitos donde se define la identidad comunitaria, es decir lo que los distingue como una unión, como una comunidad de individuos, lo cual igualmente los diferencia de otra

comunidad de individuos identificados con otras prácticas, principios y valores diferentes. Esta comunidad de individuos, al compartir esa identidad que les es propia, se convierten en un colectivo comunitario.

Ser y no ser de la identidad comunitaria. Esta reflexión es el punto de partida para definir lo que es y lo que no es identidad comunitaria y cuáles son sus elementos constitutivos. ¿Qué es identidad comunitaria?: un grupo de individuos que se identifican por prácticas, valores y principios, visiones de mundo, creencias que comparten por lo menos en su esencia y que expresan a través de la cultura y, fundamentalmente, del lenguaje; es identidad de valores que expresan diferentes perspectivas de vida; es unidad en valores que se reflejan en normas aprendidas y reproducidas socialmente; es heterogeneidad en la homogeneidad; y complejidad en la relación. ¿Qué no es identidad comunitaria?: no son conductas aisladas, individuales y no consensuadas; no es unidad impuesta, ni principios no compartidos socialmente; no es coexistencia de prácticas sin unidad de principios y valores. En razón a lo anterior, consideramos que la definición de este concepto pasa por el planteamiento de varias preguntas y un intento por aproximarnos a algunas respuestas: ¿sobre qué bases se construyen nuestras prácticas culturales y sociales identificatorias?; ¿cuáles son las redes fundamentales sobre las cuales se construye comunidad?; ¿cuáles son los valores y fundamentos morales que configuran una identidad individual, familiar y comunitaria?; ¿cuáles son los elementos diferenciadores de nuestra sociedad que hacen complejo hablar de una colectividad unida por una única identidad comunitaria?; ¿hay muchas identidades o una sola identidad comunitaria?; ¿la identidad se construye sobre una unidad de valores pero se expresa diferencialmente a través de varias identidades colectivas?; ¿cuáles son esos elementos fundamentales en la construcción de normas y valores comunitarios que le dan identidad a un colectivo?

Bases de construcción de prácticas culturales y sociales identificatorias. En relación con el primer cuestionamiento, acerca de las bases de construcción de una identidad comunitaria, creemos pertinente plantear la discusión en tres niveles: un primer nivel referido a los condicionantes materiales sobre los cuales los individuos y colectivos construyen identidad. Estos se refieren esencialmente a la satisfacción de necesidades básicas, como protección a la vida, manifiesta en la salubridad y todos aquellos medios para conseguirla, la provisión referida al alimento, el vestido, la educación, el abrigo; otra relacionada con la seguridad y la estabilidad como individuos, como familia y como

comunidad. Un segundo nivel referido a los condicionantes definidos por lo deseado individual y colectivamente, sobre los cuales construyo mi realidad cotidiana como individuo y como grupo, y que manifiesto a través de normas y pautas de conducta expresadas culturalmente y a través del lenguaje. Esa construcción se realiza a través de actos de comunicación e interacción comunicativa, buscando elaborar, difundir y aplicar normas éticas y morales a través de las cuales se guía y orienta como colectivo. Un tercer nivel, que denominamos inmaterial y trascendente, el cual involucra los dos anteriores, pero expresa las creencias individuales y comunitarias, lo que creo de mí mismo y de mi comunidad, lo que finalmente guía mis normas morales y éticas, mis valores y mis principios. Estos tres niveles son la base de la identidad comunitaria y allí se conforma una trilogía de lo “ético” individual y colectivo. Los principios compartidos comunitariamente (primer nivel), a través de normas (segundo nivel) permiten el ejercicio libre y en equidad, en justicia, de la vida individual y comunitaria.

Redes sobre las que se construye la identidad comunitaria. Sobre las redes que dan sustento y configuran esa identidad colectiva comunitaria, podemos decir que, en esencia, se conforman a partir de células básicas representadas en el núcleo constituido por la familia, por el hogar-padre, madre, hijos. Los individuos crean tejido social que los integre a partir de compartir en igualdad de conceptos en uno de los tres niveles enunciados: por satisfacción de necesidades, por acatar y cumplir normas o por compartir sus creencias y la construcción y definición de estas. Estas redes son multivariadas, multicompuestas y se originan en un proceso gradual, grupos comunitarios, organizaciones e instituciones, que comparten entre sí las mismas prácticas que los identifican y los convierten en un grupo homogéneo. De allí se deriva la existencia de múltiples identidades, es decir, la cultura propia de nuestros países latinoamericanos está constituida por múltiples y heterogéneas identidades comunitarias, que son, en su grupo primario, homogéneas al compartir lenguajes, prácticas, actividades comunes que producen determinada identidad. Esta diversidad de identidades se construye, no obstante existir en Latinoamérica elementos compartidos por nuestro origen, por nuestra historia, por nuestro medioambiente, y también por nuestras condiciones actuales de desarrollo. Los elementos que constituyen dicha identidad, así como sus condicionantes, nos llevan igualmente a plantear que la identidad comunitaria tiene un carácter dinámico, que no es un concepto estático, sino un proceso social con las implicaciones que esta tiene.

Principios y valores subyacentes a la identidad comunitaria. La construcción de la identidad se deriva de principios y valores que subyacen o son consustanciales a nuestra naturaleza humana y social: respeto a la vida propia y del otro, respeto a la diferencia, sentido de la tolerancia y la convivencia; respecto a las prácticas culturales en respeto a la libertad individual y social; compromiso de participación individual y colectiva; sentido de la equidad y la justicia social; y ejercicio de la responsabilidad individual y corresponsabilidad colectiva. No obstante, estos elementos esenciales, la interacción social, los intereses individuales y colectivos, las relaciones de fuerza transforman en mayor o menor medida estos elementos básicos, llevándolos a límites extremos. Es decir, la construcción de identidad comunitaria sobre la base de antivalores y antiprincipios que han generado o degenerado en una sociedad violenta, agresiva, con principios de autoritarismo, de irrespeto a la vida, a la libertad, sin justicia social, ha llevado a la completa anomia social y, por tanto, a la conformación de identidades contrarias a los principios comunes sobre los cuales se constituye la sociedad y se forman los individuos. En esta tensión entre prácticas basadas en antivalores y antiprincipios y las prácticas basadas en valores y principios moralmente aceptados por la sociedad, se manifiestan elementos diferenciadores que hacen de esta forma imposible hablar de una sola o única identidad comunitaria para Latinoamérica. En consecuencia, existe un continuum que va de los valores y principios consensuados y moral y éticamente aceptados por la sociedad a otro extremo de antivalores y antiprincipios; un continuum que representa una gradación de principios de orden a principios de anomia social. En esta gradación se sitúan los diferentes grupos o comunidades que conforman diferentes identidades comunitarias. El ejercicio social para traer de nuevo al orden y a la conformación de identidades basadas en principios éticos y morales pasa entonces por la discusión de dichas prácticas y la conformación o reconformación de estas a través de procesos de interacción comunicativa y construcción de nuevos lenguajes que lleven a la reconstrucción de valores y principios, involucrando los tres niveles de relación enunciados.

La construcción social y cultural de la identidad. Partimos de la premisa según la cual la construcción cultural y de las relaciones sociales se produce a partir de la construcción de valores y, por supuesto, de la construcción y el respeto de los acuerdos y las normas definidas en ese mismo proceso social y cultural. Esta construcción se realiza a través de acciones comunicativas y acciones estratégicas, que consisten en la posibilidad de validar nuestros acuerdos y desacuerdos

en la construcción de consenso e identidad mediante la interacción comunicativa (diálogo permanente y abierto); el compartir intereses y diferentes perspectivas de vida, en la relación y la interacción en la acción. Es en últimas un cambio de los símbolos y la representatividad de esos símbolos en el lenguaje. A partir de cambios en el lenguaje, el individuo y el colectivo pueden hacer cambios fundamentales en la forma de ver la vida, de pensar, sentir y actuar y, obviamente, en creencias, principios y valores. Desde una perspectiva ética, nos mantenemos en afirmar que una verdadera concepción ética de la vida en comunidad y de prácticas identificatorias se establece sobre valores morales que privilegian la vida sobre la muerte, la construcción sobre la destrucción, la armonía sobre el conflicto y la desunión, la libertad sobre la esclavitud y la opresión individual y social, el respeto a la dignidad humana y a la integridad personal sobre la transgresión al espacio personal y la ausencia de reconocimiento del otro como individuo y como colectivo; y principios de solidaridad (disposición de apoyo mutuo), participación, sentido de pertenencia, seguridad (sensación y certidumbre de tranquilidad en el disfrute de los derechos y libertades individuales y colectivas), convivencia y justicia social. Lo común, la identidad común, sólo es posible en un contexto de orden, no de anomia social. La diferencia debe ser un aporte para la construcción de la identidad y el conflicto solo debe ser un momento del continuum aludido y no una situación permanente de individuos y colectivo. Solo es viable igualmente la construcción en tolerancia y respeto a las diversas identidades cuando la sociedad que las construye se basa en principios de justicia, igualdad, libertad, solidaridad, tolerancia y participación. Allí radica la importancia de analizar la identidad comunitaria desde una perspectiva de la bioética. Cuando en el proceso de formación como individuos y conformación como colectivo se pierden de vista los valores y principios mencionados, damos paso a un total desorden, luchas de intereses, luchas de poder, que se resuelven por la vía de eliminar al otro y no por la vía de la negociación pacífica a través de actos o acciones de interacción comunicativa y de construcción de nuevos lenguajes. Cuando se rompe el diálogo entre individuos y de estos como colectivo, damos paso a la desigualdad y la desunión y, por tanto, imposibilitamos la construcción de lenguajes comunes identificatorios y de identidad comunitaria.

Referencias

Jürgen Habermas. *Identidades nacionales y posnacionales*, Madrid, Tecnos, 2007, 3ª ed. - Charles Taylor. *Fuentes del Yo. La construcción de la identidad moderna*, Barcelona, Paidós, 1996.

Derecho a la imagen y confidencialidad

Carlos Valerio (Costa Rica) - *Defensoría de los Habitantes*

Los derechos de la personalidad. El régimen de los derechos de la personalidad y nombre de las personas se conoce como la protección jurídica que se ofrece al individuo con respecto a la disponibilidad del propio cuerpo, al derecho de la imagen, al derecho al nombre, a la filiación, al seudónimo y al derecho a indemnizaciones en caso de daños o lesiones. Los derechos de la personalidad son los derechos supremos del hombre desde la perspectiva civilista, que garantizan el goce de sus bienes personales. Este tipo de derechos fundamentales, una vez asumidos por el ordenamiento jurídico, pretenden otorgar al hombre el máximo de facilidades y garantías para que pueda, si así lo desea en cuanto ser libre y ello es posible, realizarse como persona, asegurándole normativamente las libertades, creando jurídicamente las condiciones económicas, sociales, biológicas y políticas que le permitan desenvolverse según su íntima vocación. Desde esta perspectiva, la persona no puede ser tutelada por lo que tiene, es decir respecto de sus utilidades y los bienes que estén separados de su personalidad, aun derivando de esta y que recaen sobre cosas del mundo exterior, sino por cuanto es, en las facultades inseparables de la naturaleza humana que constituyen razón y fundamento de su existencia y del desenvolvimiento de su actividad para alcanzar los fines esenciales de su vida. El derecho a la imagen es un derecho fundamental en el campo del VIH/sida, que se traduce desde el punto de vista del derecho médico en el derecho del paciente a que se proteja su vida privada y confidencialidad, y en la obligación del secreto profesional del personal sanitario.

El secreto profesional y la confidencialidad. La reglas deontológicas de la medicina han postulado siempre como principio básico que el médico en su relación con el paciente deba actuar siempre en beneficio de este, tanto en lo personal como en lo referente a su salud y a su vida. El respeto a la intimidad del paciente implica, en primer lugar, no ir más allá de lo estrictamente imprescindible en la exploración médica necesaria para elaborar un diagnóstico correcto. El deber de confidencialidad solo cede cuando así lo establece la ley o se deduce de esta como consecuencia de un estado de necesidad o de una colisión de deberes o lo autoriza el juez según el ordenamiento jurídico. En relación con la tutela de los derechos fundamentales de las personas que viven con VIH/sida, la protección a la confidencialidad es fundamental. Sobre todo por la moderna dinámica

Identidad

hospitalaria y la efectividad y agilidad de las comunicaciones, con más cuidado debe respetarse la confidencialidad de la infección a favor de un paciente. A pesar de lo anterior, la confidencialidad acepta excepciones con la condición de que en dicha salvedad se tutelen valores jurídicamente superiores, se respeten los derechos humanos y la finalidad tienda a proteger la salud pública. La necesidad de proteger la vida privada de la persona que vive con VIH/sida y la importancia de proteger la salud pública obligan cada vez más a aceptar la nueva tendencia de aceptar como válido lo que la doctrina ha denominado el paradigma del secreto profesional (Llano, 1991). No es el secreto mismo, ni el valor ético que encierra lo que caducó, sino el contexto y la forma tradicional en que se entendió. En relación con el VIH/sida, en el caso excepcional que un médico tenga la evidencia comprobada de que existe un peligro real de contagio para un tercero (por ejemplo el cónyuge) y con ello un peligro también real para su vida o grave para la salud, y en el caso de que el afectado no esté dispuesto a comunicar su situación a ese tercero ni a tomar medidas preventivas adecuadas, el médico podrá revelarla. Deben darse determinados requisitos, de entre los que puede destacarse el que exige que el mal causado –el atentado contra la intimidad del paciente o del donante– sea menor excepcionalmente que el mal que trata de evitar –la pérdida de la vida o menoscabo del tercero– (Romeo Casabona, 1993).

La notificación de contactos como procedimiento. Con el fin de proteger el bien jurídico vida y con propósitos puramente preventivos, desde la perspectiva de la salud pública y la protección de los derechos humanos, se ha desarrollado el procedimiento denominado notificación a los contactos o de detección o identificación de casos entre parejas de individuos

infectados. Al respecto se establece que el médico tratante o el personal de atención en salud debe asesorar al paciente acerca de la obligatoriedad de informar a sus contactos sexuales. Cuando el paciente no quiera o no pueda comunicar el resultado de su diagnóstico, por lo menos a sus contactos sexuales actuales, el personal de atención en salud deberá realizar las gestiones posibles a fin de lograr dicha notificación. El uso de un protocolo que facilite la labor del trabajador de la salud y a la vez permita el cumplimiento de los derechos del paciente tiene como consecuencia unificar los procedimientos de los funcionarios de salud en el momento de notificar a los contactos sexuales. En general, la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el sida, requiere la localización de los contactos sexuales de las personas diagnosticadas con el objeto de identificar a las personas infectadas o en riesgo de infección, proporcionar tratamiento, interrumpir la transmisión y aconsejar sobre medidas preventivas futuras. En la medida en que se maneje de forma adecuada la información relativa a la vida privada de un paciente con infección por VIH/sida, se tutelan otros valores de personalidad con la salud y la vida de otras personas.

Referencias

Alfonso Llano. "El manejo del secreto profesional con pacientes con sida", Aportes de la ética y el derecho al estudio del sida. Publicación Científica N° 530. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C., Estados Unidos, 1991. pp. 148-156. - Carlos Romeo Casabona; María Castellano. "La intimidad del paciente desde la perspectiva del secreto profesional médico y del acceso a la historia clínica". *Derecho y Salud*. Publicación Oficial de la Asociación de Juristas de la Salud. Vol. 1, N° 1, julio-diciembre, 1993 (pp. 5-16).

Una de las cuestiones que una bioética crítica debe señalar es la limitación conceptual angloamericana introducida en bioética con el concepto (convertido en principio ético) de 'no maleficencia'. El mismo está impregnado de connotaciones biomédicas que excluyen, entre otros, supuestos psicosociales, culturales, económicos y ambientales. Así como el concepto de libertad (v.) tiene mayor amplitud que el de autonomía, de igual modo si sostenemos la expresión 'respetar la integridad' podrá decirse que expresamos más ampliamente un imperativo moral que determina la voluntad, y que este imperativo puede enunciarse en términos de 'no hacer daño', o como se ha repetido incansablemente, del *primum non nocere* hipocrático. De hecho, la integridad ha sido asociada a la protección corporal ante el daño de terceros como en el artículo 5 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) al decir "Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes", y en el artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) al decir "Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos". Pero ya la Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969) adopta una visión que amplía las anteriores al precisar en su artículo 5 titulado 'Derecho a la Integridad Personal': "1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral". Del mismo modo que el hablar de salud (v. *Salud y enfermedad*) en un sentido integral (v.) nos conduce a una práctica muy diferente que la concepción de salud en términos estrictamente físicos, o anatómoclínicos, o de 'normalidad' (v. *Lo normal y lo patológico*); el hablar de respeto de la integridad nos conduce a una práctica –y por consiguiente a una ética– mucho más amplia que la que nos habla de respeto del principio de no maleficencia. Si la identidad personal podría ser enunciada en último término como 'el ser que donde me piensan soy', la integridad personal puede ser enunciada a su vez como la de 'el ser que donde me pienso sigo siendo'. Así, la integridad alude por un lado a aquel subconjunto de la identidad –física, psíquica y moral– que la voluntad afirma en el tiempo, pero a la vez la integridad alude a aquel subconjunto de la identidad –física, psíquica y moral– que la voluntad cambia en el tiempo. Esta dialéctica entre identidad, integridad y libertad (voluntad) nos conduce a una ética más compleja que la

de una confusa y oscura ingeniería moral de obligaciones 'prima facie'.

Integridad, dignidad y justicia. Al ver el cuerpo de una persona hambrienta como expresión vulnerada de la integridad (física, psíquica y moral), no es un imperativo de la razón el que se nos impone, como ya hemos dicho (v. *Hambre y desnutrición*), sino un imperativo de la vivencia que captamos en modo inmediato y que sin intermediarios nos hace comprender la verdad moral (en términos de valioso-no valioso, digno-indigno, justo-injusto) sin ningún pensar discursivo. Comprendemos que nos cabe una imperiosa obligación moral porque la captación de lo indigno nos impulsa a restaurar la dignidad. Intuimos en modo sensible, pero también en forma pura, que toda nuestra conciencia moral, todos nuestros valores, brotan del cuerpo de nuestro prójimo. No se trata simplemente de respetar un principio de no dañar en cuanto a no causar hambre a las personas, y de respetar a la vez un principio de autonomía en tanto permitir que las personas procuren su alimento. No se trata tampoco de un 'hacer el bien' de dar alimento a los hambrientos como acción respetuosa del principio de beneficencia. Se trata de reconocer y respetar la dignidad humana como fundamento del respeto de la identidad, la integridad y la libertad de las personas. Y la armonía simultánea de este respeto no puede disociarse (del mismo modo que una sinfonía no consiste simplemente en que las cuerdas y los vientos se ejecuten con independencia del tiempo y forma de los otros instrumentos). En un informe tan propio de la bioética angloamericana como *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment* (USA President's Commission, 1983), se destacó el *valor intrínseco* de la autodeterminación como elemento de estima e integridad personal. Puede decirse que se trata de toda una concesión de la autonomía (autodeterminación) a la identidad (autoestima) y la integridad. Sin embargo, aunque esa consideración es importante, no resulta suficiente para comprender el significado que tiene el valor integridad, en tanto trascendente, de la dignidad humana. Y no es suficiente porque esa consideración se hace desde una visión individualista. Si hay algo que diferencia la autodeterminación como elemento de identidad e integridad, de la identidad e integridad como elementos trascendentes de la dignidad humana, es que la estimación de identidad e integridad personal desde la dignidad humana es considerada a la luz de su pretensión de universalización en tanto estimación que alcanza a *todo ser humano*

por el solo hecho de considerarlo tal. El principio de respeto de la autonomía no es igual a la dignidad humana porque respetar las elecciones autónomas no es respetar a todas las personas. Incluso el principio de respeto de las personas, siendo diferente del de autonomía, no es igual a la dignidad humana, porque respetar las elecciones de sujetos autónomos y proteger a los sujetos con su autonomía reducida no nos permite todavía alcanzar la dinámica que va desde el valor y la valoración hacia la norma o el deber. Decir que hay que respetar la autonomía o a las personas, por ser un principio ético, es una norma o enunciado de deber. Pero la autoestima o estimación de la identidad –de lo que somos–, así como la estimación de nuestra integridad –de lo que queremos seguir siendo–, es un enunciado, en primer término, autorreferencial. Este se convierte en exigencia moral o enunciado de deber hacia nosotros mismos y hacia los demás para con nosotros cuando proyectamos esa estimación propia sobre la convicción de ser una estimación que *debe* alcanzar a todos los seres humanos –autónomos o no– por su sola condición de tales. Se trata de una cuestión que si no reside meramente en la conciencia individual de autonomía, habrá que ir a buscarla en una conciencia socializada de libertad. Se trata de una cuestión de *justicia*. A diferencia de la ‘justificación moral’ de Frankena, seguida por Beauchamp y Childress,

podemos decir que la crueldad con los niños no solo está mal sino que es injusta. Y lo es porque atendiendo a la más simple, formal y antigua de las definiciones de justicia enunciada como “dar a cada uno lo suyo”, hacer justicia será dar a cada uno su dignidad, cuando él mismo no pueda hacerlo, como los niños y como cualquier víctima. La dinámica que se genera desde el valor hacia el deber de realizar ese valor en el mundo rompe con la distinción racionalista entre juicios morales justificados e injustificados que se introdujo desde las ‘teorías de la justificación moral’ como el principialismo. En esa ruptura, la moral de la que trata la bioética ya no será meramente una cuestión ‘académica’ de justificación o no, sino también cuestión de autoestima, de valores, convicciones y exigencias puestas en el curso de las prácticas sociales con el respaldo de la integridad moral de cada sujeto. Esa integridad moral puesta en juego implica el respaldo de la ética con el cuerpo propio. En su situación límite, esta es la conducta del héroe. De allí que la *justificación racional* es un paso de la praxis moral, pero aun así no es ni el primero ni el último. No es el primero que siempre supone una intuición inicial del valor ético. Y tampoco es el último, ya que siempre supone una virtud para la realización final del valor en el mundo.

[J. C. T.]

Derecho a la integridad

Alfredo Kraut (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

Definición y noción jurídica. “Integridad” es una palabra vinculada con el latín “integer” –entero, intocado, intacto–. La integridad personal alude a la condición de “completo, íntegro” y se aplica “a la cosa en que no falta nada de lo que la constituye normal u originariamente” (María Moliner, *Diccionario de Uso del Español*), y al equilibrio armónico entre los aspectos corporales, psicosociales, intelectuales y morales en la vida de una persona. El derecho a la integridad psicofísica es amplio e implica la protección de la persona como unidad psicodinámica ante la amenaza o el atentado, es decir, frente a actos de terceros que intenten afectarla, provengan estos del propio sujeto, de particulares o del Estado. El cuerpo del ser humano es indisponible, aunque la propia persona pueda disponer de él dentro de ciertos límites marcados por el orden público, la ley, la moral, las buenas costumbres y el debido respeto a la vida y a la salud, incluso la propia. El derecho a la integridad comprende los derechos a conservar todas las partes del cuerpo, a no ser torturado ni recibir tratos inhumanos, a que no se le apliquen técnicas

que afecten la autonomía de la mente –como el lavado de cerebro o la hipnosis–, a no ser sometido, sin su libre consentimiento, a experimentos médicos o científicos, a que se respeten sus convicciones, su honor, etc., y los correlativos deberes del Estado y los particulares. Se trata de una extensión del derecho a la vida y al cuerpo. La Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por las Naciones Unidas en 1948, reconoce específicamente en su artículo 5: “*Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes*”. Posteriormente, en los dos instrumentos establecidos por las Naciones Unidas para promover el cumplimiento de la Declaración –el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)–, se ratifica y amplía este principio protectorio de la integridad. El 10 de diciembre de 1984 la ONU adoptó la Convención sobre la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. Y la Conferencia Mundial de Derechos Humanos reafirmó, en su Declaración de Viena (1993), el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales –sin distinción alguna–: entre ellos ratifica la

Convención contra la Tortura e insta a los Estados miembros a ratificarla igualmente. Los derechos contenidos en estas cartas, pactos, declaraciones, convenciones, son derechos genéricos que amparan a todos los seres humanos sin excepción y, por tanto, aseguran la integridad personal de todos los individuos. El derecho internacional llamado “consuetudinario” contiene principios jurídicos ampliamente aceptados por los gobiernos, y por ello, vinculantes: la protección contra la tortura y los tratos inhumanos y degradantes es parte del derecho internacional consuetudinario. Las declaraciones son grandes directrices que, cuando reúnen el consenso necesario, permiten el surgimiento de las convenciones. Algunos instrumentos contienen, como se advierte, normas imperativas de alcance general; otros establecen normas puntuales para determinadas categorías de personas.

El derecho a la integridad de los pacientes mentales como modelo. Los pacientes mentales constituyen –entre los grupos humanos– un paradigma de vulnerabilidad y desprotección, ya que sufren no solo los padecimientos de sus patologías, sino el estigma, la discriminación y la marginación. Son, asimismo, emblema de hiposuficiencia jurídica, lo cual incrementa las posibilidades de que se violen sus derechos humanos. Por la razón de su extrema desprotección, se toma aquí como ejemplo, valedero para la comprensión cabal del derecho a la integridad, el caso de los pacientes mentales, a fin de centrar en un modelo límite el análisis de este derecho a la luz de los instrumentos jurídicos existentes. Aunque las declaraciones, pactos y convenciones generales brindan las pautas básicas del respeto universal de la integridad de todas las personas, algunos de los documentos protectorios de los derechos humanos establecen pautas en el orden internacional destinadas a preservar la integridad corporal, mental, moral y social específicamente de los pacientes mentales, particularmente de quienes se hallan institucionalizados –voluntaria o involuntariamente–, en condiciones que afectan su integridad personal. Las restricciones que se aplican hoy a personas sujetas a tratamientos psiquiátricos son variadas, y de no cumplirse con ciertos requisitos, constituyen violaciones a su derecho a la integridad. Entre tales restricciones, se cuentan: 1. Internación involuntaria o forzosa, que suele fundarse en la peligrosidad para sí o para terceros, o en la necesidad de tratamiento, y cuyo contenido es la pérdida de la libertad. 2. Aislamiento terapéutico (*seclusión*), o sea la instalación de un paciente en una habitación cerrada. 3. Inmovilidad o sujeción terapéutica, definida como la fijación de, al menos, algunos miembros del paciente mediante dispositivos mecánicos. 4. Tratamientos sanitarios forzosos, es decir, la imposición de terapias sin que medie

la voluntad personal del paciente. Los principios más generales adoptados por las Naciones Unidas, y referidos a las personas con sufrimiento mental son la Declaración de Viena (Conferencia Mundial de Derechos Humanos, 1993), los Principios de las Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (“Principios de Salud Mental”, Asamblea General, 1991), las Normas Uniformes de las Naciones Unidas sobre la Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (Asamblea General, 1993), la Resolución 2000/51 (Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2000). Otras instituciones de orden internacional establecieron numerosos códigos deontológicos y normas internacionales tuitivas de los derechos de los pacientes mentales (Kraut, 2006). A diferencia de los pactos y las convenciones, las declaraciones y principios no son estrictamente normas jurídicas, aun cuando sean pautas de interpretación de normas más generales. En el ámbito de la salud mental, los *Principios de Salud Mental* conforman el instrumento de derechos y normas para el resguardo de los pacientes mentales más adecuado y comprensivo, puesto que se orientan a cambiar el sistema de atención en este campo. Se considera a los Principios como el estándar internacional más completo y detallado en la materia. Los Principios postulan que las personas que “padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esta causa serán tratadas con humanidad y respeto por la dignidad inherente a la persona humana” (“Principios”, 1 [2]), con lo cual especifican para el caso de los pacientes mentales, el derecho a la integridad establecido para todos los seres humanos. Asimismo, constituyen normas de fondo y de forma para evitar las internaciones arbitrarias o abusivas. Si bien no se ha logrado todavía una convención general para extender a todos los países el cumplimiento efectivo de los instrumentos protectorios específicos –y aun no siendo vinculantes–, los Principios estimulan a los Estados a adecuar sus normativas internas a los estándares mínimos que ellos preconizan respecto de las personas con sufrimiento mental, colaboran en la interpretación de disposiciones conexas del derecho internacional consuetudinario de los derechos humanos y en la comprensión de las obligaciones internacionales del país. Se los reconoce así como “derecho blando”, o bien como “derecho guía o modelo”. Infortunadamente, se dice con razón que “los países los suscriben porque no se sienten realmente obligados”.

El derecho a la integridad en los sistemas regionales de Derechos Humanos. Los sistemas regionales de derechos humanos de África, América y Europa cuentan con mecanismos desarrollados para

lograr el cumplimiento de los instrumentos existentes. A través de tales mecanismos, quienes se ven afectados pueden presentar demandas contra los gobiernos ante comités, tribunales o comisiones que establecen los instrumentos pertinentes. La Convención Americana de Derechos Humanos (adoptada en 1969 y en vigor desde 1978) se refiere ampliamente al derecho a la integridad (artículo 5), y reconoce asimismo un importante espectro de derechos genéricos que incluyen en su protección a las personas con padecimientos mentales, sobre todo en lo que hace al respeto por su vida (artículo 4), por su integridad física y moral, aun estando privadas de su libertad (artículo 5, incisos 1 y 2), el derecho a la libertad y a la seguridad personales (artículo 7), el derecho a ser oídas con las debidas garantías y dentro de un plazo razonable por un juez o tribunal competente, independiente e imparcial (artículo 8), el derecho a la protección de la ley, sin discriminaciones de ninguna especie (artículo 24). Desde el punto de vista del respeto a la integridad de los pacientes mentales, son particularmente relevantes, en el orden regional americano, el sistema interamericano (Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Internacional de Derechos Humanos, CIDH) y la Declaración de Caracas (Caracas, Venezuela, 1990), adoptada por la Conferencia para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. La Declaración de Caracas opera como una estrategia tendiente a transformar el modelo actual de atención psiquiátrica, gestando normas universales para el tratamiento de las personas afectadas mentalmente. En este sentido, el documento significó un importante y transformador paso de orden legal respecto de la atención psiquiátrica y el avance de los derechos de estos pacientes. Respecto del sistema interamericano, los Estados firmantes de la Convención Americana están comprometidos a respetar todos los derechos que ella contiene, y por tanto, los distintos derechos atinentes a la integridad. Las personas víctimas de violaciones pueden recurrir, en el sistema interamericano, ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, creada en 1959, y conformada para promover los derechos humanos consagrados en la Declaración. La Comisión recibe denuncias individuales de personas provenientes de los Estados miembros de la Convención, o incluso de Estados miembros de la OEA que no ratificaron aún la Convención. Además, está habilitada para elaborar informes generales o especiales sobre la situación de los derechos humanos en el área. Si se trata de informes sobre un Estado, la Comisión debe transmitírseles para que dicho Estado formule observaciones que evaluará la Comisión. Asimismo, la Comisión realiza visitas in loco y tramita peticiones

individuales. Las recomendaciones de la Comisión se consideran vinculantes y los Estados Partes de la Convención deben cumplirlas. Anualmente, la Comisión presenta un informe ante la Asamblea de la OEA. Las personas que padecen violaciones de sus derechos cometidas por autoridades gubernamentales, pueden elevar denuncias ante la Comisión. Tales denuncias se presentan por escrito y son admisibles cuando los recursos locales para obtener satisfacción han sido agotados, y no pasaron más de seis meses a partir de decidido el caso por el tribunal nacional actuante. Cumplidos estos y otros requisitos exigidos, sigue la tramitación de la denuncia, y las gestiones de la Comisión para lograr respuestas satisfactorias del Estado en cuestión. Se halla igualmente en funciones la Corte Interamericana de Derechos Humanos, cuya misión es aplicar e interpretar la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Sus tareas son consultivas y también contenciosas. Las primeras se refieren a la interpretación de tratados en que esté directamente implicada la protección de los derechos humanos en un Estado miembro del sistema. En materia contenciosa, sólo los Estados Partes y la Comisión tienen derecho a someter los casos a su decisión luego de haber agotado los procedimientos previstos en la Convención. Una vez que la Corte decide que hubo violación de un derecho o libertad protegidos por la Convención Americana, dispone que se garantice al lesionado el goce del derecho o la libertad conculcados y, si procediera, que se reparen las consecuencias y se pague una justa indemnización a la parte afectada. En materia del derecho a la integridad de personas con discapacidad en el contexto americano, puede citarse el paradigmático caso de Víctor Rosario Congo (Case 11, Inter-Am. C.H.R. 61, OEA/Ser/L.V/II, doc 26 [1999]), aislado durante más de cuarenta días y agredido por uno de los guardias del centro de rehabilitación social donde se encontraba detenido. A pesar de su padecimiento mental, no se le suministró atención psiquiátrica, ni adecuada asistencia médica, por lo que murió luego de ser trasladado. La resolución al respecto muestra la importancia de considerar la vulnerabilidad particular de las personas con discapacidad mental, privadas de libertad. En este caso, la Comisión concluyó que el Estado (Ecuador) violó el derecho a la protección judicial consagrado en el artículo 25 (1) de la Convención, ya que no emprendió proceso judicial alguno para investigar y determinar responsabilidades por las lesiones y la muerte del señor Congo. Ecuador aceptó las conclusiones de la Comisión. En el caso "Lopes" (Damião Ximenes Lopes, Petición 12.237, Brasil, Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 9/10/2002), se estableció que hubo violación de los artículos 4,

5, 11 y 25 de la Convención, relativos a la integridad personal, la protección del honor y la dignidad, y el derecho a un recurso judicial, en conexión con el deber genérico del Estado de respetar y garantizar los derechos consagrados en la Convención Americana, y pese a que el gobierno involucrado (Brasil) no dio respuesta, la Comisión declaró la admisibilidad del caso, decidió elevar su informe al Estado y a la peticionante, publicar su decisión e incluirla en su informe anual ante la OEA. La Corte Interamericana ha señalado reiteradamente la obligación de los Estados de investigar y sancionar a los responsables de las violaciones –entre ellas, las referidas al derecho a la integridad– ocurridas en sus territorios. Dos recientes documentos regionales especifican y amplían la preocupación de los Estados por respetar y consolidar la vigencia de los derechos humanos de quienes están mentalmente afectados: la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (Guatemala, 1999/2001), y la Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de las Personas con Discapacidad Mental (OEA, 2001). Esta Recomendación se orienta a incorporar en la normativa de los países miembros sistemas de protección de los derechos de los pacientes mentales (introducción de estándares internacionales en la legislación interna), y a promover las medidas legislativas o judiciales que se requieren para supervisar el cumplimiento de estos derechos (en Argentina, la ley 25280 –4 de agosto de 2000– dispuso su aprobación). Si se habla aquí de violaciones específicas de los derechos de los enfermos mentales, es para mostrar la existencia de instrumentos internacionales válidos para su defensa, y la necesidad imperiosa de adaptar las legislaciones locales a tales normativas y principios internacionales y regionales.

Referencias

Alfredo J. Kraut. *Los derechos de los pacientes*, Buenos Aires, Abeledo-Perrot, 1997, capítulos XI a XV. - Alfredo J. Kraut. *Salud Mental. Tutela jurídica*, Buenos Aires, Rubinzal Culzoni, 2006.

Tortura y tratos inhumanos

Juan Carlos Tealdi (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

La tortura y los tratos inhumanos son practicados actualmente en más de la mitad de los países del mundo, pese a su irrefutable inmoralidad y a su condena unánime por diversos instrumentos del derecho internacional de los derechos humanos y del derecho internacional humanitario. Esta realidad

es una de las mayores exigencias a la conciencia individual y colectiva que alcanza muy especialmente a quienes trabajamos en bioética. El denunciar y debatir los aspectos relacionados con estas conductas aberrantes forma parte del quehacer bioético y de su compromiso con el progreso moral. Es tarea de la bioética el reflexionar sobre la tortura como realidad de la conducta humana y el promover actos para luchar eficazmente contra ella.

Definiciones. La *Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes* de las Naciones Unidas (1984) define la tortura como “*todo acto por el cual se inflijan intencionalmente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia. No se considerarán torturas los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o que sean inherentes o accidentales a estas*”. Esta definición fue recogida en el *Protocolo de Estambul* de Naciones Unidas (2001), Manual para la investigación y documentación eficaces de esos delitos. El *Estatuto de Roma* de la Corte Penal Internacional (1998) considera la tortura como crimen de lesa humanidad y entiende la misma como “*el causar intencionalmente dolor o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, a una persona que el acusado tenga bajo su custodia o control; sin embargo, no se entenderá por tortura el dolor o los sufrimientos que se deriven únicamente de sanciones lícitas o que sean consecuencia normal o fortuita de ellos*”. La *Convención Interamericana para prevenir y sancionar la tortura* de la OEA (1985) define la tortura en su artículo 2 como “*... todo acto realizado intencionalmente por el cual se inflijan a una persona penas o sufrimientos físicos o mentales, con fines de investigación criminal, como medio intimidatorio, como castigo personal, como medida preventiva, como pena o con cualquier otro fin. Se entenderá también como tortura la aplicación sobre una persona de métodos tendientes a anular la personalidad de la víctima o disminuir su capacidad física o mental, aunque no causen dolor físico o angustia psíquica*”. La Asociación Médica Mundial (AMM) en sus *Normas Directivas para Médicos con respecto a la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, o castigos impuestos sobre personas detenidas o encarceladas* (1975) definió la tortura como “*... el sufrimiento físico o mental infligido en forma deliberada, sistemática o caprichosa por una o más*

personas actuando sola o bajo las órdenes de cualquier autoridad, con el fin de forzar a otra persona a dar informaciones, a hacerla confesar, o por cualquier otra razón”.

Los Derechos Humanos en la prevención de la tortura. Además de los instrumentos ya mencionados existe un conjunto normativo internacional y regional que establece firmemente el derecho a estar libre de tortura. En el derecho humanitario internacional, los cuatro Convenios de Ginebra de 1949 al establecer normas para los conflictos armados y para el trato de las personas que no forman parte de las hostilidades como los heridos, capturados y civiles, prohíben la tortura y otras formas de malos tratos. Esto ha quedado recogido en el muy importante ‘artículo 3 común’ que dice: “... se prohíben, en cualquier tiempo y lugar [...] atentados contra la vida y la integridad corporal, especialmente el homicidio en todas sus formas, las mutilaciones, los tratos crueles, la tortura [...] atentados contra la dignidad personal, especialmente los tratos humillantes y degradantes”. El artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) dice que “nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos”. La Convención Americana sobre Derechos Humanos o Pacto de San José de Costa Rica (1969) estipula en el artículo 5 que “1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral. 2. Nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”. Han sido estas normas, entre otras, las que se han recordado con motivo de las violaciones llevadas a cabo por Estados Unidos con prisioneros trasladados a Guantánamo en el marco de sus acciones ‘preventivas’. Pero no solo han de considerarse los instrumentos internacionales específicamente referidos a la tortura y los tratos inhumanos, como los mencionados, sino también otros documentos que, aunque en sentido general tratan de otras cuestiones, incluyen asimismo la restricción de aquellos actos y tienen gran relevancia. Esto sucede con la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) cuando en el artículo 37 establece que “ningún niño sea sometido a torturas ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes”. Asimismo, la Declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (1993) entiende como ‘violencia contra la mujer’ “... todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”. Y

la Declaración reconoce expresamente en el artículo 3, que la mujer tiene derecho “... a no ser sometida a tortura, ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes”.

Interpretaciones. El Informe del Relator Especial sobre la tortura de las Naciones Unidas (1997) ha afirmado que hay actos que no pueden ser considerados lícitos solo porque hayan sido autorizados en un procedimiento legítimo en su forma (considérese que los actos de los nazis contaban con una justificación jurídica formal que en muchos casos era inobjetable en esos términos). La imposición de castigos como la lapidación a muerte, los azotes y la amputación no pueden ser considerados lícitos, aunque hayan sido autorizados en un procedimiento formalmente legítimo. La Comisión de Derechos Humanos ratificó esa interpretación (1998) recordando a los gobiernos que el castigo corporal puede ser equivalente a un trato cruel, inhumano o degradante, o tortura. Respecto a las demandas de extradición y la posibilidad de dar lugar con las mismas a actos de tortura o tratos inhumanos, la Corte Europea de Derechos Humanos sentó un importante precedente en su sentencia del *Caso Soering c/ Reino Unido* (1989). Se trataba de un individuo nacido en Alemania –Jens Soering–, detenido en Inglaterra, pendiente de ser acusado por un homicidio cometido en el Estado de Virginia en Estados Unidos y sometido a un proceso de extradición en nombre del gobierno de este país. Virginia era un Estado que sancionaba el homicidio con la pena de muerte. La Corte Europea, sin poder pronunciarse sobre la pena de muerte, consideró que la petición de extradición no podía concederse a menos que se garantizaran al acusado sus derechos reconocidos por el artículo 3 de la Convención Europea de Derechos Humanos que establece la interdicción de torturas, o penas o tratos inhumanos o degradantes. La Corte reconoció el ‘fenómeno de la espera para ser ejecutado’, que sigue a las sentencias de muerte, y sostuvo que un periodo prolongado de demora podía ir más allá del umbral de un trato humano protegido por el artículo 3 de la Convención Europea. Este criterio de no proceder a la extradición, se aplica en un sentido más amplio siempre que existan razones para creer que la persona estaría en peligro de ser sometida a tortura. En otro aspecto y asociado a las obligaciones que los instrumentos internacionales imponen a los Estados respecto de la prevención de la tortura, no se acepta en ningún caso la pretensión de justificar la tortura invocando circunstancias excepcionales, como la guerra.

Participación de los médicos en la tortura. Treinta años después de la condena a muerte de siete médicos nazis por crímenes contra la humanidad que

incluían la tortura, y al año siguiente de la ya mencionada Declaración de la Asociación Médica Mundial al respecto, y de la adopción por las Naciones Unidas de la *Declaración sobre la protección de todas las personas de ser sujetas a tortura y otros tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes* (1975), en Argentina se instauró la dictadura militar más aberrante de la historia nacional, la cual se convirtió en uno de los gobiernos más crueles de la historia contemporánea. Entonces se implantó la tortura planificada y sistemática de miles de personas, fueran opositores políticos o de cualquier condición. Los centros clandestinos de detención eran centros de tortura con espacios especialmente acondicionados, llamados ‘quirófanos’. Varios médicos participaron activamente para evaluar la condición de las víctimas en orden al tiempo y modalidad de implementación de los métodos de tortura. Ellos juzgaban que a partir de los veinticinco kilos de peso era posible la aplicación de corriente eléctrica, sugerían continuar con esas aplicaciones hasta el cuarto o quinto día porque entonces la acetilcolina se agotaba y la posibilidad de resistencia bajo tormento era vana; realizaban un examen general, control de ritmo y frecuencia cardíaca, análisis de orina, y otros procedimientos médicos para determinar la posibilidad de continuar o no con las sesiones de tortura. Los médicos también asistían en los partos de las mujeres en cautiverio y expedían certificados falsos para la apropiación de esos niños. Finalmente, también asistían a la ejecución de los secuestrados en los ‘vuelos de la muerte’, administrando hipnóticos, sedantes y anestésicos que adormecían a las víctimas antes de subirlas a los aviones desde los cuales eran arrojadas aún con vida al Río de la Plata. Esa combinación de fármacos era conocida entre los represores como ‘pentonaval’ (de unir los términos ‘pentotal’ y ‘naval’), porque en esos casos los ejecutores eran miembros de la Escuela de Mecánica de la Armada (ESMA), el mayor y más activo de los centros clandestinos de detención, donde funcionaban el Liceo Naval, la Escuela de Guerra Naval y el Servicio de Inteligencia Naval. Los médicos, luego de haber inyectado a los condenados, se retiraban a la cabina del piloto porque –decían con extremo cinismo–, el juramento hipocrático no les permitía estar presentes en el momento de arrojar los cuerpos. El 24 de marzo de 2004, cuando en un acto masivo se abrieron las puertas de la ESMA para ser convertida en espacio para la promoción y defensa de los derechos humanos, uno de los oradores convocados para el acto dijo: “*Mi nombre es Emiliano Hueravillo, nací aquí en la Esma. Aquí, mi mamá, Mirta Mónica Alonso, me trajo al mundo. Como ella [...] cientos de mujeres valientes trajeron a sus hijos al mundo entre médicos torturadores*”.

La ética de los profesionales de la salud ante la tortura. La Asociación Médica Mundial había señalado en su Declaración de 1975 contra la tortura que el médico no debe favorecer, aceptar o participar en la práctica de la tortura o de otros procedimientos crueles, inhumanos o degradantes; que no debe proveer ningún lugar, instrumento, sustancia o conocimiento para facilitar la práctica de esos actos; y que no debe estar presente durante cualquier procedimiento que implique el uso o amenaza del uso de tortura o de otro trato cruel, inhumano o degradante. La AMM reafirmó ese compromiso participando años más tarde (2003-2005) en un Proyecto para la Implementación del Protocolo de Estambul junto al Consejo Internacional para la Rehabilitación de las Víctimas de Tortura (IRCT), la Fundación para los Derechos Humanos de Turquía (HRFT) y Physicians for Human Rights (PHR-USA), con el apoyo de la Comisión Europea, el cual se implementó en Sri Lanka, Georgia, Uganda, Marruecos y México. En la misión a este último país, en la que tuvimos ocasión de participar, se pudo comprobar no solo la persistencia y amplitud de los actos de tortura en democracia, sino también la situación en las cárceles como su mayor expresión y el papel determinante de los organismos del Estado para esa vigencia. La AMM inició un curso para médicos de prisiones para capacitarlos en su responsabilidad de informar sobre violaciones de los derechos humanos en general y de los actos de tortura y tratos inhumanos en particular.

Un regreso moral: la actualización imperial de la tortura. Pese a los enormes esfuerzos de muchos para progresar moralmente en medio de tanto mal, vivimos tiempos de regresión en el campo de la ética. Paradójicamente, el mayor ejemplo de ello vendría del país que había liderado los juicios de Nuremberg. Ya no hay dudas respecto a la violación de la dignidad humana, mediante la tortura, que la administración de George W. Bush no solo permitió, sino que además justificó, y de las enormes consecuencias que ello tiene para los derechos humanos y la bioética. Un grupo de abogados de aquella administración concluyó en marzo de 2003, en un memorándum legal, que el presidente no estaba obligado por un tratado internacional que prohíbe la tortura, ni por una ley federal antitortura porque él tenía la autoridad como comandante en jefe del Ejército de aprobar cualquier técnica necesaria para proteger la seguridad de la nación. El memo confidencial de 56 páginas preparado por el secretario de Defensa Donald Rumsfeld también decía que todo brazo ejecutivo oficial incluyendo los militares, podría ser inmune frente a prohibiciones nacionales e internacionales contra la tortura por una variedad de razones. Una de ellas era si el personal militar creía estar actuando según órdenes superiores (obediencia

debida). Otra razón era si la tortura se consideraba una necesidad para evitar daños mayores. De hecho, los procedimientos de interrogación de prisioneros en la Base de Guantánamo, que siguieron al atentado del 11 de septiembre, y las torturas llevadas a cabo por militares estadounidenses en la prisión iraquí de Abu-Ghraib fueron asociados a esa concepción. El general Ricardo Sánchez autorizaría en esta prisión el uso de perros militares, temperaturas extremas, privación de sueño y aislamientos de hasta treinta días con dietas a pan y agua entre treinta y dos procedimientos aplicados a detenidos, que recordaban los tratos llevados a cabo por los nazis con los prisioneros en campos de concentración y que fueron denunciados por *The Washington Post*. En modo sofisticado, ese general autorizó los vejámenes religiosos y morales considerados de utilidad para doblegar la resistencia de un enemigo árabe especialmente sensible a los mismos. El 22 de enero de 2002 un memorándum del Departamento de Justicia había dado argumentos para resguardar a los oficiales norteamericanos de cargos por crímenes de guerra por el modo de detención e interrogatorio de prisioneros y había concluido diciendo que la Convención de Ginebra no era aplicable en la guerra de Afganistán (como no lo sería en Irak). El director de los programas de Human Rights Watch en los Estados Unidos –Jamie Fellner– dijo entonces que “... *el memorándum muestra que en los niveles más altos del Pentágono había interés en usar la tortura y el deseo de evadir las consecuencias criminales por hacerlo*”. El 26 de octubre de 2001, Bush había firmado la ley denominada USA-Patriot Act, diseñada para la guerra contra el terrorismo, y que bajo el supuesto de protección de la “seguridad nacional” ya adelantaba una concepción que violaba derechos humanos y libertades fundamentales, como el derecho a la privacidad, a la libertad de expresión, al arresto arbitrario, y a un debido proceso judicial, entre otros. El 9 de marzo de 2006, Bush firmaría una ley que reautorizaría y “mejoraría” aquella legislación. Todo esto indicaba que la administración Bush resultaba condenable para cualquiera con un mínimo respeto por los derechos humanos y la bioética. Así se pronunció la American Medical Association. Y así se pronunció también, afortunadamente, un influente bioeticista como Peter Singer.

Referencias

Naciones Unidas. *Protocolo de Estambul. Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, Nueva York y Ginebra, Serie de Capacitación Profesional Nº 8, 2001. - J. Corominas y J. M. Farré (eds.). *Contra la tortura*, Barcelona, Editorial Fontanella, 1978. - Horacio Riquelme. *Entre la obediencia y la oposición. Los médicos y*

la ética profesional bajo la dictadura militar, Caracas, Editorial Nueva Sociedad, 1995. Comisión Nacional sobre la Desaparición de Personas. *Informe Nunca más*, Barcelona, Seix Barral/Eudeba, 1985 (1a edición, Buenos Aires, Eudeba, 1984). Tribunal Russell II. *La violación de los derechos humanos en Latinoamérica*, Barcelona, Editorial Euros, 1976. - Neil A. Lewis y Eric Schmitt. “Lawyers Decided Bans on Torture Didn’t Bind Bush”, Washington, *The New York Times*, June 8, 2004. - Peter Singer. *El presidente del Bien y del Mal. Las contradicciones éticas de George W. Bush*, Barcelona, Tusquets Editores, 2004.

Vulnerabilidad y protección

Miguel Kottow (Chile) - *Universidad de Chile*

Vulnerabilidad del ser humano. La largamente dominante concepción medieval del mundo teocéntrico fue remplazada por un antropocentrismo renacentista que debió lamentar la pérdida de la tuición divina y reconocer la necesidad del ser humano por organizar su vida, según Pico della Mirandola (1997) “*pudiendo descender y degenerar a la animalidad, o apelar a la propia voluntad para renacer y ascender hacia lo divino*”. El ser humano es dotado de autonomía con todas las posibilidades y los peligros que ello implica. Es un microcosmos que puede determinar su relación con el macrocosmos, y en esa determinación se encuentra su dignidad. El telón de fondo de esta libertad es un ser que nace a este mundo más “*débil, necesitado, carente de toda enseñanza natural, de habilidades y talentos*”, que animal alguno (Herder, 2002). Para la antropología de Plessner y de Gehlen, así como para la filosofía existencialista y el Dasein heideggeriano, el ser humano ha sido caracterizado como pobre en instintos, frágil, obligado a construirse un proyecto de vida, quedando expuesto a los riesgos de fracasar y aun de perecer en el intento de procurar su sobrevivencia. Los inminentes peligros e infaltables riesgos de quebranto han sido reconocidos como el atributo antropológico de la vulnerabilidad (= posibilidad de ser lesionado) de la existencia humana. El ser humano es vulnerable, como lo es todo ser vivo. Pero el animal es vulnerable en su biología, en tanto el ser humano lo es no sólo en su organismo y en sus fenómenos vitales, sino también en la construcción de su vida, en su proyecto existencial. Además, sabe de su vulnerabilidad y de que la comparte con todos sus congéneres. El carácter antropológico de la vulnerabilidad ha sido captado por Ricoeur al describir la existencia humana como “*síntesis frágil*”. Vulnerable indica la posibilidad pasiva de sufrir una herida (= *vulnus*). La vulnerabilidad es condición universal de amenaza, no existiendo la dicotomía vulnerable-no vulnerable; no es un estado de daño sino de fragilidad. Si alguien deja de ser vulnerable es porque se ha vuelto vulnerado.

Vulnerable y vulnerado. La concepción clásica de vulnerabilidad, como estado natural y normal de riesgo inherente a la existencia humana, ha sido impropriamente modificada por el lenguaje bioético para significar una situación vital de desmedro establecido. De acuerdo con esta nomenclatura pragmática, apoyada por el uso cotidiano del término, habría equivalencia semántica entre vulnerable y vulnerado, entre dañable y dañado, entre frágil pero íntegro, y desmedrado por daño constituido (Levine et ál., 2004). Más allá de llevar a imprecisiones y confusiones lingüísticas, denotar a los dañados como vulnerables lleva a menospreciar su daño, al erosionar el límite entre daño potencial y actual. Cuando el discurso social o ético habla de individuos o colectivos vulnerables, está soslayando que se trata de seres ya dañados y que requieren, por tanto, cuidados especiales en vista del desmedro específico en que están sumidos. Existe la tendencia a reconocer vulnerabilidad como un estado de desmedro, pero al mismo tiempo negar que ello sea motivo de protección. Esta falacia, que conlleva el riesgo de banalizar desmedros instituidos bajo el manto universalizador de la vulnerabilidad, requiere ser superada por una significación más rigurosa del término. Vulnerabilidad debe quedar reservada para entes intactos pero frágiles, e iniciar la búsqueda de un término que describa a los que han caído en estado de lesión o daño. Se ha propuesto hablar de vulnerabilidad general –para el ser humano íntegro pero amenazado– y de vulnerabilidad especial para el dañado (O’Neill, 1996), mas esta especificación no se aleja suficiente de la ambigüedad del término; la diferenciación entre vulnerables y susceptibles respectivamente (Kottow, 2003), tensiona el vocablo susceptibilidad que ya está ocupado por otras connotaciones. Pese a la resistencia habitual contra neologismos, se ha sugerido contrastar el atributo de integridad vulnerable con el estado de mulcado (*mulcus* = daño) (Kottow, 2005). La vulnerabilidad del ser humano se manifiesta en tres planos: en primer término, la fragilidad de mantenerse con vida: vulnerabilidad vital; en segundo término, la vulnerabilidad de subsistencia, referida a las dificultades de asegurar los elementos biológicos necesarios para mantenerse y desarrollarse; en tercer término, la vulnerabilidad existencial, incluyendo la vulnerabilidad social, que son los avatares que amenazan la prosecución del proyecto de vida que cada cual persigue. La distinción entre vulnerabilidad y susceptibilidad o vulneración es esencial porque son condiciones humanas que la sociedad enfrenta de muy diverso modo. La vulnerabilidad fundamental al ser humano es paliada mediante la instauración y el respeto de los derechos humanos básicos que deben ser cuidados para todos por igual en un orden

social justo. Las vulneraciones que las personas sufren, en cambio, han de ser cuidadas y tratadas por instituciones sociales organizadas para otorgar los servicios –sanitarios, médico-asistenciales, educacionales, laborales, etc.– que específicamente son necesarios, ante todo para quienes no están empoderados para solventar sus necesidades esenciales.

Vulnerabilidad en investigaciones biomédicas. El tema de la vulnerabilidad adquiere prominencia en el mundo de las investigaciones biomédicas con seres humanos, donde pugnan los “inclusivistas” con los “proteccionistas”. Los primeros reconocen que entre las poblaciones del Tercer Mundo, reclutadas con creciente frecuencia para investigaciones biomédicas, abundan las personas desmedradas –mal nutridas, enfermas, precariamente educadas, desempoderadas, senescentes–, denominadas “vulnerables”, que son entusiastamente incluidos en los estudios porque la vulnerabilidad suele cursar con competencias mentales intactas para decidir con libertad la participación en los estudios, aun cuando sus susceptibilidades los predisponen a complicaciones y riesgos adicionales. Los proteccionistas, en cambio, además de coincidir en que estas son poblaciones vulneradas, desean resguardarlas de ser reclutadas como probandos de riesgo aumentado y arguyen que estas personas pudiesen tener limitaciones en el ejercicio de su autonomía por lo que requieren ser amparados en forma paternalista. En ensayos clínicos, donde los probandos son pacientes que están en tratamiento y con cuidados médicos, ha sido reconocido por figuras importantes como Ingelfinger y Jonas, que se trata de personas debilitadas por su enfermedad, temerosas de su futuro y conscientes de encontrarse en situación de dependencia. Los pacientes son personas vulneradas por su enfermedad, constituyendo poblaciones cautivas que, con o sin fundamento, no se sienten autorizadas a discrepar o negarse a participar en los estudios clínicos que les son propuestos. Aunque sean autónomos, los pacientes no toman decisiones en plena libertad.

Vulnerabilidad, bioética y protección. Un acabado estudio de la bioética y el bioderecho europeo propone cuatro “principios éticos en bioética y bioderecho” (Rendtorff, 2002): autonomía, integridad, dignidad y vulnerabilidad, presentando la vulnerabilidad como “precediendo ontológicamente a los otros principios”. La bioética europea le asigna a la vulnerabilidad un sello “explícitamente normativo”, en el cual se inspiran respuestas sociales tan variadas como el cultivo de los derechos humanos, la protección de los débiles, el cuidado médico de los enfermos, el reforzamiento de los estados de bienestar. Se comete, no obstante, una falacia de

categoría al modificar la vulnerabilidad de un rasgo antropológico descriptivo de la fragilidad humana, a una normativa ética. Esta falacia, se convierte en un error conceptual de calibre, si a personas y poblaciones se las denomina vulnerables cuando de hecho están vulneradas. Utilizado erróneamente el término vulnerable no se logra un compromiso a la protección ni a la evitación de riesgos a los lesionados. La distinción entre vulnerables, o potencialmente dañados, y vulnerados –susceptibles, mulcados– o de facto lesionados, reside en la actitud de la sociedad frente a ellos. La vulnerabilidad humana, siendo universal, es paliada con recurso a los derechos humanos, que son derechos negativos destinados a proteger contra daño, impidiendo que la vulnerabilidad sea transformada en lesión. Frente a los ya vulnerados, es necesario que la sociedad instale servicios terapéuticos y de protección para paliar y remover los daños, presentando los derechos primarios de segunda generación a fin de otorgarle empoderamiento social y político a los desmembrados (Sen, 2000). Desde la ética de protección se plantea un *aggiornamento* de la ética, que tradicionalmente ha sido igualitaria y justiciera. Dadas las enormes, prevalentes y crecientes desigualdades entre los escasos pudientes y la mayoría desposeída, es preciso desarrollar un clima ético que cuide los dañados. Para la bioética, significa asumir también el mandato de amparo no como una bioética de protección, que siempre ha de serlo, sino como una protección bioética que concibe acciones de resguardo a partir de las prácticas biomédicas, para paliar los desmedros que sufren los vulnerados y desempoderados.

Referencias

J.G. Herder. "Abhandlung über der Ursprung de Sprache". Stuttgart, Philip Reclam jun. 2002: 97. - M.Kottow. "The vulnerable and the susceptible", *Bioethics* 1003; 17:460-471. - M.Kottow. "Autonomía y protección en bioética", *Jurisprudencia Argentina* (Lexis Nexis), 2005; III: 44-49. - C. Levine et ál. "The limitations of 'vulnerability' as a protection for human research participants", *The American Journal of Bioethics* 2004; 4: 44-49. - O. O'Neill. *Towards justice and virtue*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996. - G. Pico della Mirandola. *De hominis dignitate*, Ed. bilingüe latín/alemán, Stuttgart, Philip Reclam, 1997. - J. D. Rendtorff. "Basic ethical principles in European bioethics and biolaw", *Medicine, Health Care and Philosophy* 2002; 5: 235-244. - A. Sen. *Development as Freedom*, New York, Alfred A. Knopf, 2000.

Integridad comunitaria

Antonio José Sánchez Murillo (Colombia) -
Universidad El Bosque

La palabra *integridad* viene de la misma raíz latina (*integritas*) que *íntegro*, *entero*, y sugiere la totalidad

de la persona o de la sociedad. Una comunidad íntegra posee "una historia que supera la historia de los individuos y de las familias". La integridad de la comunidad es la integridad individual ampliada para incorporar su relación con otros y con la comunidad en su totalidad. El carácter o la integridad de una comunidad se deriva de la práctica colectiva de sus ciudadanos de las virtudes básicas. La integridad de una comunidad se puede ver igualmente como la combinación sinérgica de las integridades individuales y sociales y de sus virtudes relacionadas. Kant, en varias de sus obras, pero sobre todo en *Hacia la paz perpetua*, provee el marco conceptual necesario para entender el concepto de integridad comunitaria. Kant no duda en hablar como causa posible del estado democrático "*una disposición en el género humano que permite esperar el progreso hacia lo mejor*", en el bienentendido que este progreso es un proceso fruto de la integridad social. Un progreso no supone una genuina transformación moral, aunque sí puede eliminar los efectos fenoménicos más negativos del mal, siendo precisamente la sociedad civil la encargada de realizar esta exigencia. Esta visión de integridad comunitaria debemos complementarla con las ideas de tolerancia activa, de libertad, de igualdad, de solidaridad y de respeto a los derechos humanos desarrollados por Ortega y Gasset, Zubiri y Aranguren, que se "*expresan en forma óptima en la vida social a través de un tipo de actitud que llamaremos la actitud dialógica, una virtud que urge potenciar*". J. Habermas, en *Teoría de la evolución social*, toma como base los planteamientos de Lawrence Kohlberg para analizar el desarrollo de la conciencia moral. Ni las personas ni las sociedades nacen con una conciencia ya hecha, sino que esta va conformándose a través de procesos de aprendizaje que abarcan la propia biografía personal y la historia de una comunidad. Principios que tienen en cuenta a toda la humanidad, de modo que desde ellos podemos poner en cuestión igualmente las normas de nuestras comunidades concretas. Pocas utopías han llegado a tener la dimensión profunda del pensamiento de José Martí. Martí observa el desarrollo de América Latina y escribe al respecto páginas que todavía no han perdido su vigencia. El Nuevo Humanismo Latinoamericano que propone Martí, y que Leopoldo Zea amplía en sus obras, señala que el destino y desarrollo de nuestras comunidades latinoamericanas debe estar fincado en la cultura comunitaria, entendida esta como "*un modo específico de ser y de existir*". Karol Wojtyła nos entrega un tema adicional de reflexión: "*La nación es en efecto la gran comunidad de los hombres que están unidos por diversos vínculos pero, sobre todo, precisamente por la cultura. La nación existe 'por' y 'para' la cultura. Y así es ella la*

gran educadora de los hombres para que puedan 'ser más' en la comunidad". Finalmente, una interesante aproximación empírica al tema la encontramos en la obra de Gordon Vessels, educador americano, quien trabaja el concepto de integridad de la comunidad en términos de virtudes primarias específicas y de virtudes elaboradas relacionadas. Muestra que existen unas interconexiones profundas entre esas virtudes y cómo elaboran y dan el significado al concepto de la integridad de la comunidad. Estos conceptos deben integrarse transversalmente en los planes de estudios de escuelas, colegios y centros de educación superior.

Referencias

José Martí. *Nuestra América*, 1891. - Leopoldo Zea. *Filosofía de lo americano*, México, Nueva Imagen, 1984. - Gordon Vessels. *Character and Community Development: A School Planning and Teacher Training Handbook*, New York, Praeger, 1998.

Epidemiología y vulnerabilidad social

Zulma Ortiz (Argentina) - *Centro de Investigaciones Epidemiológicas*

Epidemiología. La definición tal vez más citada de epidemiología es el estudio de la distribución y determinantes de la salud, su frecuencia y distribución, para entender las causas que explican la aparición de un evento no deseado (Last, 2001). Sin embargo, en los últimos cincuenta años se han propuesto muchas definiciones que señalan la falta de acuerdo en cuál es el objeto de estudio de la epidemiología y los mejores métodos para su abordaje. En particular el estudio de las condiciones sociales y de cómo estas influyen y determinan la situación sanitaria de las poblaciones ha sido siempre un tema de interés y debate. Más recientemente nació un vínculo más fuerte entre la epidemiología y las ciencias sociales (Krieger, 2000), estimulado por la necesidad de reconocer y documentar el amplio espectro de los determinantes de la salud, desde el nivel micro en que operan los factores biológicos individuales hasta los niveles macro que expresan las condiciones sociales. La preocupación principal de la epidemiología social es el estudio de cómo la sociedad y las diferentes formas de organización social influyen en la salud y el bienestar de los individuos y las poblaciones.

Vulnerabilidad. El concepto de vulnerabilidad no está claramente definido, pero existiría acuerdo en relacionarlo con pobreza-bienestar y también con las capacidades para enfrentar los riesgos o adaptarse a ellos. La incapacidad para enfrentar los riesgos o la inhabilidad para adaptarse activamente a ellos, determinan la materialización o

no del riesgo. El vocablo vulnerabilidad habitualmente es visto de forma muy diferente por los diversos sectores de nuestra sociedad, aunque coinciden en definirlo asociado a la incertidumbre y a la probabilidad de recibir un daño o lesión. Vulnerabilidad es el grado por el cual una población, individuo u organización es incapaz de anticiparse, enfrentarse, resistir y recuperarse de los impactos provocados por eventos no deseados. El concepto de vulnerabilidad ayuda a identificar los miembros de una población que tienen más probabilidad de sufrir directa e indirectamente una situación de riesgo. Basado en estos antecedentes no es difícil encontrar relación entre epidemiología y vulnerabilidad ya que la primera, en su vertiente positivista, se ocuparía de estimar los riesgos ocasionados por la pobreza, mientras que la epidemiología con enfoque social, que integra métodos cualitativos y cuantitativos en distintos momentos de la investigación, tiene mayor capacidad para profundizar en la complejidad que encierra el concepto de vulnerabilidad.

Vulnerabilidad social, pobreza y salud. Un ejemplo puede ayudar a entender cómo las aproximaciones conceptuales utilizadas por cada enfoque aportan al estudio de la vulnerabilidad. La relación entre pobreza y situación de salud es incontrovertible. La pobreza contribuye a la vulnerabilidad. Las evidencias abundan en todo el mundo, sea que uno considere la mortalidad, la morbilidad o la autopercepción de la salud. Aquellos grupos humanos que no tienen acceso a la estructura de oportunidades en lo económico, social o educativo tienen peor estado de salud. La epidemiología clásica mediante una aproximación tradicional utiliza indicadores para definir niveles de pobreza y clasificar comunidades, hogares o personas. Sus observaciones se concentran en déficit del ingreso, o en el tipo y magnitud de sus necesidades básicas. No ve lo que "tienen los que no tienen", estructurado como conjuntos que se encadenan para la construcción de estrategias de supervivencia o de movilidad social. Desde esta perspectiva, la pobreza es definida y medida en términos económicos y "estáticos". Por su parte la epidemiología social entiende que la pobreza es un proceso dinámico y cambiante. La gente entra y sale de ella y en diferentes coyunturas está expuesta a cambios ascendentes o descendentes de sus condiciones de vida, que no necesariamente "se ajustan" a los indicadores clásicos, sino con los activos que sus hogares tienen (mano de obra, capital humano, vivienda, relaciones familiares y capital social, perfil demográfico, etc.). La vulnerabilidad se relaciona con los activos de las comunidades, hogares o personas, y las oportunidades que ofrece el Estado, mercado o instituciones civiles. Todos estos activos pueden ser movilizados

como respuesta a diferentes situaciones del entorno como ocurre en las crisis. El concepto de vulnerabilidad no es privativo a los sectores pobres. También se aplica a diferentes estratos sociales; por ejemplo, edad (adolescentes, ancianos), género (mujer jefa de hogar y anciana), etnia, etc. *La vulnerabilidad social tiene que ser comprendida además de medida.* Es necesario verlo con los ojos de la población, lo que requiere un trabajo inter y transdisciplinario que incorpore las ciencias sociales al corazón del trabajo epidemiológico. Las personas son simultáneamente organismos sociales y organismos biológicos, y es por ello difícil suponer que algún proceso biológico se exprese fuera del contexto social (Krieger, 2002). La epidemiología social que va más allá del análisis de factores de riesgo individuales se aproxima mejor al estudio de la vulnerabilidad.

Referencias

Nancy Krieger. "Epidemiology and Social Sciences. Towards a Critical Reengagement in the 21st Century". *Epidemiol Rev* 2000;22(1):155-163. - Nancy Krieger. "Glosario de Epidemiología Social. Parte 1". *Boletín Epidemiológico/OPS*, Vol. 23, N° 1 (2002). - John Last. *A dictionary of epidemiology*. Fourth edition. Oxford, Oxford University Press, 2001.

La sociedad del riesgo

Cristina Ambrosini (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

Concepto. Entre las distintas fórmulas adoptadas para caracterizar este particular estadio de la modernidad (posmodernidad, modernidad tardía, sociedad posindustrial), Ulrich Beck recurre a la denominación "sociedad del riesgo -*Risikogesellschaft*-, *Risk Society*" para destacar el carácter postadicional de nuestra época (Beck, 1998). Como orden posttradicional, la modernidad institucionaliza la duda y presenta como provisorio todo conocimiento, lo que obliga a una permanente revisión del orden social. Esta reflexión adquiere una dimensión ética ya que la elaboración de la identidad requiere el establecimiento de ámbitos de confianza y seguridad ontológica. La constitución de un *ethos* fatalista o irracional aparece como una respuesta generalizada ante una cultura secular portadora de riesgos. Indeterminación, incoherencia, ilogicidad, irracionalidad, ambigüedad, confusión e imprevisibilidad son lo otro de la modernidad que se instala en su reverso. La brecha, cada vez más amplia, entre teorías y prácticas, hace que el futuro se presente como *terra incognita*, como dictadura de la novedad. El riesgo, que aparece como un "constructo social histórico", pasa a ser una categoría clave, ya que alrededor de ella se estructuran mecanismos de producción, distribución y división de peligros.

Los términos "confianza" y "fiabilidad" están claramente relacionados con la fe. Según Niklas Luhmann, la fiabilidad (*trust*) se relaciona estrechamente con el riesgo. En inglés, *risk* puede haber llegado desde el español *risco*, palabra tomada del lenguaje náutico, que aparece en testimonios a partir de la segunda mitad del siglo XVI. El comercio y los viajes por mar son lugares donde el uso de la palabra es frecuente y los seguros marítimos testimonian la necesidad calcular los riesgos (Luhmann, 1996). Las sociedades contemporáneas se caracterizan porque en ellas "lo improbable resulta probable", ya que su principal característica es la pérdida del sentido del viejo orden cuando el nuevo orden es altamente precario. Se produce una coexistencia problemática: la expansión de las opciones junto con la del riesgo. Si bien hay rasgos psicológicos relacionados con la confianza que parecen universales, es posible establecer diferencias relevantes en las relaciones de fiabilidad y riesgo en las sociedades premodernas y en las modernas.

Fiabilidad y riesgo en las sociedades premodernas y modernas. En las *culturas premodernas*, el distanciamiento espacio-temporal era relativamente bajo. Los contextos de confianza y riesgo estaban relacionados con circunstancias locales. El primer contexto de confianza era el sistema de parentesco que proporcionaba una red estable de relaciones amistosas o íntimas. Casi lo mismo podía decirse de la comunidad local. Otro eje de confianza se relacionaba con las creencias religiosas que proporcionaban interpretaciones morales de la vida social y natural, ya que aportaban un marco de referencia donde podían explicarse las contingencias de la vida. Otro contexto de anclaje de relaciones de confianza era la tradición misma cuando reflejaba el modo de organizar la temporalidad. La tradición no es sólo repetición de rutinas sino que sostiene la confianza en la continuidad de pasado, presente y futuro y conecta esta confianza con las prácticas sociales. Este señalamiento no implica la admisión de que en el mundo premoderno no existieran peligros o que la gente no se sintiese amenazada. La principal fuente de amenaza provenía del mundo natural. El riesgo ambiental se expresaba en las elevadas tasas de mortalidad y en la poca esperanza de vida, mientras que la amenaza de sufrir cualquier forma de violencia humana era permanente. En las *sociedades modernas*, en cambio, predominan tres grandes fuerzas dinámicas: la separación espacio-temporal, los mecanismos de desanclaje y la reflexividad institucional. En la modernidad el lugar se ha convertido en algo fantasmagórico. La distinción entre lo local y lo global se vuelve problemática. La pérdida de confianza en la religión y en la tradición es una nota característica, extensamente reconocida. La religión ha sido suplantada por el

conocimiento reflexivo. En gran parte, el análisis del riesgo está relacionado con el intento de convertir las incertidumbres en probabilidades. El arranque en esta línea se ubica en *The Theory of Games* (1944) de John von Neumann y Oskar Morgenstern. Jon Elster (1989) muestra la figura paradigmática de un Ulises moderno que intenta controlar las consecuencias no intencionales de su acción (riesgo), es consciente de su falibilidad y en ello reside su fortaleza.

Rasgos de la sociedad del riesgo. Las nociones de confianza y riesgo adquieren especial relevancia en situaciones de incertidumbre y de elección múltiple. No se trata sólo de la percepción de cambios sociales sino de la intuición de que estos cambios están fuera del control de los hombres. En este sentido afirma Anthony Giddens (1993, 1996): “*Vivir en el mundo generado por la modernidad reciente es como cabalgar en los hombros de una divinidad destructora*”. El perfil de riesgo de la modernidad presenta los siguientes rasgos: 1. Globalización del riesgo en el sentido de la intensidad: aparecen amenazas de catástrofes que afectarían a todo el planeta, siendo la guerra nuclear el caso paradigmático. 2. Globalización del riesgo en el sentido de la aparición de sucesos que afectan a gran número de personas; por ejemplo, los cambios en las condiciones del trabajo. 3. El riesgo originado en la naturaleza socializada, es decir, en la relación entre los seres humanos y el medio ambiente. Los peligros ecológicos no derivan de la irrupción de catástrofes naturales, sino de la transformación de la naturaleza debido al conocimiento humano, que hacen peligrar a humanos, animales y plantas del mismo modo. La lista interminable de tales riesgos se ha llegado a transformar en una letanía ya incorporada como parte del telón de fondo de nuestras vidas. El reverso de la naturaleza socializada es la *socialización de las destrucciones de la naturaleza*. Todos somos vecinos de Chernobyl y de los casquetes polares. 4. El desarrollo de lugares de riesgo institucionalizado, donde las empresas de inversión de capitales representan el mejor ejemplo. 5. La conciencia del riesgo como riesgo sin que pueda ser amortiguada por certidumbres religiosas o mágicas. 6. La conciencia de riesgo ampliamente distribuida. 7. La conciencia de las limitaciones de la experiencia.

Sociedad de riesgo y vida incierta. El discurso sobre la cultura del riesgo comienza allí donde desaparece la confianza. La conciencia del riesgo es una de las notas propias de la modernidad ya que en el mundo premoderno las empresas de alto riesgo eran auspiciadas por la religión o la magia. En un mundo secularizado aparecen formas supersticiosas de generar confianza frente a situaciones de riesgo, ya sea recurriendo a amuletos, rituales o a la búsqueda de

sistemas expertos que tratan de otorgar fiabilidad. En esta cultura predominan los imperativos de evitación y, en este sentido, la sociedad del riesgo es, básicamente, reflexión autocrítica. Los expertos ya no tienen prestigio, son permanentemente desmentidos. En los últimos años el *Titanic* y su trágico hundimiento se han transformado en un icono de nuestro tiempo. La perplejidad que produjo la inesperada catástrofe no termina de disiparse. Sin duda el barco fue considerado un logro máximo del poder de control y racionalización de la modernidad y su hundimiento parece llevarse consigo también los sentimientos de seguridad y confianza depositados en los sistemas expertos, último reducto de fiabilidad en la sociedad secularizada. A diferencia de los constructores y responsables del barco, que no pusieron suficientes botes salvavidas ya que pensaban que un hundimiento era imposible, nosotros vivimos en una sociedad que supone el fracaso de los sistemas de seguridad y que conoce los peligros desatados por las tomas de decisiones. En la sociedad del riesgo, la incertidumbre pasa a ser el modo básico de experimentar la vida, sin distinguir entre clases sociales o países más o menos desarrollados. En ella se produce una democratización de los riesgos que favorece la creación de vínculos de cooperación entre todos los seres vivos. Frente a la globalización de los ambientes del riesgo, que sobrepasan los controles locales, surgen nuevos riesgos. En los riesgos globalizados, desaparece la noción de “los otros” ya que no hay privilegiados o ricos que puedan escapar a una guerra nuclear o a un colapso económico internacional. Podemos decir que, frente a los riesgos que desatan los usos sociales de la tecnología, como en el *Titanic*, estamos todos, solidaria y responsablemente, sobre el mismo barco.

Referencias

Ulrick Beck. *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*, Barcelona, Paidós, 1998. - Niklas Luhmann. “El concepto de riesgo”, en Josetxo Beriain (compilador), *Las consecuencias perversas de la modernidad*, Barcelona, Antropos, 1996, pp.123-153. - Anthony Giddens. *Consecuencias de la modernidad*, Madrid, Alianza, 1993. - Anthony Giddens. “Modernidad y autoidentidad”, en Josetxo Beriain (compilador), *Las consecuencias perversas de la modernidad*, Barcelona, Antropos, 1996, pp. 33-71. - Jon Elster. *Ulises y las sirenas*, México, Fondo de Cultura Económica, 1989.

Principio de precaución

Roberto Andorno (Argentina) - *Université de Tübingen*

¿Qué es el principio de precaución? El principio de precaución aspira a orientar las medidas a tomar cuando se sospecha que determinados productos

o tecnologías crean un riesgo grave para la salud pública o el medio ambiente, pero todavía no se cuenta con una prueba definitiva de tal riesgo. El primer antecedente del principio de precaución (*Vorsorgeprinzip*) remonta al programa gubernamental alemán de protección del medio ambiente de 1971. A partir del derecho alemán, se extendió a la legislación de diversos países europeos no solo en materia de medio ambiente, sino también de seguridad alimentaria y salud pública, habiendo sido incorporado a los Tratados de Maastricht (1992) y Amsterdam (1997) de la Unión Europea. Simultáneamente, también fue recogido por diversos tratados regionales o internacionales sobre protección del medio ambiente, como la Declaración de Bergen sobre Desarrollo Sostenible (1990), la Declaración de Río sobre Medio Ambiente y Desarrollo (1992), la Convención sobre la Diversidad Biológica (1992), la Convención sobre el Cambio Climático (1992) y el Protocolo de Cartagena de Bioseguridad (2000). Con base en la caracterización del principio de precaución que brindan los instrumentos internacionales mencionados, se lo puede definir como aquel que afirma que cuando una actividad o producto representa una amenaza potencial para el medio ambiente o la salud pública, deben tomarse las medidas pertinentes, aun cuando la relación causa-efecto no haya podido demostrarse científicamente de forma concluyente. No hay que olvidar que las condiciones que exige la ciencia para considerar demostrada una relación de causalidad son sumamente exigentes. Pero el principio de precaución viene a decir que cuando el riesgo para la población o el medio ambiente se presenta como verosímil, sería irresponsable no hacer nada con la excusa de que todavía no se tiene una prueba concluyente de tal riesgo. En materia de salud pública, el principio de precaución ha sido invocado en los últimos años, por ejemplo, en relación a las transfusiones de sangre infectada con el virus de VIH; al consumo de carne bovina de animales portadores del virus de encefalopatía espongiforme bovina (comúnmente conocido como “vaca loca”) o de animales alimentados en base a hormonas sintéticas; al uso de determinados plaguicidas y a la comercialización de ciertos productos farmacéuticos cuyos efectos adversos no habían sido correctamente estimados. Pero infinidad de otros supuestos ya se están planteando o se van a plantear probablemente en el futuro. A título de ejemplo, se pueden mencionar los xenotrasplantes, con su riesgo de introducir nuevas enfermedades en la especie humana; la posible incidencia de algunas técnicas de procreación asistida sobre la salud (física o psíquica) de los niños concebidos a través de dichos procedimientos; la perspectiva de la clonación humana reproductiva y de las

intervenciones en la línea germinal, que implican transferir a las generaciones futuras, de modo irreversible, un genoma que ha sido artificialmente manipulado. Es importante destacar que la aplicación del principio precautorio no implica necesariamente abstenerse de determinadas tecnologías, conduciendo a prohibir su uso. Esta no es más que la solución extrema, cuando la potencialidad del riesgo sea muy elevada y no exista otra opción. Pero en muchos casos, la precaución se limitará a medidas intermedias, como promover una profundización de los estudios científicos, para tener una idea más acabada del riesgo; imponer un etiquetado obligatorio de advertencia al consumidor; hacer un seguimiento más cuidadoso del producto; alentar la búsqueda de soluciones alternativas más seguras, etc. En contra de lo que podría parecer, este nuevo principio no supone una resistencia al progreso científico o un freno a la innovación tecnológica. Por el contrario, el principio de precaución aspira a incentivar las propuestas de *modos alternativos de desarrollo*, compatibles con la calidad de vida de la generación presente y de las generaciones futuras. Por ello, puede afirmarse que este nuevo principio constituye un llamado a un *mayor esfuerzo imaginativo en materia de desarrollo tecnológico*. De todas maneras, no debe creerse que el principio de precaución brinda un catálogo preestablecido de soluciones concretas a los nuevos dilemas resultantes de la incertidumbre científica. En realidad, este principio no es más que un *criterio orientador* para las autoridades públicas, que serán quienes, en definitiva, determinen las medidas concretas a tomar en cada caso, según la magnitud del riesgo potencial, la importancia de los bienes en juego y las diversas soluciones alternativas existentes.

Condiciones de aplicación del principio de precaución. Dado el carácter flexible del principio de precaución y a fin de evitar que sea empleado abusivamente, es importante precisar sus condiciones de aplicación.

1. Situación de incertidumbre acerca del riesgo. La característica más saliente del principio de precaución es que la relación causal entre una determinada tecnología y el daño temido aún no ha sido científicamente probada de modo pleno. Esto es precisamente lo que diferencia la *precaución* de las tradicionales medidas de *prevención*, ya que en este último caso los riesgos del producto o actividad ya son bien conocidos (por ejemplo, la incidencia del consumo de tabaco en la salud). Por ello, cabe afirmar que las medidas de precaución se adoptan ante un *riesgo potencial*, mientras que las medidas de prevención suponen un *riesgo actual*.
2. Evaluación científica del riesgo. Si bien la precaución opera en un marco de incertidumbre, es necesario que existan razones de carácter *científico* para creer que el riesgo en cuestión es digno de ser

considerado. Es decir, a fin de evitar la arbitrariedad, es necesario que se haga una evaluación científica lo más completa posible del riesgo potencial y de las consecuencias eventuales de la inacción, contando para ello con la ayuda de expertos independientes. 3. Perspectiva de un daño grave o irreversible. Las medidas precautorias sólo se justifican cuando el daño temido sea *grave*, es decir, cuando se tema por la vida o la salud de la población o por el equilibrio del ecosistema. El carácter *irreversible* del daño también juega un rol decisivo al momento de decidir si se debe aplicar una medida de precaución. Una pauta que puede ayudar en la determinación de la irreversibilidad del daño, sobre todo en relación con el medio ambiente, es el carácter *no renovable* de aquellos recursos que resultan afectados, o su renovabilidad a muy largo plazo o con un alto costo económico. 4. Proporcionalidad de las medidas. No cualquier riesgo potencial justifica cualquier tipo de acción precautoria, en especial si esta última supone una carga excesiva para la sociedad; por ejemplo, por implicar la pérdida de un elevado número de puestos de trabajo. Esto significa que las medidas precautorias deben ser proporcionadas al costo socioeconómico que la comunidad está dispuesta a soportar por ellas. 5. Transparencia de las medidas. Este requisito implica, por un lado, que los criterios empleados por las autoridades para la eventual adopción de medidas precautorias deben ser dados a conocer tanto al público como a las empresas. Por el otro, esta exigencia también supone el compromiso de quienes

promueven productos o actividades potencialmente riesgosas de difundir los estudios que hayan efectuado acerca de la magnitud de los riesgos potenciales y de los esfuerzos que han hecho con vistas a reducir al mínimo o a eliminar tales riesgos. 6. Inversión de la carga de la prueba. El principio de precaución exige que quien desarrolla actividades potencialmente riesgosas o introduce en el mercado productos que pueden eventualmente causar daños, aporte los elementos contrarios a la sospecha del riesgo. No se trata, obviamente, de que el introductor del riesgo elimine toda duda acerca de la peligrosidad del producto o actividad en cuestión (“riesgo cero”), ya que tal prueba sería imposible. Lo que se persigue es promover un rol más *activo* del introductor del riesgo en el esfuerzo orientado a determinar su grado de probabilidad y magnitud.

Referencias

- Roberto Andorno. “The Precautionary Principle: A New Legal Standard for a Technological Age”, *Journal of International Biotechnology Law*, 2004, N° 1, p. 11-19. - Carolyn Raffensperger y Joel Tickner (coord.), *Protecting Public Health and the Environment. Implementing the Precautionary Principle*, Washington D.C., Island Press, 1999. - Carlos Romeo Casabona (coord.), *Principio de precaución, biotecnología y derecho*, Bilbao, Fundación BBVA/Comares, 2004. - Emilia Sánchez, “El principio de precaución: implicaciones para la salud pública”, *Gaceta Sanitaria* (España), 2002, Vol. 16, N° 5, p. 371-373. - Unesco, Comest (Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology), *The Precautionary Principle*, París, Unesco, 2005.

Los problemas éticos vinculados a las investigaciones en el campo de la salud son antiguos, y en muchos casos han resultado un escándalo público por la fuerte reacción de indignación ante lo que se consideraban trasgresiones a supuestos morales básicos de la convivencia. Las investigaciones médicas tienen una larga historia de violaciones a valores, principios y virtudes éticos, que se reproducen en el funcionamiento actual de la industria farmacéutica como fuente de problemas éticos. Igualmente larga es la crítica de esa historia y las exigencias para el debido respeto de las personas. Nadie podría haber pensado en el siglo XVI, cuando Antonio de Villasante hizo famoso por sus numerosas propiedades curativas un bálsamo extraído del árbol conocido por los indígenas como 'guacunax' en Santo Domingo, que desde esa primera gran producción de un medicamento se llegaría a lo que es hoy la industria farmacéutica. En aquella época, el rey de España llegó a pedirle a Villasante que revelara el secreto de su producto para hacerlo accesible a todas las personas. En el mundo actual, sin embargo, los jefes de gobierno de los países ricos son los mayores defensores de un régimen de patentes que impide el acceso de millones de personas a los medicamentos esenciales, necesarios para salvar sus vidas. Cabe preguntarse entonces en qué consiste el denominado progreso científico (v. *Progreso científico y desarrollo social*).

Del uso de animales de laboratorio al uso de las personas en las investigaciones. Un siglo después de los experimentos sobre viruela de Edward Jenner (1789), Charles Francis Withington reclamaba en Harvard en 1886, en 'La relación de los hospitales con la educación médica', una Carta de Derechos para asegurar a los pacientes contra cualquier injusticia de los adoradores de la ciencia. Una repercusión mayor tuvo la publicación en 1898 de las investigaciones llevadas a cabo por Albert Neisser, investigador alemán que descubrió el gonococo, y que fue juzgado y condenado por aquellas investigaciones dando lugar en 1900 a las Directivas Prusianas o primeros estándares éticos para la investigación biomédica. Los resultados publicados por Neisser sobre sus investigaciones para encontrar un método de prevención de la sífilis, que le llevaron a juicio, se habían obtenido inyectando suero de pacientes sífilíticos a pacientes admitidos por otras afecciones, y se habían aplicado a prostitutas que tenían gonorrea, pero no sífilis y que no habían sido informadas, ni habían dado su consentimiento a la

realización en ellas de esos experimentos. Puede decirse entonces que a partir de 1900 la historia de la ética de la investigación en salud comenzó a acelerar su desarrollo en extensión y en profundidad. Ese año, además de las normativas prusianas, Walter Reed obtuvo las primeras formas de consentimiento escrito en sus experimentos sobre la fiebre amarilla en Cuba. En 1907, William Osler reclamó, en 'La evolución de la idea de experimento', que los investigadores sujetaran sus estudios a las condiciones de seguridad absoluta y consentimiento pleno de los participantes. En el marco de los experimentos de finales del siglo XIX y principios del siglo XX, George Bernard Shaw acuñó con lucidez en 1913 el término 'conejiillo de indias' para referirse a los seres humanos utilizados como aquellos animales de laboratorio, oriundos de Sudamérica, que deben su nombre a que fue desde las colonias españolas que se los hizo conocer en el mundo, y que habían sido popularizados por los experimentos de Pasteur y de Koch, y utilizados por miles en las investigaciones sobre la difteria después de que Loeffler descubrió en 1884 que eran más sensibles a ese germen que ratas y ratones. La sensibilidad de Shaw ante la crueldad de los experimentos con animales (v. *Experimentación con animales*) y su crítica anticipatoria de la deshumanización de la ciencia fueron seguidas, sin embargo, por el salto de las investigaciones en animales a la investigación en humanos. En 1932 se puso en marcha en Estados Unidos el Estudio Tuskegee, que investigó la evolución natural de la sífilis no tratada en 600 hombres negros hasta 1972, aunque en 1947 ya se aplicaba la penicilina para su tratamiento. En 1933, con el ascenso de Hitler al poder, comenzó lo que sería la utilización inmoral y a gran escala de seres humanos para experimentos médicos. Paradójicamente, la sentencia del Tribunal de Nuremberg, en 1947, a las atrocidades de los médicos nazis tuvo en cuenta el Código alemán de 1931 sobre experimentos médicos, que no había sido respetado por los nazis, pero que era el mejor Código de esa época.

La ética de la investigación y los derechos humanos en el origen de la bioética. Los historiadores sitúan el punto de partida de la bioética en 1947 –el año anterior a la Declaración Universal de los Derechos Humanos– con el Código de Nuremberg sobre experimentos médicos. El Código fue un documento adjunto a la sentencia pronunciada en el juicio contra los médicos nazis. (v. *Crímenes de lesa humanidad*). Paradójicamente, las fuentes del

Código resultaron ser las *Richtlinien* o directivas del Ministerio de Sanidad del Reich alemán, relativas a los nuevos tratamientos médicos y la experimentación científica sobre el hombre, promulgadas en 1931. Estas normativas profundizaban los estándares prusianos de 1900 y no tenían comparación en su época, siendo el primer gran código ético sobre ensayos clínicos. Pero este código nunca se aplicó en los campos de concentración y exterminio. Sin embargo, los militares de Estados Unidos que juzgaban a los nazis no habían podido encontrar en su propio país alguna normativa mejor para tener en cuenta. De hecho las normas sobre ética de la investigación fueron muy pobres en Estados Unidos hasta las enmiendas Kefauver-Harris (1962) introducidas por los antecedentes de las malformaciones por talidomida. En el momento en que se juzgaba a los médicos nazis, estaban en pleno desarrollo dos experimentos que llegarían a ser paradigmáticos de la falta de ética en las investigaciones en salud: los experimentos radiactivos secretos iniciados por el ejército en 1944, que se implementarían hasta 1974, y el resonante Estudio Tuskegee –ya mencionado– que, como en el caso de Neisser, estudiaba la sífilis. En 1932 se puso en marcha en Estados Unidos ese experimento en el que aproximadamente 600 hombres negros fueron estudiados durante cuarenta años para conocer la evolución de la sífilis sin tratamiento: 400 de ellos estaban infectados y los otros 200 fueron utilizados como grupo control. Paul Ehrlich ya había recibido el premio Nobel en 1908 por el descubrimiento del salvarsán para el tratamiento de la sífilis, pero el estudio continuó aun después de haberse descubierto la penicilina, de que la misma fuera puesta en uso a partir de 1947 (el año del Código de Nuremberg) y de que la enfermedad fuera, por tanto, tratable muy eficazmente. A los pacientes se les decía que tenían ‘sangre mala’ (*bad blood*), pero no que tenían sífilis, firmaban para el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos por tratamiento médico sin costo, y se les prometía comida y entierro gratis a cambio de su participación. Si bien el lugar del estudio, el condado (*negro*) de Macon, Alabama, tenía los índices más altos de sífilis en el país, la elección de los negros siempre fue asociada a la idea socialmente extendida de que los mismos eran moralmente inferiores y que padecían la sífilis por esa misma razón. Hasta el cierre del estudio en 1972 habían muerto de sífilis 28 hombres, otros 100 habían muerto de complicaciones relacionadas, al menos 40 esposas habían sido infectadas, y 19 niños habían contraído la enfermedad al nacer.

La Declaración de Helsinki. En 1946 se constituyó en Londres la Asociación Médica Mundial que realizó su primera asamblea general en París en

1947, año del “Juicio a los Médicos”. En esa asamblea se trató un conjunto de resoluciones condenatorias de la conducta adoptada por los médicos en Alemania desde 1933. Sin embargo, no fue hasta 1953 que se discutió la idea de un documento de posición sobre experimentación humana; en 1954 la Asociación adoptó en la 8ª asamblea general la Resolución sobre Experimentación Humana: Principios para Aquellos en Experimentación e Investigación. En marzo de 1960 la revista de la Asociación Médica Mundial publicó una amplia sección sobre experimentación humana y, en 1961, el comité de ética de la Asociación produjo un borrador de un Código de Ética sobre Experimentación Humana, que se publicó el año siguiente en el *British Medical Journal*. En 1962 este borrador se discutió en la reunión de la Asociación en Chicago y, finalmente, después de varias discusiones, se adoptó la versión final en la 18ª asamblea realizada en Helsinki en 1964. La Declaración de Helsinki, Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, pasó a ser la norma internacional sobre ética de la investigación biomédica que recogió el espíritu del Código de Nuremberg para perfeccionarlo desde un punto de vista procedimental y sustantivo. A través de sus sucesivas versiones, la Declaración se constituiría en la piedra angular de referencia internacional en ética de la investigación y afirmaría la revisión de las investigaciones por comités de ética de la investigación (v.). Sin embargo, en los años sesenta la ética de la investigación en salud todavía no estaba consolidada en Estados Unidos, país que pasaba a liderar las investigaciones. En junio de 1966 Henry Beecher, que en 1941 había ocupado la primera cátedra en anestesiología de Estados Unidos en la Escuela Médica de Harvard sin tener una especialización formal en ella, publicó su influyente artículo “Ethics and Clinical Research” en el *New England of Medicine*, en el que refería 22 investigaciones no éticas llevadas a cabo en su país (inicialmente había mencionado 32 para el envío de su trabajo al JAMA, que no lo aceptó). Esos ejemplos mostraban violaciones a los requisitos del Código de Nuremberg por parte de prominentes investigadores. A partir de entonces, Beecher fue uno de los mayores defensores de la instrumentación rutinaria del consentimiento en las investigaciones y pasó a ser un referente y precursor de las discusiones que darían lugar a la bioética en Estados Unidos. Entre esas discusiones le tocó integrar el Comité Ad-Hoc de Harvard, que reformuló los criterios neurológicos para la definición de muerte. Sus mayores contribuciones científicas tuvieron lugar en el campo de la farmacología clínica estudiando los estados psicológicos subjetivos en relación a las respuestas objetivas a los fármacos. Muchas de sus investigaciones se

realizaron durante la Segunda Guerra Mundial, integrando el ejército de Estados Unidos, con el que supuestamente colaboró en la búsqueda de aplicaciones del ‘suero de la verdad’. A partir de 1955 fue uno de los mayores defensores del uso de placebo en los ensayos clínicos después de haber observado que muchos soldados con grandes lesiones no solicitaban administración de morfina, aunque estuviera disponible. Aunque el llamado ‘efecto placebo’ había sido enunciado por Graves en 1920, un estudio de H. S. Diehl sobre vacunas de 1938 fue el primer ensayo clínico en el que se usó el término ‘placebo’ en referencia a una solución salina. Beecher solo le dio gran notoriedad.

Fines civiles y fines militares de las investigaciones: de la higiene racial a la doctrina de la seguridad nacional. La Segunda Guerra Mundial multiplicó las investigaciones médicas secretas de los militares de las principales potencias, en particular de Estados Unidos, que primero competía con Alemania y que después lo haría con la Unión Soviética. Los ejércitos, servicios secretos y dictaduras fueron protagonistas interesados de muchos proyectos que involucraron en los mismos a investigadores, instituciones de salud y a la industria química y farmacéutica. Los estudios éticamente inaceptables fueron innumerables. Los aberrantes experimentos radiactivos realizados en Estados Unidos entre 1944 y 1974, que incluyeron niños (v. *Investigación en niños*) y población civil, y que dieron lugar al Comité Asesor que los investigó entre 1994 y 1995, son un ejemplo. Ese Comité concluyó afirmando que algunos de los miles de experimentos realizados tuvieron como finalidad el avance de la ciencia biomédica, otros fueron conducidos para avances en los intereses de la defensa nacional y varios fueron una mezcla de ambos. Este cruce de intereses ocurrió de modo análogo cuando el químico suizo Albert Hoffmann comenzó a investigar en 1938 para los laboratorios Sandoz en búsqueda de una sustancia que estimulara la circulación sanguínea, y en 1946 descubrió el ácido lisérgico (LSD) y sus efectos. Sandoz sabía que el nazismo podía utilizar sus descubrimientos con fines bélicos y que los militares norteamericanos mostraban gran interés en la sustancia. A partir de los años cincuenta la CIA programó el plan MKULTRA, cuya finalidad, en pretendida competencia con los servicios secretos soviético, chino y coreano, era estudiar el comportamiento de individuos que recibirían LSD. Cuando estos experimentos fueron hechos públicos por *The New York Times* en 1974, y en 1975 se supo del memo secreto del Secretario de Defensa que autorizaba los experimentos, los archivos del plan habían sido destruidos. Con la documentación recuperada, se supo que entre 1955 y 1975 unos siete mil soldados recibieron LSD como conejillos de indias. Se

ha afirmado que entre 1947 –año de creación de la CIA– y 1953, Washington compró a Sandoz un millón de unidades de LSD. Cuando el plan fue interrumpido se reemplazó por el MKSEARCH, que tenía por finalidad elaborar un ‘suero de la verdad’ perfecto para interrogar a posibles colaboradores de la Unión Soviética. El tiopental sódico o pentotal, descubierto en la década de los treinta por químicos del Laboratorio Abbott, luego de servir a estos experimentos, terminaría siendo aplicado en combinación con cloruro de potasio y bromuro de pancuronio como inyección letal para la ejecución de condenados a muerte en algunos estados. En 1987, la Suprema Corte de Estados Unidos tuvo que conocer de una demanda derivada de las revelaciones sobre los experimentos militares, y aunque el voto de mayoría sostuvo que los miembros del ejército no podían demandar al gobierno por ningún daño en servicio, los votos en disenso afirmaron, por primera vez desde la Corte, la obligación de respeto del Código de Nuremberg, incluyendo las investigaciones del gobierno.

Del Informe Belmont al doble estándar. En 1978 una Comisión Nacional del Congreso de Estados Unidos dio lugar al Informe Belmont en el que se estipulaban los principios éticos de respeto por las personas, autonomía y justicia como básicos para la ética de la investigación. Con este informe se abrió una nueva etapa hasta 1997, que mostró el apogeo de la bioética de la justificación moral por principios, que influyó en varias normas surgidas durante esos años. En esta etapa, si bien se reconoció el lugar normativo destacado del Código de Nuremberg y la Declaración de Helsinki, se minimizó el lugar que representaron los derechos humanos para esas normas y con esta disociación entre derecho legal y derecho moral se relativizó el universalismo de Nuremberg y Helsinki. En 1997 comenzó una nueva etapa en la ética de las investigaciones y la bioética en general, que llegaría hasta 2005, cuando se aprobó la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco. Tres hechos hechos relevantes marcaron el comienzo de la misma en 1997: la aprobación de la Convención Europea sobre Derechos Humanos y Biomedicina, la aprobación de la Declaración sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos por la Unesco y las denuncias sobre el doble estándar ético en investigaciones biomédicas internacionales patrocinadas por organismos gubernamentales de Estados Unidos. La autoridad que dio lugar a la Convención Europea de Bioética fue el Consejo de Europa, y las denuncias sobre las investigaciones no éticas en la transmisión vertical de VIH-sida en países pobres fue realizada por miembros de un organismo no gubernamental de derechos humanos. A partir de entonces y pese a que la Declaración de Helsinki

había sostenido como principio básico que la preocupación por el interés del individuo debe prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad, algunos bioeticistas reclamaron una revisión de la Declaración defendiendo lo que ha denominado “doble estándar” (v.): un tipo de terapia para países desarrollados y otro para países en desarrollo. Se sostuvo así que la información que la gente de los países en desarrollo debía recibir era si el régimen de corta duración era mejor o peor que el disponible en ese momento para la mayoría de ellos (por ejemplo antirretrovirales) y que esta es exactamente la clase de información que uno recibe de un ensayo controlado con placebo, por lo que debía establecerse como estándar el de la “terapia más alta disponible y sustentable”. La Food and Drug Administration (FDA) de Estados Unidos presionó a la Asociación Médica Mundial para que se revisara el estándar ético internacional único. Esas presiones se extenderían a la Organización Mundial de la Salud para involucrarla en un sistema mundial de revisión de las investigaciones acorde con el doble estándar. Los dos puntos de presión giraron en torno a la flexibilización del uso de placebos, que la FDA aceptaba con mayor permisividad que la Declaración de la AMM (artículo 29 de su revisión de 2000), y al abandono de la garantía de acceso al mejor tratamiento probado tanto al ingreso como a la salida de los sujetos de investigación de un estudio (artículo 30 de la revisión de 2000). Por eso se dijo que la FDA ponía a la ciencia delante de la ética y que el consentimiento informado ya no bastaba sin una apertura al escrutinio público. En el asedio a la Declaración de Helsinki pudo verse una muestra de esa lógica de dominación que pretendía romper la moral universal de respeto integral a los derechos humanos. El punto central del asedio era terminar con el carácter “inalienable” de la Declaración. Durante esta etapa, organismos como la Comisión Nacional de Bioética de Estados Unidos y el Consejo Nuffield del Reino Unido establecieron pautas para las investigaciones biomédicas en países pobres. También tuvo lugar la revisión 2002 de las Pautas CIOMS-OMS, que consagró el doble estándar moral en su pauta 11. La FDA abandonó a la Declaración de Helsinki en 2004 culminando el antiuniversalismo iniciado con la postulación del doble estándar.

De los laboratorios a las corporaciones globales. Si la historia muestra que la ética en las investigaciones médicas fue violada inicialmente en modo principal por los investigadores individuales hasta 1931, y que durante la Segunda Guerra Mundial y su posguerra las mayores violaciones fueron cometidas por ejércitos y servicios secretos hasta finales de los años setenta, a partir de los años ochenta la escena de las investigaciones biomédicas

estaría dominada por la gran industria farmacéutica y biotecnológica. Y esa industria pasó a ser, asociándose fuertemente a organismos académicos y gubernamentales no militares, la mayor fuente de problemas éticos en las investigaciones. Después de la caída del Muro de Berlín en 1989, y con la postulación de un Nuevo Orden Mundial en el que la globalización económica dominaría el escenario internacional hasta 2001 (v. Globalización), la expansión neoliberal de la industria farmacéutica durante los noventa parecía no tener límites. Las diez compañías de medicamentos más poderosas del mundo pasaron a ser Pfizer, Merck, Johnson&Johnson, Bristol-Myers Squibb y Wyeth de Estados Unidos; GlaxoSmith-Kline y Astra Zeneca del Reino Unido; Novartis y Roche de Suiza, y Aventis Sanofi-Synthelabo de Francia. Esa expansión había comenzado en 1980, cuando en Estados Unidos la industria farmacéutica pasó a ser la más lucrativa de las industrias al facturar doscientos mil millones de dólares en 2002, tan solo por medicamentos recetados en ese país, sin incluir las compras de instituciones de salud. La ley Bayh-Dole, aprobada bajo la administración Reagan con el objetivo de mejorar la posición de la industria farmacéutica y biotecnológica estadounidense en el mercado internacional, permitió la transferencia tecnológica de las universidades y los Institutos Nacionales de Salud hacia las compañías farmacéuticas, otorgándoles las licencias exclusivas de sus descubrimientos. De este modo, un tercio de los medicamentos comercializados por la industria eran descubiertos en las universidades y organismos gubernamentales (Institutos de Salud). A partir de 1984, con la ley Hatch-Waxman, se prolongó la vigencia de las patentes de medicamentos de marca en perjuicio de los genéricos. Así, la influencia política de la industria pasó a ser dominante durante la época Reagan. Eso explica que la administración Clinton fracasara en su intento de establecer un nuevo sistema de salud que estaría financiado por una reforma sobre la industria farmacéutica. Esa asociación de intereses gubernamentales, académicos y comerciales explica también que las investigaciones no éticas sobre la transmisión vertical del sida realizadas en 17 mil mujeres de República Dominicana, países africanos y Tailandia, denunciadas por Lurie y Wolfe en 1997, fueran patrocinadas por el Departamento de Salud de Estados Unidos, los Institutos Nacionales de Salud, el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta y la Universidad de Harvard. También se explican así, entre muchas conductas interesadas y faltas de ética, la postulación del doble estándar, el ataque subsiguiente a la Declaración de Helsinki y el abandono de la misma por la FDA, los intentos de hacer de las Guías de Buena

Práctica Clínica, originadas en la industria farmacéutica, el nuevo estándar ético para las investigaciones internacionales y la defensa de esta estrategia de intereses por bioeticistas surgidos de ámbitos académicos definitivamente comprometidos con este modelo. Frente a esta asociación, a todas luces contraria al bien común y a la integridad, libertad y bienestar de las personas, la industria proponía el encubrimiento de sus verdaderos fines de lucro, con una falsa argumentación donde el alto costo de los medicamentos –inasequible para la gran mayoría de la población mundial– se debería a su gran inversión en investigación y desarrollo para la innovación en la atención de la salud en orden a mejorar la calidad de vida de las personas. Lo cierto y probado era que la industria gastaba menos en investigación y desarrollo que en propaganda y maniobras de ventas, que sus innovaciones eran pocas, pero en cambio trabajaba mucho en renovar patentes y repetir medicamentos con ligeras modificaciones y en tener, como las compañías de la competencia, un medicamento parecido o igual para pujar por el mercado, que muchas de sus pocas innovaciones se originaban en investigaciones financiadas con fondos públicos, que los medicamentos eran cada día menos seguros para quienes los consumían y para quienes participaban en las investigaciones por la rapidez con que se introducían al mercado para tener un rápido retorno financiero, y que era cotidiana la corrupción y la compra de influencias políticas por sobornos junto a los más variados tipos de incentivos indebidos para sesgar la voluntad de los médicos en su receta de medicamentos.

Forma dignidad y forma mercancía en la investigación sobre seres humanos. Los medicamentos que la industria farmacéutica produce, según la moral del sentido común, son un bien social primario orientado a satisfacer las necesidades en salud y a asegurar la protección del derecho a la salud. En esta perspectiva, el fin último de toda investigación biomédica debe ser el bien común. Sin embargo, este supuesto no se cumple. El fin de la investigación biomédica llevada a cabo por la industria farmacéutica es el lucro y su medio es el

mercado del medicamento, por lo que la satisfacción de las necesidades en salud es sólo un fin secundario. De allí que la mercantilización globalizada de la investigación, para lograr ser socialmente eficaz, ha elaborado un discurso enmascarador que en modo inverso pone como fin primario el beneficio social y como fin secundario el lucro. Se trata de una acción estratégica solapada en la que se pretende hacer creer a los demás que la investigación financiada por la industria se mueve dentro de los supuestos de un diálogo que pueda conducir al entendimiento –en el sentido moral de este término– cuando en realidad se trata de la defensa de intereses particulares. Es un engaño consciente y a veces una manipulación cuya falsedad se articula por muy diferentes tácticas y cuya comprensión crítica exige analizar la trama compleja que permite sostener ese engaño. El objeto –dicho en términos epistemológicos– de esa disputa por el significado es el cuerpo de los individuos incluidos en las investigaciones y el de aquellos que finalmente accederán o no al producto comercial derivado de esa investigación. El significado de esos cuerpos será la forma mercancía en las investigaciones, entendidas con finalidad mercantil (v. *Plasmaféresis: la sangre como mercancía*); en modo opuesto, el significado de esos cuerpos será la forma dignidad en las investigaciones, entendidas con finalidad moral. El resultado en incesante cambio del conflicto permanente entre esas dos formas es la sustancia de la ética de la investigación. Miles de personas que participan en investigaciones son simples medios para los intereses de otros; eso significa que se está violando su dignidad. ¿Qué se puede hacer desde la bioética latinoamericana ante esta problemática? La respuesta procedimental es el desarrollo de sistemas nacionales de revisión ética y protección de los derechos humanos en las investigaciones biomédicas (v. *Sistemas de revisión ética*). La respuesta sustantiva es la construcción de un nuevo consenso internacional de justicia global frente a la cosificación de los seres humanos por las megacorporaciones globales gobierno-academia-industria de los países ricos.

[J. C. T.]

Progreso científico y desarrollo social

Carlos R. Gherardi (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

La investigación científica. El desarrollo del conocimiento científico ha tenido un aumento exponencial en el último siglo y, dentro de él, quizá el segmento biológico ha sido el más importante habiendo prestado sustento a la mayoría de los avances que la medicina puede exhibir en las últimas décadas. La biología molecular marcó en

verdad un hito en la investigación científica para la comprensión de muchos fenómenos fisiológicos y patológicos, y posibilitó hasta su aplicación metodológica por los beneficios en la fabricación de muchas drogas, sobre todo antígenos y anticuerpos. El anuncio al mundo de la decodificación del genoma humano y la celebración de este evento como una victoria para toda la humanidad sólo fueron posibles por la defensa de una ética de la

investigación basada en la libre y universal disponibilidad del conocimiento a través de su difusión en publicaciones científicas, en contraposición al interés económico y al intento cierto del registro de la marca o patente del ADN, un patrimonio universal de la especie humana. El impacto de este avance científico en la medicina permitió en cincuenta años tal vez un *progreso* superior al ocurrido desde la época hipocrática y sus beneficios son palpables en la prevención y control de muchas enfermedades antes incurables, en el abordaje cotidiano de prácticas de alta complejidad y en el considerable aumento en la expectativa de vida de la población que tiene asegurado su derecho a la salud. Sin embargo, este incremento en el sustento científico de la práctica médica ha puesto en evidencia dos problemas centrales que se relacionan íntimamente con la naturaleza íntima de la medicina y las condiciones de la vida del hombre en su comunidad.

Medicina y ciencia. El conocimiento científico no ha influido de modo terminante en la precisión del acto médico que siempre oscila entre la incertidumbre y la probabilidad. La práctica de la medicina es un arte destinado a lograr la curación o el alivio del paciente, y las disciplinas duras sobre las que se asienta su conocimiento como ciencia se basan en postulados ciertos que se constituyen en leyes y verdades perdurables. La práctica de la medicina, que resume e integra el conocimiento científico junto al adiestramiento técnico y la comprensión humana, se acerca al arte por su singularidad (atiende a un paciente), por la presencia constante de su componente creador y por explorar siempre el mundo íntimo de la persona. De la ciencia, toma la objetividad de su conocimiento y el fundamento de sus acciones. De ambos, ciencia y arte, comparte la imaginación indispensable que siempre debe estar presente para establecer el diagnóstico e indicar el tratamiento. La mejor comprensión de los fenómenos involucrados en cada enfermedad ha estrechado el margen de incertidumbre a la hora del juicio clínico, aunque las nuevas disponibilidades de acciones posibles conspiran contra ello porque se suman variadas opciones en cada caso. Cuando muchos avances de la ciencia permiten una mayor comprensión de los fenómenos biológicos sin obtenerse obligatoriamente una respuesta en la eficacia terapéutica, el apotegma “*Curar sin entender es sospechoso, comprender sin curar es virtuoso*” constituye un peligroso desvío de las metas de la medicina.

Progreso científico y desarrollo social. El concepto de desarrollo humano (PNUD) entraña el estudio de la ampliación de las opciones que los pueblos tienen para vivir de acuerdo con sus valores. Significa incluir en el desarrollo, además

de la producción, la esperanza de vida, la medición de la nutrición de los niños, el nivel de alfabetización y escolaridad, la mortalidad materna e infantil, el acceso al agua segura y la sostenibilidad ambiental, el grado de empleo y desigualdad, los problemas de género y muchos factores más que aseguren la vida en un hábitat decente y el mantenimiento posible de una salud buena. En una década de progreso científico como la de 1990, América Latina es el continente en que más creció la distancia entre el ingreso de los ricos respecto de los más pobres y duplicó la “pobreza”, que Kliksberg califica de “innecesaria” porque es hija de la desigualdad, y de “paradojal” porque no se corresponde ni con la riqueza del recurso natural ni tampoco con los niveles del Producto Bruto ni del Producto Bruto *per cápita*. Esta situación social ha permitido la reaparición de enfermedades cuya incidencia era mínima o directamente habían desaparecido en muchas regiones, como la tuberculosis, el cólera, la malaria, el dengue y otras enfermedades infecciosas. Estamos citando enfermedades que tienen prevención segura o tratamiento cierto, pero cuya reaparición por el hambre, el hacinamiento y el abandono ninguna investigación puede resolver. En el mismo sentido, los índices de desnutrición infantil, que siendo también hija de la pobreza extrema provoca la destrucción de las capacidades neuronales de los niños que tendrán severas disfuncionalidades de todo orden para el resto de sus vidas, tendrán consecuencias inevitables que no podrán ser resueltas por ningún emprendimiento científico. Todos estos graves problemas, que van desde la investigación del conocimiento básico biológico hasta cualquiera de los aspectos que se miden en el desarrollo humano, adolecen de una carencia esencial que es dependiente del desinterés por el destino de la sociedad y la protección de la dignidad humana, del olvido de la afirmación de los valores esenciales del ser humano y de la generación de una cultura individualista y egoísta que nos aleja de la virtud de la solidaridad y del altruismo. No bastará el ejercicio correcto de la responsabilidad pública de los gobiernos, hoy frecuentemente ausente, de la acción de las organizaciones sociales o de las declaraciones y metas de los organismos internacionales, si todo no se acompaña con la actitud y conducta permanente de cada uno de nosotros para cambiar este *ethos* contemporáneo que no parece conducirnos al progreso del bienestar a pesar los inquestionable adelantos de la ciencia biomédica. Nos queda la esperanza de la lucha cotidiana de cada uno para apostar a una vida digna para todos que nos proteja de la enfermedad prevenible mas allá de la intervención médica, de creer en la existencia de un concepto de salud más social que biomédico (salud integral), de exigir

normas reguladoras de la investigación que no olviden al hombre como sujeto moral y a la sociedad como custodio de la humanidad, y de luchar por una mayor educación de los niños y los jóvenes como único recurso de cambio para una modificación de la cultura de los años por venir.

Referencias

John Sulston, Georgina Ferry. *El hilo común de la humanidad. Una historia sobre la ciencia, la política, la ética y el genoma humano*, Buenos Aires, Siglo Veintiuno, 2003. - Manuel Medina, Teresa Kwiatkowska (comps.). *Ciencia, Tecnología, Naturaleza, Cultura en el siglo XXI*, Ed. Anthropos, 2000. - Bernardo Kliksberg. *Hacia una economía con rostro humano*, 2ª ed., México, Fondo de Cultura Económica, 2003.

Experimentación con animales

Roberto de la Peña Pino, Ángel Concepción
Alfonso (Cuba) - Centro Nacional de Genética
Médica

La ética en el uso de animales en las investigaciones no debe limitarse a la información sobre cualquier tipo o forma de procedimiento que se ejecute directamente en los animales tratando de reducir al mínimo el daño físico o psíquico que se les ocasione, si no incluye también una información más detallada en la cual se consideren aspectos como el nombre correcto de la línea, la raza o especie empleada, el centro de origen y las condiciones de alojamiento (temperatura, humedad, ventilación, iluminación, el tipo de jaula y la densidad). Además, debe incluir el tipo y la cantidad de alimento suministrado para que los resultados alcanzados por el investigador puedan ser repetibles en cualquier otro lugar aplicando los mismos procedimientos. Sin embargo, no siempre los investigadores toman en cuenta la importancia que tiene el aportar la mayor información posible respecto a las condiciones en las cuales se ejecutó el experimento para que cualquier interesado tome esta como patrón comparativo; tal vez eso esté ocurriendo en la confianza de que las violaciones de las normas y regulaciones son cosas de décadas pasadas que fueron señaladas en su momento (Nab, 1994). El presente trabajo pretende alertar sobre la necesidad de incorporar en nuestra concepción de la ética experimental aspectos de la información que no están directamente relacionados con el procedimiento en sí del experimento, pero que influyen en la respuesta del animal y que a veces se omiten.

Una revisión de 152 trabajos publicados en 9 revistas nacionales de ciencias médicas en formato electrónico durante el periodo enero de 2000 al primer trimestre de 2005, en que se analizaron

los indicadores que se relacionan, arrojó los siguientes resultados: nombre del animal mal definido, 27 (17,76%); no aclara el centro de origen del animal o no es reconocido, 76 (50,0%); no refiere condiciones de alojamiento, 70 (46,71%); no define bien las condiciones de alojamiento, 29 (19,08%); no refiere el tipo de jaula y la densidad, 124 (81,58%); no define correctamente el tipo de alimento, 113 (74,34%); no indica el destino final de los animales, 66 (43,42%); no aclara el método de eutanasia empleado, 12 (33,33%, basado en los 33 trabajos que indicaron el sacrificio). El no indicar la línea, raza o especie (indicador 1) con la cual se trabaja o utilizar términos como albino o blanco sin ninguna otra especificación denota que hay desconocimiento o mal asesoramiento de la terminología empleada para distinguir el animal con el cual se ha realizado el trabajo experimental. Tal situación promueve la creencia, que puede ser errónea, de que el investigador es un principiante, no sabe nada sobre animales de laboratorio o no ha tenido un asesoramiento adecuado del especialista o técnico en animales del bioterio (vivario, animalario).

Cuando no se aclara el centro de origen del animal (indicador 2) o este procede de un centro no reconocido como productor de animales, surge la duda razonable sobre la calidad genética e higiénica del animal empleado y, lamentablemente, sobre la influencia que puede haber ejercido el estatus genético e higiénico del animal en los resultados obtenidos. Por tanto, es imprescindible para todo investigador no omitir el centro de procedencia del cual obtuvo los animales empleados en su trabajo de investigación, tanto más si este trabajo está relacionado con la toxicología experimental, la cual requiere cumplir los procedimientos de buenas prácticas (Cetex Cenpalab). Omitir o definir parcialmente la información sobre las condiciones de alojamiento en las que se llevó a cabo el trabajo experimental (indicador 4) o sobre la densidad por jaula (indicador 5 y, a su vez, aspecto más deficiente) impiden a otros investigadores hacer comparaciones adecuadas de los resultados o provocar dudas acerca de si se realizó o no en las condiciones debidas. Pudiera además introducir errores de interpretación en los resultados cuando la densidad sobrepasa los límites mínimos para que se exprese la conducta individual y de grupo, porque el estrés puede alterar la respuesta fisiológica o bioquímica y con ello motivar dudas sobre la veracidad o calidad de los resultados.

Otro aspecto al cual no se le confiere importancia es el uso de términos inapropiados o incorrectos para indicar el tipo de alimento (indicador 6), como "se suministró ratonina", pues esto puede provocar que el término no sea entendible para

investigadores de otras naciones. Otro término empleado es “se suministró pienso ad libitum”, el cual introduce dos elementos a considerar: uno es la cantidad suministrada, la cual sea tal que exceda los límites diarios necesarios para su alimentación y por tanto su permanencia por varios días provoque una disminución paulatina de la calidad nutritiva del pienso al perder sus cualidades organolépticas, que pudiera tener influencias negativas en estudios sobre crecimiento y desarrollo prenatal y posnatal o alterar resultados en determinadas pruebas de cronicidad en toxicología o en estudios fisiológicos; el otro, aunque con menos importancia, es que no identifica para qué especie, dando por hecho que el lector asocie el tipo de pienso con la especie con la cual se experimentó. También hubo trabajos en los que no se identifica la marca ni la procedencia. Incluso esto se omite en trabajos publicados en revistas internacionales porque quizá no se le otorgue importancia en trabajos generales en el ámbito internacional; sin embargo, a juicio de los autores, sobre todo cuando se trabaja en toxicología y atendiendo a las normas internacionales (normas ISO), se debe indicar el nombre con el cual se identifica el alimento suministrado.

Las omisiones sobre el destino final de los animales solicitados y empleados en el curso de la investigación y sobre el método de eutanasia (indicadores 7 y 8) podrían provocar dudas acerca de si los animales que quedaron vivos después de concluido el experimento se emplearán en otros trabajos, lo cual sería una violación de los principios básicos (CCPA) y conduciría a opiniones desfavorables o críticas desde el punto de vista ético. Lo mismo ocurre con el método de eutanasia aplicado. En los casos que se reconoció su uso sin definir cuál se utilizó, la duda se centraría en si el método empleado fue el más indicado para la especie en cuestión. Para los investigadores este detalle no puede obviarse en ninguna situación porque constituye una de las orientaciones recogidas en las normas establecidas en cualquier manual sobre buenas prácticas de laboratorio (Cenpalab y Cetex Cenpalab).

Estas deficiencias en la información resultan contradictorias porque un centro de investigación dispone de guías (ILAR, Nat Res Coun), Manuales de Buenas Prácticas de Laboratorios, copia del Proyecto de Ley de la Sociedad Cubana para la Ciencia de Animales de Laboratorio (Junta Directiva SCCAL) y posee personal investigador y técnico que ha recibido alguno de los cursos de preparación impartidos desde hace más de dos décadas para experimentar con animales en la investigación (Peña y Marta, 1994), además de otros más específicos sobre ética en la experimentación. Las

consideraciones de cada uno de los indicadores en conjunto pudieran conducir, justificada o injustificadamente, aun cuando no sea esa la intención del lector, a la duda razonable sobre la calidad de los resultados, o a que no puedan ser comparados en toda su magnitud con resultados dados por otros investigadores, por no realizarse en igualdad de condiciones o no disponer de los datos necesarios. Además, tampoco podrían ser citados por otros autores. Dado que los trabajos que se publican en formato electrónico trascienden las fronteras de cualquier nación, es aconsejable que sean revisados cuidadosamente para que no se escapen estas pequeñas omisiones que podrían ser objeto de interpretaciones erróneas o de críticas. De hecho ello contribuiría a mejorar la calidad de la información ofrecida, considerando que esta constituye un aspecto indisoluble de la ética experimental en toda investigación que implique el uso de animales.

Referencias

- CCPA. *Las necesidades compartimentales de los animales de experimentación*, Manual, Vol. 1, 2ª ed., 1999. - Cenpalab. *Código de Uso de los Animales de Laboratorio del CENPALAB*, La Habana, 1992. - Cetex, Cenpalab. *Código de las Buenas Prácticas de Laboratorio*, Centro de Toxicología Experimental, La Habana, Cenpalab, 1992. - ILAR, NRC. *Guide for the Care and Use of Laboratory Animals*, National Academic Press, Washington, 1996. - National Research Council. *Guía para el cuidado y uso de los animales de laboratorio*, Academia Nacional de Medicina, Edición Mexicana, 2002. - Proyecto Ley para la Protección y el Bienestar de los Animales de Experimentación. Junta Directiva SCCAL 2001. - J. Nab. *Experience and application of the ethic comité in biomedical research in different european countries*, III Congreso Nacional de la Sociedad española para las Ciencias del Animal de Laboratorio. Libro de Resúmenes, Ed. Centro de Instrumentación Científica, 1994, pp. 31-34. - R. Peña, *Curso de animales de experimentación para médicos dedicados a la investigación*, III Congreso Nacional de la Sociedad española para las Ciencias del Animal de Laboratorio. Libro de Resúmenes, Ed. Centro de Instrumentación Científica, 1994, pp. 262. - *Recomendaciones para la eutanasia*, 1999, última versión <http://www.secal.es/euta2.htm>

Investigación médica básica

Alina Alerm González (Cuba) - *Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana*

Investigación médica básica. Se entiende por investigaciones médicas básicas aquellas que poseen como objeto de estudio particularidades de las estructuras, el funcionamiento y los comportamientos del organismo de los humanos y sus alteraciones, y están encaminadas a obtener conocimientos, pero no a producir metodologías, tecnologías, ni a intervenir directamente en el hombre. Constituyen una de

las clasificaciones de la ciencia. La ciencia es una forma de la conciencia social, un estilo de pensamiento y de acción en la que tenemos que distinguir entre el “trabajo, la investigación, y su producto final: el conocimiento” (Bunge, 1966). La investigación como trabajo con el que se obtiene un producto intelectual está determinada por la estructura económico-social en la que se desarrolla, recibe la influencia de otras formas de la conciencia social y de lo que ella misma ha creado, pues posee entre sus características esenciales un sistema autocorrector. Sin embargo, en la actualidad persisten debates entre quienes la consideran totalmente desinteresada, imparcial, sin que obedezca a presiones externas o al margen de compromisos ideológicos y morales, y los que consideramos que forma parte de una concepción del mundo predominante, que obedece a una ideología, se ajusta a la moralidad de una época y está sometida a una actividad valorativa general en relación con su jerarquización o su uso. La manera de entender la credibilidad de la búsqueda y validación de la verdad ha cambiado de un contexto individual de los investigadores a una exigencia de validación a través del consenso de la intersubjetividad de la comunidad científica. La investigación y sus resultados se hacen creíbles y respetables una vez conocidos, declarados válidos y aprobados por la comunidad científica y por el grupo sociocultural en la que se difundirán y aplicarán (Bacallao, 2002). La ciencia, como manifestación del quehacer humano, al ser valorada por la sociedad como un bien o mal proceder, adquiere una connotación ética. Esta actividad es compleja por sus objetos de estudio, métodos, objetivos y alcances. Se le denomina *ciencia formal* si su objeto de estudio son aspectos del conocimiento que no se encuentran en la realidad, estudian ideas, sus interrelaciones y ordenamiento y la forma en que el hombre la procesa en su actividad psíquica; y *ciencia factual* si estudia hechos que ocurren en el mundo, acuden a esa realidad y apelan a la experiencia para realizar investigaciones. Por sus objetivos y alcance se denomina “pura” cuando tiene como objetivo incrementar el conocimiento o aumentar nuestro bienestar y poder; y “aplicada” si tiene como objetivo la aplicación práctica de los resultados obtenidos con los mismos métodos de la ciencia “pura”. Tiene valoración diferente en cuanto a los buenos proceder que debe caracterizarla, y en cuanto a las consideraciones éticas a las que la somete la comunidad científica y la sociedad. En la investigación “pura”, básica o fundamental, los investigadores buscan nuevas leyes naturales, tratan de entender mejor el mundo y su evolución. Las investigaciones médicas básicas se encaminan a enriquecer o modificar el cuerpo de teorías y leyes científicas

acerca del organismo, pero, por ser creaciones humanas con repercusiones en las personas, en la naturaleza y en la sociedad, forman parte del interés social y deben ser valoradas socialmente como bien o mal proceder.

Requerimientos éticos de las investigaciones médicas básicas. Para Lolás (2000), estas investigaciones poseen como únicos requerimientos éticos los relacionados con la validez de los resultados, la propiedad e idoneidad de los métodos e instrumentos empleados, la exactitud de las mediciones, el ajuste a la estricta verdad sin falsificación deliberada de los datos, sin adulteración de registros u omisión de fuentes de información, la apropiación indebida del trabajo o de resultados de otros investigadores, el uso inadecuado y abuso de animales de experimentación o incluso de los seres humanos. Pero esta forma de ver el compromiso ético obvia problemas de legitimidad derivados del hecho que la ciencia, sea cual fuere su objetivo y alcance, puede tener en un plazo de tiempo impredecible aplicaciones indebidas de sus resultados, subordinarse al poder económico, político o militar de las minorías en contra de las mayorías desposeídas, sin olvidar los efectos sobre el ecosistema o la enajenación mental que pondría en crisis la posibilidad de subsistencia de los seres humanos del futuro. Las investigaciones médicas básicas deben someterse a un control ético con participación social, que analice las posibles consecuencias basado en un pronóstico a largo plazo. No faltarán dilemas éticos alrededor de conflictos de intereses entre las motivaciones de los investigadores, las necesidades de la sociedad, la disponibilidad de recursos, las presiones de las instituciones donde se realizan, de los grupos de poder que sustentan a las transnacionales y la posibilidad de distribuir equitativamente las aplicaciones beneficiosas que se derivarían a largo o mediano plazos. Los temas más investigados son los que afectan a sectores con mejor nivel de vida, en detrimento de las enfermedades de países pobres con elevadas morbilidad y mortalidad. Se estima que 90% del presupuesto anual mundial para las investigaciones médicas se dedica a enfermedades que afectan al 10% de la población (Commission on Health Research for Development, 1999). Esta dimensión ética, relacionada con la selección de los problemas para las investigaciones básicas, requiere consenso dentro de la comunidad científica, con participación social, para equilibrar las investigaciones sin coartar la iniciativa creadora de los científicos, afectar su autonomía, ni lesionar su curiosidad natural. La curiosidad intelectual es la fuente de la mayoría de los conocimientos científicos y, según Bunge, “el hombre es el único ser problematizador, el único que puede sentir la necesidad y el gusto de añadir

dificultades a las que ya le plantea el medio natural y el social y que tiene la capacidad de 'percibir novedad' y 'ver' nuevos problemas e inventarlos", (Bunge, 1966). Pero el conocimiento por el conocimiento no se justifica, y para otorgar fondos limitados, la justificación y propósitos de la investigación deberán responder a problemas de alta prioridad para las mayorías o, al menos, un grupo social necesitado. Cuando las desigualdades sociales se incrementan en países con economías de mercado, la evolución del modo de pensar en la ética de la investigación se mueve de acuerdo con los modos históricos de interacción entre países desarrollados y los que eufemísticamente están en vías de desarrollo (Penchaszadeh, 2002), porque estos estudian problemas del primer mundo y los que tienen continúan sin prioridad. Consorcios que evaden impuestos crean fundaciones que financian investigaciones sobre temas prefijados, importantes para el país que paga, pero no para el del investigador. La reducción de los presupuestos para la investigación en universidades lo favorece, pues para sobrevivir como academia venden su fuerza "intelectual" a poderosos financistas interesados en temas muchas veces ajenos a las necesidades de las mayorías. La ciencia concomita con problemas de desigualdad social, donde el impacto a largo plazo de los resultados de los descubrimientos científicos no se distribuye igualmente, porque la aplicación del progreso y la justicia distributiva de los bienes y los derechos depende de la estructura económica y social. Las iniquidades en salud no pueden desvincularse de las investigaciones médicas básicas, porque estas dan soporte teórico para la prevención de enfermedades, y muchos diagnósticos y tratamientos se basan en resultados que se obtuvieron en investigaciones básicas.

Los fines, las consecuencias, las circunstancias. El juicio moral, favorable o no para las investigaciones médicas básicas, dependerá de que se distinga entre fines objetivos y subjetivos, que son los propósitos. Cada vez más aceleradamente, los conocimientos obtenidos en investigaciones básicas son marco conceptual de investigaciones aplicadas que pueden incumplir principios éticos porque atentan contra la salud y la integridad de las personas, inducen conductas eugenésicas y discriminatorias, y violen el principio de la justicia, lo que obliga a establecer normas. Pero deben meditar las bases para un compromiso ético entre los científicos en previsión de esas consecuencias, y tener en cuenta –según apunta Gracia (1998)– que con un sistema de principios, sea el que fuere, no se pueden solucionar a priori todos los problemas morales. Las circunstancias aportan un toque particular al debate ético en relación con los fines y las consecuencias, pues cualquier enfoque, por

ser producto de juicios valorativos de seres humanos, está sujeto a cambios que dependen de las ideas que predominan en sus instituciones, en el contexto de su sociedad y de su cultura y, a su vez, dependen del carácter intrínseco de cada sociedad, determinado por las relaciones de propiedad y por el sistema jurídico. La rigidez de los principios morales se rompe en ocasiones frente a la fuerza de la realidad (Gracia, 1998), pero las justificaciones de excepciones basadas en las circunstancias podrían abrir brechas para revestir de moralidad consecuencias de investigaciones básicas que a todas luces no son éticas, aunque se intente ampararlas desde otro principio de rango superior. Por tanto, la humanidad deberá exigir que sean sometidas a debate por la sociedad, participando la comunidad científica e incluso organizaciones multinacionales, pero con criterio propio y no manipuladas por grupos de poder de naciones que mantienen la hegemonía mundial.

Los métodos y procedimientos. Un enfoque poco convencional al tratar aspectos éticos de las tecnologías empleadas en las investigaciones básicas es el relacionado con limitaciones para elegir las originadas en países industrializados, que están fuera del alcance de los más pobres por su elevado costo, además de existir monopolización del desarrollo científico-técnico por un reducido número de países y corporaciones transnacionales. Las barreras que obstaculizan la elección y el acceso a los procedimientos pertinentes para las investigaciones médicas básicas, lejos de disminuir han aumentado, lo cual cierra las oportunidades de lograr investigaciones de avanzada en los países del tercer mundo (Choucri, 1998). Añádanse las graves lagunas tecnológicas de los países pobres, que no tienen capacidad para el desarrollo de esas investigaciones porque carecen de investigadores calificados. Los que logran alcanzar un desempeño destacado, emigran hacia países industrializados donde encuentran un mercado laboral que les permite alcanzar desarrollo profesional y bienestar material. Junto al debate de si las técnicas son éticamente permisivas para usarlas en investigaciones médicas básicas, ya que pueden causar perjuicio a los individuos objeto de la investigación o a los investigadores, la pertinencia de los métodos, la exactitud de las mediciones, la excelencia en la ejecución de procedimientos y otros elementos inherentes a su aplicación y ejecución, deberán analizarse los conflictos globales de las desigualdades de acceso a las tecnologías, que atentan contra el desarrollo equilibrado de la ciencia en el mundo. Las tecnologías de última generación y ciertos procedimientos no han sido aún validadas por el tiempo, importante comprobador de inocuidades o de efectos dañinos a largo plazo, para valorar si un proceder cumple los

Investigación en salud

requisitos éticos para emplearlo. Afirmar que “se cumplieron los requerimientos del consentimiento informado” para incorporar seres humanos a las investigaciones médicas básicas no legitima el sufrimiento ni el perjuicio a la salud. El debate en torno al consentimiento informado es largo y no es objeto de este acápite, pero el aporte de Núñez de Villavicencio (1997), cuando se refiere a que el consentimiento debe ser educado, porque “no siempre basta con informar al sujeto para que esté debidamente preparado para tomar decisiones, porque educar es mucho más que informar”, es crucial en investigaciones básicas donde estén implicados seres humanos.

Consideraciones finales. Cuando se habla sobre desarrollo humano y su influencia en la investigación, se alude generalmente a sus resultados en términos eufemísticos de beneficencia, sin considerar que los problemas éticos fundamentales se encuentran en la existencia o ausencia de justicia mediante la distribución equitativa de la beneficencia, porque el desarrollo humano no alcanza el verdadero valor moral positivo que se le puede atribuir hasta que no responda a criterios de justicia y de intereses de las mayorías, de contexto y situaciones específicas. Los problemas de justicia en relación con la distribución de los resultados de las investigaciones médicas básicas, aunque sean a largo plazo, tendrían que ocupar un lugar destacado en la identificación de nuevos dilemas éticos, así como entre los problemas sobre los que podría investigar la bioética, porque en el mundo actual, en lo que se refiere a salud humana, lo que resultaría “no ético” sería invertir tiempo y recursos en obtener conocimientos que no aportarían, al menos a largo plazo, aplicaciones que permitirían solucionar los grandes problemas sanitarios de la humanidad, y tener la certeza de que fuesen distribuidos con equidad en todos los conglomerados humanos.

Referencias

Mario Bunge. *La investigación científica. Su estrategia y su filosofía*, Barcelona, Ediciones Ariel, 1966. - Jorge Bacallao. “Neutralidad y compromiso: la presencia de la dimensión ética en el trabajo científico”, en José Acosta Sariego (ed.), *Bioética para la sustentabilidad*, La Habana, Centro Félix Varela-Publicaciones Acuario, 2002. - Fernando Lolas. “Ética de la investigación biomédica: aspectos, perspectivas, contextos”, en *Bioética y antropología médica*, Santiago de Chile, Publicaciones Técnicas Mediterráneo, 2000. - Commission on Health Research for Development. *Health Research: Essential Link to Equity in Development*, Oxford, Oxford University Press 1999. - Víctor Penchaszadeh. “Ética de las investigaciones biomédicas en un mundo globalizado”, en José Acosta Sariego (ed.), *Bioética para la sustentabilidad*, La Habana, Centro Félix Varela-Publicaciones Acuario, 2002. - Diego Gracia. *Fundamentación y enseñanza de la bioética*, Bogotá,

Editorial El Búho, 1998. - N. Choucri. “Red de conocimientos para un ‘salto tecnológico’”. *Cooperación Sur*, N° 2, New York, PNUD, 1998. - Fernando Núñez de Villavicencio. “Bioética: el médico, un educador”, en *Bioética desde una perspectiva cubana*, José Acosta Sariego (ed.), La Habana, Centro Félix Varela, 1997.

Ensayo clínico

Virginia Rodríguez Funes (El Salvador) -
Comité Nacional de Ética de Investigación
Clínica

El término ‘ensayo clínico’ es a menudo utilizado en forma indistinta del término ‘estudio clínico’. El término estudio clínico es más amplio, y comprende la investigación orientada hacia el paciente, los estudios epidemiológicos y del comportamiento y también los estudios de evolución y de servicios de salud. El ensayo clínico es parte del subgrupo de los estudios clínicos orientados hacia el paciente. De ese modo, el ensayo clínico puede ser definido como un estudio de investigación en el área biomédica, de tipo prospectivo, con sujetos humanos, o un estudio del comportamiento, que está diseñado para responder preguntas específicas acerca de intervenciones biomédicas o del comportamiento (medicamentos, tratamientos, aparatos). Los ensayos clínicos son usados para determinar si una intervención biomédica nueva o intervención del comportamiento es segura, eficaz y efectiva. La investigación con sujetos humanos que involucra una intervención que modifica el comportamiento (dieta, actividad física, terapia cognitiva, etc.) se ajusta a esta definición de ensayo clínico. El ensayo clínico es un estudio de investigación que se desarrolla con el fin de encontrar una forma nueva o una forma distinta de las ya existentes para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad o condición. Puede ser desarrollado por médicos o investigadores. Su forma más conocida es la que se aplica a las investigaciones en el proceso del desarrollo de un medicamento. Los ensayos clínicos pueden proceder a través de cuatro fases clínicas, una vez concluida la etapa preclínica o básica de laboratorio. La fase del ensayo clínico es un reflejo del estado actual del desarrollo científico de lo que se está probando.

Ensayos Fase I. Son los estudios que prueban una intervención biomédica en personas por primera vez. Se realiza usualmente en un grupo pequeño de personas (20 a 80), que pueden ser voluntarios sanos. El iniciar un estudio fase I significa que hay suficiente experiencia en animales o en fase preclínica que sugiera que la intervención puede ser una superación de la forma existente de diagnosticar, tratar, curar o prevenir una condición particular o enfermedad. Sus objetivos finales son seguridad y toxicidad. En ellos se evalúa la farmacocinética y

la farmacodinamia de los medicamentos (por ejemplo, determina el rango de dosis segura o identifica efectos adversos). Son estudios abiertos, usualmente con solo un cegamiento: el del sujeto participante. Tienen mucho control de los sujetos; en la historia de la investigación clínica mundial, se han reportado solo dos casos de fallecimientos de sujetos sanos hasta la fecha, contando desde mediados de los años de 1970.

Ensayos Fase II. En estos estudios los objetivos primarios son aumentar los datos de eficacia y continuar identificando efectos adversos; su objetivo principal es la obtención de la dosis máxima tolerada. Siempre se desarrollan en un grupo pequeño de sujetos, aunque en mayor número que los estudios fase I. En esta fase se empiezan a incluir pacientes o población de pacientes seleccionados. Pueden utilizar diseños transversales o longitudinales. También se observa asignación aleatoria. Pueden también ser diseñados con grupos paralelos o de tipo cruzado. El número de participantes puede ser de cien a trescientos.

Ensayos Fase III. Estos estudios involucran gran número de sujetos (cientos o miles) que sufren la condición que se intenta tratar. En esta fase puede haber subgrupos y se trata de incluir personas de distintas etnias. A menudo son estudios multicéntricos, multinacionales. Su objetivo primario final es la *eficacia*. En general tienen un diseño riguroso. El estándar son los estudios aleatorios, con grupo control, con doble ciego; cuando es éticamente posible, versus placebo o versus el mejor medicamento parámetro de comparación. Pueden comparar dos o más tratamientos existentes. El objetivo de estas investigaciones es proveer evidencia que lleve a una base científica para considerar cambios en políticas de salud o en estándares de cuidado. Es la última fase del desarrollo de un medicamento o un aparato para solicitar su inclusión o autorización en el mercado por las autoridades correspondientes. La definición incluye intervenciones farmacológicas, no farmacológicas e intervenciones del comportamiento para prevención de una enfermedad, profilaxis, diagnóstica y terapéutica. Los estudios hechos en la comunidad y otras intervenciones basadas en la población también están incluidos. A pesar de que el uso del grupo placebo da mayor base científica a un ensayo clínico, cuando ya existe una terapéutica establecida para el manejo de la condición involucrada no debe usarse placebo, sino el tratamiento estándar. Un ejemplo impactante y reciente en la historia de la medicina fue el caso del estudio PETRA en mujeres embarazadas. Este ejemplo tiene muchas controversias éticas y una de las más importantes es la discusión en el uso o no de un grupo placebo. Estos estudios fueron realizados a mediados de

los años de 1990 por universidades estadounidenses de prestigio, apoyadas por el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos (NIH) en poblaciones del África subsahariana y en Tailandia, para ver el efecto del uso de antiretrovirales en las mujeres embarazadas portadoras de VIH y su transmisión vertical al bebé. Ya se había aprobado para entonces, según el protocolo ACTG-076, el uso de la zidovudina (AZT) como medicamento eficaz para disminuir la transmisión vertical del virus de VIH de la madre al bebé. La intención del grupo investigador era encontrar formas más “baratas” de usar el AZT para países en desarrollo, que no tenían la capacidad de costearse el medicamento. La intención parecía ser muy altruista, pero en la investigación se utilizaron dosis reducidas de AZT, y tiempos igualmente reducidos de tratamiento en comparación a los establecidos en el protocolo ACTG-076. Y hubo nueve estudios patrocinados por los NIH, entre ellos uno en Tailandia, en el cual se probó el AZT versus placebo. La justificación fue que igualmente la población en estudio no tenía acceso al medicamento. En casos como el mencionado, es obligación del patrocinador proporcionar el medicamento para el grupo control.

Ensayos Fase IV. Estos son conocidos también como estudios posmercadeo, ya que se realizan después que el medicamento, la terapéutica o el aparato ya se encuentran en el mercado o ya están autorizados para su uso clínico. Están diseñados para vigilar la efectividad de la intervención aprobada en la población general y para coleccionar información acerca de efectos adversos asociados a su uso diseminado. Este tipo de estudios puede, a veces, ubicar a los investigadores en una encrucijada ética, ya que algunos pueden tener verdaderos propósitos científicos, que realmente llevarían a un avance científico, y otros un simple propósito de mejora comercial (denominados “estudios siembra”). A pesar de que estos estudios podrían ser de bajo riesgo para los pacientes, no deberían llevarse a cabo con dichos fines. Como ejemplo de “estudios siembra” tenemos el caso de los nuevos antibióticos, de alto costo, que entran al mercado por ser eficaces, pero con características similares referentes al espectro de acción antimicrobiana de algunos ya existentes o, peor aún, con espectros más limitados, no superiores, y sin ninguna indicación terapéutica clara especial que supere a los otros antibióticos ya en uso clínico. Estos nuevos antibióticos, por esa misma característica de no ser una “mejor” opción de uso, tienen dificultades para introducirlos en la práctica clínica diaria y, por consiguiente, en el consumo cotidiano. Debido a ello se desarrollan estudios “clave”, como “tratamiento en neumonías nosocomiales en unidad de cuidados intensivos”, o “manejo del pie diabético”, etc., no con el fin de obtener un nuevo

avance científico, sino para promocionarlos, para introducir la idea en el clínico de cuáles pueden ser opciones de uso del antibiótico en la práctica diaria, y ponerlos “de moda”. No obstante que son antibióticos ya introducidos en el mercado, que son eficaces, seguros, que no ponen en gran riesgo a los pacientes en que se usan, la verdadera intención del desarrollo de estudios con estos medicamentos es la promoción o el darlos a conocer.

Referencias

Evans Derenzo, J. Moss. *Writing clinical research protocols. Ethical considerations*, Elsevier, 2006. - Bert Spilker. *Guide to clinical trials*, Lippincot Raven, 1996.

Investigaciones científicas en niños

Joaquim Antônio César Mota (Brasil) -
Universidade Federal de Minas Gerais

Normas éticas. ¿Cuáles son los límites éticos de la utilización de niños en investigaciones? ¿Cuánto poder tienen los padres y responsables en la decisión de permitir que sus hijos sean voluntarios en investigaciones? ¿Deben participar los niños de esas decisiones? ¿De qué manera? Todas las directrices nacionales e internacionales, como la Declaración de Helsinki, referentes a las investigaciones con seres humanos son aplicables a las que involucran niños. Esas investigaciones, necesarias e importantes por las especificidades que los niños presentan en su desarrollo y crecimiento, contribuyen a su bienestar y su salud. Sin embargo, solo pueden ser realizadas cuando no fuera posible hacerlas en adultos y cuando los beneficien directamente o impliquen apenas riesgos mínimos para su salud física y mental. Riesgos mínimos son, por ejemplo, recolección de muestras de orina, materia fecal o secreciones corporales y sangre, en situaciones especiales, respuestas a cuestionarios, observaciones de comportamiento, medidas antropométricas y de señales vitales. Debe obtenerse el consentimiento de los padres, dentro de las normas establecidas; en el caso de los mayores de siete años, su consentimiento, sin el cual la pesquisa no puede ser realizada (Royal College, 2000). El consentimiento debe ser libre y dado por persona competente y después de pleno esclarecimiento, incluidos los riesgos de la investigación. La mayoría de los padres no entiende lo que se hace con sus hijos en las investigaciones. Consideran el consentimiento innecesario pues confían en el médico; no consideran el poder poner término al consentimiento como una protección para sus hijos, sino como algo burocrático, y no saben que tienen el derecho de retirar sus hijos de la investigación. Los padres que consenten en la utilización de sus hijos en pesquisas clínicas

tienden a ser personas en desventaja y más vulnerables socialmente –menos instruidos, con empleos menos calificados y con menor soporte social–, lo que implica barreras importantes para que los padres comprendan el término consentimiento (Harth & Thong, 1995).

Historia de las investigaciones en niños. Los niños, hasta muy recientemente, tenían una relativa invisibilidad social. En el siglo XVIII, cuando se difundieron los experimentos utilizando seres humanos, los hijos y los empleados de los médicos eran las cobayas más utilizadas. En aquel siglo, varios estudios sobre el sarampión y la viruela –incluso el de Jenner– fueron realizados utilizando niños. Pasteur, en 1885, inoculó la vacuna antirrábica en un niño de ocho años que había sido atacado por un perro rabioso. Como el niño se mantuvo sano, para comprobar la eficacia de la vacuna, Pasteur inoculó en el pequeño Joseph la cepa más virulenta del virus de la rabia (Clendening, 1960). A fines del siglo XIX e inicio del siglo XX, dos tendencias se contraponían. La primera era el reconocimiento del valor económico y social del niño; la otra, la necesidad de protegerlo. La mirada de la medicina sobre los niños ha llevado a un número creciente de investigaciones en que ellos eran utilizados. Además, como todavía no eran reconocidos como ciudadanos, los niños, en especial de las clases sociales más desfavorecidas, no eran mercedores de los derechos de ciudadanía. Su utilización en los experimentos seguía su curso sin que se les respetara cualquier derecho. Tentativas de producir enfermedades, como sarampión y escarlatina, eran realizadas con fines de investigación. Hubo quienes llegaron a invocar que era más barato utilizar niños abandonados que animales en investigaciones. Ese aumento en la utilización de niños en investigaciones en la primera parte del siglo XX ocurrió con poco control sobre la seguridad y eficacia de estas. No había referencia al permiso de los padres para esos estudios, ni cuestionamientos a su moralidad. Niños abandonados y de orfanatos eran comúnmente las “cobayas”. Esto no es sorprendente, pues la American Society for Prevention of Cruelty to Animals fue creada en 1865, diez años antes de la fundación de una asociación similar de protección al niño, que solamente fue creada después de un rumoroso caso judicial en el que, por falta de normas de protección a la infancia para proteger a un niño de maltratos, fueron invocadas aquellas establecidas por la sociedad de protección a los animales. En este contexto, el uso de niños en pesquisas no causaba espanto o indignación. Fue experimentando en sus hijas y otros niños que Albert Sabin, en la década de 1950, comprobó la eficacia de la vacuna oral contra la poliomielitis. En 1954, para probar la eficacia de la vacuna Salk, 200.745 niños norteamericanos

recibieron tres dosis de esa vacuna y otros 201.229 niños recibieron tres inyecciones de placebo, sin que sus padres lo supieran –pensaban que ellos estaban recibiendo la vacuna (Salk, 1956). De 1956 a 1970, Krugman y colaboradores, en sus experimentos en la Willowbrook *State School*, una escuela para niños con retardo mental en Staten Island, New York, contaminaron intencionalmente miles de ellos con el virus de la hepatitis infecciosa (Krugman & Ward, 1958). Estos ejemplos, que no son singulares, ilustran la dificultad en establecer límites éticos en las pesquisas que involucran a los niños.

La protección jurídica y moral del niño. Los niños son un grupo heterogéneo en derechos y deberes. Hay diferencias en cuanto a la edad y características sociales, económicas, raciales, étnicas y religiosas. Algunos grupos de niños son más vulnerables a sufrir agresiones y recibir menos beneficios, incluso en los ensayos clínicos. Cooke (1994) los clasifica en dos grupos no excluyentes, considerando si los factores determinantes de esa vulnerabilidad son intrínsecos –inherentes al mismo niño– o extrínsecos –Los extrínsecos son la ausencia de uno de los padres, la separación de los padres, padres con historia de haber sufrido abusos cuando niños, padres con disturbios mentales, ambientes pobres, oiales, culturales o ambientales–, miseria y analfabetismo familiar, falta de vivienda adecuada, pertenecer a una minoría étnica o ser hijo de padres emigrantes. Los factores intrínsecos incluyen las deficiencias cognitivas, la inestabilidad emocional, las deficiencias físicas y las enfermedades graves, principalmente las incurables. La presencia de uno o más de esos factores, intrínsecos o extrínsecos, hace más compleja, éticamente, la utilización de esos niños en experimentos. Las directrices determinan que los niños involucrados en experimentos deben representar una fracción poblacional de todos sus segmentos, y no debe haber prevalencia de niños de grupos socioeconómicos, raciales o étnicos, cuando ese tipo de selección no sea necesario para la experimentación. Sin embargo, lo que se observa es la utilización ampliamente mayoritaria de niños hospitalizados y pobres en los experimentos, contrariando lo preconizado por las normas éticas. Cuantos más factores de vulnerabilidad posea un niño, más posibilidades tiene de ser utilizado en investigación. Otra cuestión son las investigaciones realizadas por investigadores de los países ricos –donde hay restricciones éticas más rigurosas– en regiones pobres, donde hay menor rigor ético y legal para investigar. En esos casos, los comités de ética son más complacientes, los derechos relacionados a la ciudadanía menos respetados y, en consecuencia, hay mayores facilidades para investigar y los costos son menores.

Investigaciones que utilizan niños y son éticamente bien hechas son esenciales para mejorar la calidad de vida de ellos. El proceso de consentimiento esclarecido tiene tres componentes: información, capacidad de decisión y libertad de decisión, pero los padres que autorizan la utilización de sus hijos en pesquisas tienen menos educación formal y comprenden menos el proceso de obtención del consentimiento. Eso impide que haya un filtro social en el reclutamiento de niños para ensayos clínicos. El acceso a servicios de salud de calidad, solamente posible cuando participan de ensayos clínicos, agrava ese filtro social. ¿Cómo balancear la protección del niño como individuo –que no debe volverse una cobaya– y la protección de los niños como un grupo social –que no deben estar ausentes de las investigaciones ni privados de sus beneficios? Las investigaciones que utilizan niños son necesarias porque hay problemas específicos de la infancia. Además de su asentimiento, es necesario el consentimiento de los padres que, por varios motivos, no siempre defienden los mejores intereses del niño. Además, en poblaciones privadas de derechos, el acuerdo en someter a sus hijos a ensayos clínicos frecuentemente está motivado por la búsqueda de atención médica y por la falta de entendimiento pleno de lo que sea investigación. Los niños de América Latina, vulnerables por ser niños, por ser pobres y por ser de países periféricos, necesitan más protección que normas para evitar que su utilización de forma no ética en investigaciones de interés de los financiadores y los investigadores de los países desarrollados agrave las injusticias y su exclusión social.

Referencias

- L. Clendening. *Source book of medical history*. New York, Dover Publications Inc., 1960. - R. E. Cooke. "Vulnerable children", en M. A. Grodin & L. H. Glantz. *Children as research subjects. Science, ethics & law*. New York/Oxford, Oxford University Press, 1994. - S. C. Harth & Y. H. Thong. "Parental perceptions and attitudes about informed consent in clinical research involving children", *Soc. Sci. Med* 40, junio 1995; 1573-1577. - S. Krugman & R. Ward. "Clinical and experimental studies of infectious hepatitis", *Pediatrics* 1958, 22:1016-1022. - Royal College of Paediatrics and Child Health: Ethics Advisory Committee. "Guidelines for the ethical conduct of medical research involving children", *Arch Dis Child* 2000; 82: 177-183. - J. E. Salk. "Poliomyelitis vaccine in the Fall of 1955", *Am. J. Publ. Health*, 1956, 46:1-14.

Investigación participativa

Luis Justo (Argentina) - *Universidad Nacional de Comahue*

Los derechos humanos como marco conceptual. Incorporar al investigado a la investigación no como objeto de estudio, sino como participe de la

misma, pone de manifiesto su dimensión moral, ya que el ciudadano debe ser incorporado al proceso de investigación porque tiene derecho a participar en él y no sólo por las razones instrumentales basadas en la eficacia, habitualmente esgrimidas. En este sentido nos encuadramos en el marco conceptual proveniente de la teoría de los derechos humanos siguiendo a Nino en *Ética y derechos humanos*: “Los derechos humanos son uno de los más grandes inventos de nuestra civilización” ya que son el modo de neutralizar las concepciones ideológicas que avalan la instrumentalización del hombre por el hombre. La formación de una conciencia moral universal del reconocimiento de los Derechos Humanos supone determinar cuáles son los derechos que deben ser reconocidos y qué alcance debe dárseles. Si bien parece inicialmente obvio que los Derechos Humanos son derechos jurídicos, cuando es necesario cuestionar leyes, instituciones o prácticas instituidas, los Derechos Humanos que reconoce el derecho positivo son un reconocimiento de derechos previos a esta recepción jurídica. Dice Nino: “Se reclama el respeto de los derechos humanos aun frente a sistemas que no los reconocen y precisamente porque no los reconocen”. Si bien la consagración de los Derechos Humanos en el derecho positivo es muy importante en la medida en que provee de herramientas necesarias para neutralizar su violación, su ausencia no exime de responsabilidad moral al violador. Desde la perspectiva tradicional, los derechos son posesiones del individuo con anterioridad a su dimensión social, pero esto es cuestionado a partir de reconocer que un derecho es una relación y una práctica social, y supone la conexión entre individuos. Desde esta perspectiva, la figura de J. Habermas puede ser paradigmática, pues considera que entender al derecho como subjetivo resulta adecuado para aquellas sociedades en las que el sistema económico es preponderante y en las que, en los ámbitos éticos en que se deciden las acciones, priman los sujetos individuales orientados por el propio éxito. Pero el derecho no puede reducirse a cumplir estos requisitos funcionales, sino que tiene que servir para la integración social que se efectúa en el entendimiento intersubjetivo de agentes que actúan comunicativamente. La producción de normas supone, en la democracia, procedimientos que confrontan a los participantes con necesidades normativas conducentes al bien común, para lo que resulta imprescindible el entendimiento entre los ciudadanos en relación con las reglas para su convivencia, que otorga legitimidad al procedimiento democrático. Dado que la relación entre las libertades subjetivo-privadas y la soberanía popular resulta problemática, Habermas intenta resolver el conflicto sobre la base del concepto discursivo del derecho

pensando los derechos como fundados en la intersubjetividad y la legislación como autolegislación discursivamente constituida. Desde esta perspectiva, los Derechos Humanos, en lugar de ser pensados exclusivamente como la autodefensa del individuo frente a la violación de los derechos por los Estados, pueden ser considerados como un marco regulativo que aporta razones para la discusión de las garantías, derechos y responsabilidades que tenemos unos con otros. Una propuesta de esta índole sólo puede surgir en el marco de una democracia deliberativa donde las decisiones se toman sobre la base de la discusión pública y en la que las normas consensuadas no se apoyan en la aceptación de la mayoría de los implicados, sino en la libre aceptación de todos los implicados. Desde una perspectiva democrática deliberativa para la inclusión de los investigados en una investigación, los elementos que se tienen en cuenta son cómo afecta esa investigación a todos los implicados, la pertinencia de tal investigación en relación con las necesidades de la comunidad, la garantía del respeto de los derechos de cada individuo real y potencial al que tal investigación puede afectar y la participación de los miembros de la comunidad en las deliberaciones que permitan llegar a consensos acerca de lo que es bueno para el individuo y para el bien común. Esta perspectiva supone una concepción del agente como miembro activo de la comunidad, como un ciudadano que genera opiniones y toma decisiones, y no como un mero consumidor de bienes y servicios.

Concepciones sobre la participación. Los ciudadanos, habilitados como agentes por derecho propio, deben ser integrantes plenos del equipo de investigación desde el momento de fijar los objetivos de la misma, incluidas las fases de diseño, implementación y difusión, y participar en los organismos de control ético. En los últimos diez años comienzan a manifestarse consistentemente en los países dominantes posturas vinculadas a los derechos ciudadanos, en las que se exige participación en la totalidad del proceso, desde la fijación de objetivos, diseño, etc., hasta la publicación y difusión de resultados. Este proceso se plantea desde el área de las ciencias sociales, con cuestionamientos que van desde lo epistemológico hasta lo político, y su penetración en el área de la investigación farmacológica es aún escasa. Estas formas de participación, recientemente planteadas en Europa y Estados Unidos, reconocen un antecedente significativo en la metodología de investigación-acción formulada en la década de los años sesenta en América Latina. La investigación participativa o investigación-acción en América Latina reconoce como antecedente fundacional la propuesta del brasileño

Paulo Freire. El rasgo definitorio de esta postura es el intento de unificar la reflexión teórica con la praxis, tendiente a obtener una transformación social liberadora. En Freire podemos leer al respecto: “*La metodología que defendemos exige, por esto mismo, que en el influjo de la investigación se hagan ambos sujetos de la misma, tanto los investigadores como los hombres del pueblo que, aparentemente serían su objeto*”; “*la investigación... tiene además esta dimensión fundamental... la presencia crítica de los representantes del pueblo desde su comienzo hasta su fase final, la del análisis de la temática encontrada, que se prolonga en la organización del contenido programático de la acción educativa, como acción cultural liberadora*”. Posteriormente, en los años setenta y ochenta se desarrollaron en América Latina diversas experiencias de investigación-acción cuyas temáticas giraban en torno a la definición y solución de distintos problemas que padecían los sectores marginados, configurándose no solo como un método de investigación, sino como una opción política, como lo plantea Lima Santos: “... *la investigación-acción desde esta perspectiva, supone una opción política y no se explica sin ella. Y no debe entenderse esta opción ligada solamente a la ética (también lo es), sino como un presupuesto central a la teoría del conocimiento, como una condición de la producción científica en el estudio de la realidad social, que es históricamente determinada, dinámica y cambiante, exigiendo de sus ‘explicadores’ participar en el movimiento, y de los agentes del movimiento participar en la producción de los conocimientos*”. Resulta indispensable tener en cuenta estos factores a la hora de optar por la investigación-acción como metodología en temas relacionados con la salud. Existe una rica tradición de experiencias en este sentido, aunque han estado más vinculadas con la salud pública y lo epidemiológico que con los estudios farmacológicos. La experiencia desarrollada hasta ahora en el campo de los ensayos clínicos con medicamentos no es extensa, y más allá de la previsible resistencia que los mecanismos participativos despiertan en los investigadores, muchos de los que la han puesto en práctica informan sobre su entusiasmo, aunque solicitando guías sobre las formas de implementarlas. Asimismo, es posible concebir a la investigación participativa como una forma significativa de prevenir o disminuir la explotación de las poblaciones vulnerables en investigación. La investigación participativa supone una transferencia de poder, pero ¿cómo pensar en transferencias de poder hacia los integrantes de equipos de investigación desvinculada de la concentración de poder que se incrementa cada vez más en el nivel social? ¿Como plantear la investigación participativa en una América Latina atravesada por la injusticia? ¿Qué

interés común puede haber entre la industria farmacéutica, uno de los exponentes más destacados del proceso de concentración-fusión capitalista transnacional, y los ciudadanos latinoamericanos? Los resultados del proceso de concentración capitalista en América Latina, al tiempo que excluyen a la mayoría de los ciudadanos, no son compatibles con la transferencia de poder a los mismos al no existir condiciones sociales que la faciliten. Resulta así problemático plantear la posibilidad del proceso participativo fuera de una simultánea lucha por la liberación latinoamericana a través de la radicalización de los procesos democráticos, que posibilite la determinación de los legítimos intereses populares que guíen la investigación en salud.

Referencias

- P. Freire. *Pedagogía del oprimido*, Buenos Aires, Siglo XXI, 1973. - J. Habermas. *Facticidad y validez*, Madrid, Trotta, 1998. - L. Justo, F. Erazun, J. Villarreal. “La investigación participativa como derecho: ¿Posibilidad o utopía?”, *Perspectivas Metodológicas*, Vol. 4, Nº 4, 73-82, 2004. - L. Justo. “Participatory research: A way to reduce vulnerability”, *American Journal of Bioethics* 4 (3): 18-19, 2004. - L. Lima Santos. “La naturaleza de la investigación-acción”, en L. Lima Santos, *La investigación-acción: una vieja dicotomía*, Lima, Centro Latinoamericano de Trabajos Sociales, 1983. - C. Nino. *Ética y Derechos Humanos*, Buenos Aires, Astrea, 1989.

Sistemas de revisión ética

Claudio Fortes Lorenzo (Brasil) - *Universidad Federal de Bahía*

Concepción teórica y existencia práctica. Los sistemas de revisión ética constituyen un esfuerzo para conceder a los ciudadanos una participación efectiva en la regulación de las actividades sociales de la investigación científica que encierren riesgos para los seres humanos y el medio ambiente. Los sistemas de revisión pueden tener atributos educativos, consultivos, normativos y evaluativos, y son formados por dos planos: el plan predecisional, con el objetivo de orientar las actividades de los grupos de investigación y a los miembros de los comités, a través de la formulación de normas, y el plan decisional, que representa la actuación propiamente dicha de los comités de ética de la investigación acerca de la decisión sobre la aprobación o negación de un proyecto. Los primeros comités institucionales fueron creados en Estados Unidos durante los sesenta y una década después se crearon en Canadá y Europa. Siguiendo la evolución de la investigación biomédica y de las exigencias sociales relacionadas, los comités se expandieron y pasaron a tener composición y atributos más complejos en

las décadas siguientes. Surgieron los comités regionales, nacionales e internacionales. Debido al proceso de globalización de la investigación científica en salud en los últimos años, los sistemas de revisión se encuentran hoy en plena expansión en los países en desarrollo. La concepción teórica y la existencia práctica de estos sistemas pueden ser consideradas el resultado de la conjunción de dos factores. Uno es el carácter filosófico respecto del proceso de modernización de la ética concluido en el siglo XX a partir de la secularización de las teorías morales y de la supremacía del lenguaje sobre el espíritu, como centro de la investigación filosófica. La ética moderna pasó así a tener como característica principal el proceso de argumentación acaecido en espacios públicos de discusión, en oposición al proceso reflexivo individual basado en valores religiosos, metafísicos o culturales, que eran las características de las éticas tradicionales. El otro factor es el carácter sociológico, que se refiere a las transformaciones por las cuales pasaron las ciencias naturales y sus interacciones con las sociedades modernas del mismo siglo. La transformación de la investigación científica de una actividad académica en el siglo XIX a una actividad industrial en el siglo XX, unió definitivamente la tecnología y la ciencia, determinando la supremacía del capital privado sobre el estatal en las inversiones en la investigación. La racionalidad económica que pasa a dirigir la investigación biomédica no tardó en mostrar sus contradicciones. La concurrencia en el desarrollo de nuevas tecnologías en salud y en medicina, la búsqueda de las industrias por el lucro de sus inversiones, la presión sobre los grupos de investigación para garantizar resultados que justifiquen nuevas inversiones, originaron en las décadas de 1960 y 1970, principalmente en Estados Unidos, innumerables casos de desvíos éticos en la realización de estudios con seres humanos. La difusión de estos casos generó grandes presiones sociales que exigían una regulación ética en la investigación no sometida solamente a la conciencia moral de los investigadores o a sus cánones deontológico-profesionales. La creación de los sistemas de revisión procuró, de esta forma, dar respuestas a las reivindicaciones de una sociedad cada vez más crítica con relación a las actividades de investigación, demostrando reconocer que el Estado y el derecho no eran capaces de acompañar los conflictos éticos generados por el avance de las ciencias de la salud, ni de proporcionar una regulación eficaz de las actividades de investigación.

Estructura y funcionamiento de los sistemas de revisión ética de la investigación. El plan predecisional determina, por medio de normas, los límites éticos dentro de los cuales puede tomarse la decisión de aprobar o negar un proyecto de investigación.

Este plan queda a cargo, en general, de comités nacionales e internacionales. Los documentos normativos internacionales tienen el reto de contener normas que acojan un universo de tradiciones, culturas y formas de vida mucho más amplio. Por eso las acciones prescritas por sus normas no pueden ser tan generales que disminuyan la aplicabilidad de las prácticas reales, ni tan específicas que impidan su adecuación a los diversos contextos específicos. Además, solo tiene sentido formular documentos nacionales si el objetivo es exactamente ocupar el espacio normativo dejado en descubierto por los documentos internacionales, siendo más específicas las prescripciones, de acuerdo con las necesidades particulares de protección a las poblaciones locales. *El plan decisional* de actuación de los sistemas es, en cierta medida, aún más importante que el plan predecisional, pues la formulación de normas adecuadas no está implícita en cualquier garantía de protección, si no son aplicadas de forma coherente por los espacios públicos comprometidos directamente con la revisión de los protocolos. Ese plan de acción es ejercido por los comités institucionales; en algunos países, también por los comités regionales y nacionales. Los comités nacionales e internacionales tienen funciones consultivas pero, en compensación, ejercen mayor influencia sobre el poder ejecutivo y legislativo del Estado. Desde el punto de vista de su composición, los comités de ética han evolucionado de una concepción de revisión por pares o por expertos a una concepción de espacio democrático interdisciplinario. Esta evolución está dada por el reconocimiento de que la moralidad de especialistas en ciencias de la salud, de jueces y de filósofos no es superior a la moralidad de los demás ciudadanos. De esta manera, la interdisciplinariedad y la representación del público en los comités buscan impedir la supremacía de un paradigma disciplinar sobre otro en la evaluación de protocolos e introducir en el espacio de discusión la voz de la comunidad. El equilibrio de géneros, la independencia de los miembros en relación con las autoridades institucionales o gubernamentales y la ausencia de conflictos de interés entre los miembros durante el proceso de evaluación de un proyecto son elementos considerados indispensables para el buen funcionamiento de los comités. La guía operacional para los comités de ética, publicada por la OMS en 2000, abarca todas estas exigencias.

Los sistemas de revisión ética en los países en desarrollo. El proceso de globalización de los mercados, la concurrencia por la realización de estudios con menor coste y en menos tiempo y la aparición de la pandemia del sida al inicio de los años de 1980 impulsaron en las últimas tres décadas la investigación industrial en los países en desarrollo.

Este fenómeno viene acompañado de innumerables denuncias sobre explotación en los estudios de la salud en estos países, comprometiendo principalmente poblaciones vulnerables y comunidades culturalmente distintas. Al contrario de lo que ocurrió en los países desarrollados, la creación de comités de ética institucionales en los países en desarrollo, no se trató de una exigencia social local, sino de una exigencia protocolar de organizaciones nacionales de los países patrocinadores y de las presiones de organismos internacionales y no gubernamentales para que la investigación internacional fuese también aprobada por un comité del país huésped. Así, los comités institucionales se fueron formando en la medida en que los centros de estudio, o los hospitales de estos países, estaban comprometidos en proyectos con finanzas del extranjero. Por eso, en la mayoría de los países en desarrollo, no existe ninguna reglamentación para orientar la constitución, el funcionamiento o la acreditación de los comités, ni documentos normativos nacionales de la ética de investigación. Este retrato no es diferente en Latinoamérica, donde a pesar de que casi la totalidad de los países cuentan con comités institucionales de ética de investigación, en su mayoría no existe reglamentación para la composición y el funcionamiento de los mismos, y pocos países disponen de documentos normativos nacionales.

Dificultades teóricas y prácticas. Las dificultades encontradas para el buen funcionamiento de los comités en los países en desarrollo son prácticas y teóricas. Entre las primeras, podríamos citar la falta de preparación de los miembros para el cargo, la falta de apoyo logístico para el funcionamiento, la incapacidad de supervisar las investigaciones en curso, la falta de reconocimiento de su legitimidad por los investigadores y la ausencia de sistemas de acreditación. Entre las dificultades teóricas se encuentra el hecho de que el modelo de raciocinio ético y de interpretación de las normas internacionales que orientan las revisiones de los protocolos está, muchas veces, influido por las formulaciones de la bioética estadounidense, inspiradas claramente por la filosofía política neoliberal, incompatibles por tanto con la diversidad de los contextos políticos, económicos, culturales y sociales de estos países. Este modelo de raciocinio ético trata, por ejemplo, la obtención del consentimiento desde el punto de vista contractual de la autonomía, los cálculos de riesgos de manera aislada de las formas de vida cotidianas de las diversas comunidades comprometidas y la maximización de los beneficios a partir del respeto a las reglas del mercado libre.

Racionalidad comunicativa. En este sentido la teoría social y ética de Habermas parece constituir

una vía muy interesante para alcanzar normas y decisiones que neutralicen el etnocentrismo de los modelos hegemónicos de la bioética. Para Habermas, el uso del lenguaje en la constitución de todas las individualidades, de todas las historias y de todas las culturas, es la única estructura común a todos los individuos; en consecuencia, a través del diálogo, y no de principios culturalmente preestablecidos, podemos formular normas universalmente aceptables. Habermas establece las bases de una *racionalidad* llamada *comunicativa*, practicada en los espacios democráticos de discusión, que sería capaz de ofrecer resistencia a la *racionalidad económica* en la determinación de acciones sociales. El fundamento de esta *racionalidad comunicativa* es la exigencia de que toda argumentación o proposición de una norma puede ser justificada racionalmente, o sea, que exista una relación de coherencia entre el argumento expuesto y la verdad sobre el hecho en busca de solución. La validez de la norma o de la decisión ética para Habermas es *análoga a la verdad* y debe buscarse en los tres mundos del conocimiento: *en el mundo objetivo*, exigiendo que las informaciones de carácter científico, presentes en el argumento, puedan ser comprobadas; *en el mundo social*, exigiendo que se consideren las interacciones sociales necesarias al cumplimiento de la acción propuesta, y *en el mundo subjetivo*, exigiendo que los sujetos participen en la discusión de forma abierta a fuerza de los argumentos, sin someterse a jerarquías o a dogmas religiosos e ideológicos, sin esconder intereses de otros y sin usar recursos ilegítimos del lenguaje, como la mentira o la coacción. Además, es necesario que las consecuencias que provengan del cumplimiento de la norma o de la acción propuesta puedan ser aceptadas por todos los implicados en el conflicto en cuestión. El modelo es extremadamente adecuado para funcionar en contextos multiculturales, como el que hoy cerca la investigación internacional.

Consideraciones finales con vista en los comités latinoamericanos. La actual situación en la mayoría de los países de América Latina hace poco probable la elaboración, a corto plazo, de documentos nacionales normativos adecuados a sus contextos, así como el desarrollo de un número suficiente de comités institucionales, capacitados para hacer frente al vertiginoso crecimiento de la investigación industrial internacional que abarca el subcontinente. Además, la tendencia actual de fortalecimiento de las instituciones democráticas y del diálogo entre los países latinoamericanos alrededor del estrechamiento de sus polos comerciales y culturales, permite pensar en la posibilidad de acuerdos con el objetivo mancomunado para la formulación de un documento normativo de la ética de la investigación en seres humanos para la región. Este acuerdo deberá incluir la formación y

el mantenimiento de comités regionales de la ética de investigación de alta competitividad, con sistemas de acreditación a cargo de los organismos internacionales no gubernamentales, como la Unesco o la Organización Panamericana de la Salud. Los comités regionales tendrían la responsabilidad de evaluar proyectos en áreas que impliquen mayores riesgos para la sociedad, como los que están enrolados en la coordinación extranjera, manipulación genética o en cuestiones de bioseguridad, y serían distribuidos por países, provincias o subregiones, en la dependencia del volumen de estudios realizados. El sistema sería sustentado por los impuestos recaudados de las industrias cuyos proyectos no estén de acuerdo con las prioridades de la salud de los países. De esta forma, estarían fortalecidos el plan predecisional y el plan decisional de los sistemas, al tiempo que se daría un paso importante para que la investigación internacional en Latinoamérica fuese cada vez más colaboradora y menos explotadora.

Referencias

J. Ravetz. *Scientific Knowledge and its Social Problems*, Oxford, Oxford University Press, 1971. - G. Berlinger et L. de Castro. Unesco. International Bioethics Committee. *Report of the IBC on the possibility of elaborating a universal instrument on bioethics*, 2003. L. Ferry. "Tradition ou argumentation? Des comités de sages aux comités de délibération", *Pouvoirs*, 56, 5-21, 1991. - Organización Mundial de la Salud. *Guías operacionales para comités que evalúan investigación biomédica*, Ginebra, 2000. Programa Internacional de Ética de la Investigación Biomédica y Psicosocial, *Los comités de evaluación ética y científica de la investigación en seres humanos en los países latinoamericanos y el Caribe: una propuesta para su desarrollo*, 2004. - S. Benatar. Reflections and recommendations on research ethics in developing countries. *Social Science & Medicine*, 54, 1131-1141, 2002. - E. Gagnon. *Les Comités d'Éthique, la recherche médicale à l'épreuve*, Québec, Presses Universitaires de Laval, 1996. - J. Habermas. *De l'éthique de la discussion*, Paris, Flammarion, 1999.

Comités de ética de la investigación

Susana Vidal (Argentina) - Centro de Investigaciones Bioéticas de Córdoba

Introducción y antecedentes. Los Comités de Ética de la Investigación (CEI) representan un capítulo nuclear dentro de la llamada *bioética institucional*. En los últimos años el cuerpo conceptual y normativo de esta parte de la bioética se ha dado en llamar "ética de la investigación", y dentro de ella se han definido distintas estructuras, entre las que se cuentan estos comités. Se puede definir los CEI como un grupo multidisciplinario e independiente de profesionales de la salud, así como de otros campos del conocimiento, y miembros de la comunidad, que tiene por objetivo contribuir a

salvaguardar la dignidad, los derechos, la seguridad y el bienestar de los y las participantes actuales y potenciales de la investigación, asegurando que los beneficios e inconvenientes de la investigación sean distribuidos equitativamente entre los grupos y clases de la sociedad, y resguardando la relevancia y corrección científica del protocolo de investigación que se somete a su consideración. Aunque los aspectos éticos de la investigación en seres humanos han sido una preocupación de la medicina desde sus orígenes en relación con los primeros experimentos, como las vivisecciones, solo a partir de la segunda mitad del siglo XX se introdujo la idea de que la evaluación ética debería ser independiente y externa al campo de los médicos y los investigadores. Numerosos hechos llevados a cabo durante fines del siglo XIX y mediados del XX (particularmente en el intento de descubrir vacunas para las infecciones que devastaban grandes territorios y mataban a miles de personas) y culminando con las atrocidades cometidas por médicos en los campos de concentración nazis, determinaron la necesidad de que las evaluaciones sobre los aspectos éticos involucrados en las investigaciones fueran llevadas a cabo por personas diferentes a los propios investigadores. Ya desde los años de 1950 se comenzó a recomendar en Estados Unidos que las investigaciones en salud fueran evaluadas por un comité "responsable", que aludía a los llamados "comités de pares". En pocos años ocurrió una serie de eventos que fueron reflejo de uno de los más importantes cambios epistemológicos dentro de la medicina y al cual los referentes internos no se mostraron demasiado receptivos.

Las críticas comenzaron con la diferencia planteada por Otto Guttentag entre el que llamó "médico amigo" y el "médico investigador", dando lugar a la distinción que unos años más tarde, en la misma línea, se haría entre investigación terapéutica y no terapéutica con las implicancias éticas de esa distinción. En 1963 la comunidad médica presenció un debate sobre el carácter no ético de un estudio realizado en el Jewish Disease Hospital en Brooklyn, comparado con las investigaciones nazis. Se creó un año después, luego de realizar una profunda investigación de lo que ocurría a las investigaciones que gozaban de patrocinio federal en Estados Unidos, una comisión liderada por Robert Livingston, cuyo dictamen estableció: "*En la situación en la que el paciente es involucrado en un proyecto de investigación el juicio del investigador no es suficiente como base para alcanzar una conclusión respecto a la situación ética y moral de las preguntas que emergen de esta relación*". La conclusión de la comisión abandonaba el axioma de que la conciencia del investigador es un juicio adecuado y suficiente sobre la ética de un experimento, el cual había

regido la medicina durante siglos. Así, los Institutos Nacionales de Salud (NIH) establecieron, en 1966, que un comité independiente debía hacer una revisión previa para establecer la relación entre los riesgos y beneficios y para asegurar el consentimiento informado y voluntario de los sujetos. Por entonces, la necesaria intervención de la sociedad en el escrutinio de los problemas éticos relacionados con la investigación biomédica ya era evidenciada por diferentes sectores. Años después, cuando se hizo público un lamentable estudio sobre población negra con sífilis (Tuskegee Syphilis Study), el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos creó un panel de nueve miembros civiles, presidido por un reconocido educador de origen afroamericano, acompañado por personas de distintas disciplinas (Tuskegee Syphilis Study Ad Hoc Panel). El grupo tuvo que responder a diversos interrogantes respecto a los aspectos éticos de este estudio que se venía desarrollando en población negra desde los años de 1930. El panel consideró el estudio no ético, dictaminó sobre la necesidad de compensar a los 70 participantes que quedaban aún con vida y recomendó la formación de una comisión nacional que estudiara este tipo de problemas.

En el campo internacional se planteó la primera prescripción en este sentido en la Declaración de Tokio (Helsinki II) en 1975, donde se introdujo la necesidad de evaluación por un comité independiente, para asegurar la transparencia y la eliminación de conflictos de interés. El Código de Regulaciones Federales (CFR 1981) de la Food and Drug Administration (FDA) es uno de los principales antecedentes regulatorios nacionales a través de la creación de los Comités de Revisión Institucional (Institutional Review Board, IRB). Con el estallido de la investigación multicéntrica se hizo evidente la necesidad de contar con evaluaciones en el país huésped y no solo en el de origen, lo que se transformó rápidamente en consenso y exigencia internacional con la normativa CIOMS (Council for International Organizations of Medical Sciences. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects, OMS, 1993, y las Pautas de 1982), que establecía la obligación de contar con la evaluación de un comité local, sobre todo en países del tercer mundo. Los países europeos han seguido estas recomendaciones. En 1995 se publicaron las Guías y Recomendaciones para Comités de Ética Europeos (Ethics Working Party, European Forum for GCP). Pero fueron las Guías Operacionales para Comités de Ética que Evalúan Protocolos de la OMS en 2000 las que sentaron las bases de un acuerdo general sobre los comités de ética, seguidas de las Guías complementarias de las Guías operacionales (Surveying and Evaluating Ethical

Review Practices, 2002), en 2002, para el armado de sistemas de comités, como se verá más adelante. Del mismo modo no fue sino en los años noventa que los CEI comenzaron a tener un desarrollo de interés, aunque profundamente dispar en América Latina. En muchos países aún hoy no se cuenta con normativas nacionales que regulen la existencia de estos comités, mientras otros tienen sistemas muy desarrollados, como el caso de Brasil, aunque esta no es la situación más frecuente. En ocasiones los CEI se han constituido más bien a instancias de investigadores, o de promotores, para cumplir los requerimientos de las normas internacionales o por motivación de grupos independientes. De este modo, el modelo de desarrollo de los CEI en la región ha sido más bien liberalizado y no siempre ha estado bajo alguna regulación de un organismo del Estado. Aún hoy se discuten en diferentes medios de nuestros países la forma en la que deben funcionar y su modo de constitución, reflejando una suerte de convivencia con los modelos de racionalidad anteriores al Código de Nuremberg. Esto se ha tornado todavía más complejo en los últimos años a la luz de numerosos CEI, creados en el marco de organizaciones de investigación por contrato (CRO) o en centros y fundaciones lideradas por investigadores, que terminan por ser el paso obligado de una suerte de burocracia que cumple con formas más administrativas que éticas. De igual modo, las normas nacionales que obligan a contar con un comité en las instituciones donde se realiza investigación han determinado en muchos lugares la creación de comités con personas con escasa formación y con poco poder para imponer decisiones que protejan los derechos de los participantes y establezcan las obligaciones de los investigadores. Si a ello se le suma la enorme influencia, casi siempre financiera que tiene la industria farmacéutica en los gobiernos, en la economía, en las instituciones y a través de distintas y complejas vías, se puede visualizar que el entramado de poder, intereses y conflictos que envuelve la investigación en la que participan seres humanos y sus formas de evaluación hoy es un campo extremadamente sensible. Si además se tiene en cuenta el grado de vulnerabilidad de los países de América Latina y los actuales intentos de modificar los estándares éticos universales contenidos en la Declaración de Helsinki, el papel de los CEI se toma central en la protección de los Derechos Humanos de los sujetos de investigación.

El marco de referencia y los criterios de constitución. Este camino histórico recorrido hasta aquí pone de manifiesto al menos dos racionalidades que han atravesado la ética de la investigación biomédica y que podrían llamarse *antes de Nuremberg* y *después de Nuremberg*. El Código de

Nuremberg se constituye así en una inflexión en varios sentidos. 1. Introduce una ruptura con el modelo de neutralidad moral de la ciencia. Ese supuesto por el cual la ciencia es neutral y, por tanto, las normas que regulan su obrar deben ser internas al propio campo científico y los saberes que logra la investigación son solo “datos” que la sociedad podrá usar de manera correcta o incorrecta. 2. Incorpora la noción de evaluación independiente y el pluralismo en la toma de decisiones en medicina. 3. Determina un nuevo modelo de racionalidad en la medicina que pasa de un modelo de intención a un modelo de validación, de la mano de la introducción del ensayo clínico controlado. 4. Recoge el espíritu de la posguerra y el acuerdo respecto a la plena vigencia de los Derechos Humanos, reflejado en la Declaración Universal de Derechos Humanos cuando alude específicamente a los experimentos, dando preponderancia a los derechos individuales frente al modelo utilitarista que rigió las formas del desarrollo y el progreso científico hasta entonces. De este modo el modelo posterior a Nuremberg plantea que la propia sociedad civil, a través de sus instituciones, debe establecer las normas que regulan la investigación científica, como protección de las personas, y evaluar las consecuencias que en los individuos y la sociedad tengan las acciones llevadas a cabo por los investigadores a través de un modelo de responsabilidad solidaria. Toman así fundamental importancia tanto el marco normativo del Estado como la presencia de personas que representen los valores e intereses de los individuos y las comunidades en estos CEI. En la actualidad se ha consensuado que el objetivo de los CEI es proteger y promover los derechos de los sujetos de investigación y de las comunidades donde esta se realiza. Ello refiere tanto a la evaluación de la corrección del diseño metodológico como a la de todos los aspectos que afecten de algún modo el ejercicio de los derechos de los sujetos que se ponen en juego con su participación en la investigación biomédica. Las características constitutivas de los CEI precisamente deben dar cuenta de estos objetivos, como la interdisciplinariedad, la independencia, el carácter vinculante de sus recomendaciones y el desarrollo normativo. Es decir, deben crear una serie de procedimientos (Procedimientos Operativos Estándar, POE) que le permitan llevar a cabo con transparencia y corrección sus funciones. Estos POE deben reflejar fehacientemente el marco de valores éticos que fundan la ética de la investigación. Para cumplir sus funciones, se requieren determinadas competencias de los miembros del CEI, así como que haya una adecuada representación de todos los interesados (en tanto involucrados y no sujetos de interés), permitiendo que se dé cuenta de

los valores de los sujetos y la comunidad que participan de la investigación.

La forma más adecuada de constituir los comités es el marco de sistemas de evaluación ética de la investigación, creados y regulados por el Estado, dentro de los cuales existan a) distintas instancias de evaluación, acreditación y control, que brinden a los CEI unos criterios para su formación capaces de resguardar su calidad y su transparencia, y b) una red de comités que los enriquezca y los contenga. Dados los enormes intereses que atraviesan el sector, para llevar a cabo su tarea los CEI deberán contar con dos aspectos fundamentales: *poder* para implementar, legitimar y hacer cumplir las normativas, e *Independencia* para que los intereses financieros no corrompan ningún aspecto de su tarea. Esta independencia debe quedar claramente establecida desde el comienzo de cualquier propuesta, no a través de *declaraciones formales de conflicto de interés* (en muchos casos mero trámite administrativo), sino de la explícita prohibición de estos conflictos en aquellos que han de formar parte en la instancia de diseño de normas y evaluación de investigación en la que participan seres humanos. Las personas que tienen relación directa con los intereses de la industria farmacéutica o perciben dinero de ese sector o de los investigadores no deberían formar parte de comités de ética de la investigación que evalúan protocolos relacionados. Finalmente, los CEI no deberían ser los únicos responsables, en muchos casos bajo un vacío regulatorio, de la evaluación de las investigaciones en seres humanos, cosa que suele suceder cuando el Estado no asume la responsabilidad que le corresponde respecto a la defensa de los derechos de los ciudadanos, en este caso los sujetos de investigación. La evaluación ética debe integrar un sistema cuyo objetivo supere el nivel que establece la protección de los individuos del riesgo y del daño, para buscar fines más lejanos como la salud integral, el bienestar y el desarrollo humano. En este camino, la integridad ética y jurídica de los CEI debe ser fuertemente protegida, porque su instrumentalización resquebraja la confianza que la ciudadanía pone en la medicina y en la ciencia, pero fundamentalmente rompe el fino hilo que hace posible que los países vulnerables, pobres en desarrollo y con precarias condiciones de salud, puedan aprovechar aquellas investigaciones internacionales que promuevan la salud y el bienestar de las personas y las comunidades que participan, exponiendo a los sujetos a los menores riesgos posibles y gozando de los beneficios de los resultados en un marco universal de justicia y equidad.

Referencias

OMS. Guías Operacionales para Comités de Ética que Evalúan Investigación Biomédica, 2000 (Modificada). - Albert Jonsen. *The birth of bioethics*, New York, Oxford University Press, 1998. - David Othman. "Research Human: Historical Aspects", en Warren T. Reich (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, Revised Edition, New York, Georgetown University The Free Press, 1995. - Carl Elliott. "Pharma goes to the laundry: Public Relations and the business of medical education", Hastings Center Report, 2004, 34 (5): 18-23. - Volnei Garrafa, M. do Prado. "Cambios en la Declaración de Helsinki: Fundamentalismo económico, imperialismo ético y control social", *Jurisprudencia Argentina 2001 (IV) 11: 09-15*. - Diego Gracia Guillén. "Investigación en Sujetos Humanos, implicancias lógicas, históricas y éticas", en *Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: Nuevas perspectivas*, Santiago de Chile, Programa Regional de Bioética OPS/OMS, Serie Publicaciones, 2003.

Doble estándar

Dirceu Greco (Brasil) - *Universidad Federal de Minas Gerais*

Introducción. El término, generalmente utilizado en investigación clínica, se refiere a los diferentes niveles de acceso a cuidados de salud que se ofrecen a voluntarios, por lo general en relación y conforme a su nivel socioeconómico o al del país donde la investigación se lleve a cabo. El acceso a los mejores métodos comprobados de cuidados, ya sea para diagnóstico, prevención o tratamiento, es una norma o estándar único aceptable en países industrializados donde se origina la mayoría de ensayos clínicos con medicamentos realizados en los países del llamado mundo en desarrollo. En ellos, o en su mayoría, el acceso habitual a la salud pública es mucho menor que los mejores métodos comprobados internacionalmente (*best proven*), e inexistente en algunas situaciones o patologías. Cabe recordar que esto ocurre en estas regiones no por desconocimiento de los investigadores, ni por distinta percepción ética, sino porque la población de esos países carece de condiciones financieras para ello. Así, esta diferencia se da por cuestiones económicas y no éticas.

Breve historia de la postulación del doble estándar moral en investigación biomédica. Uno de los importantes marcos de discusión internacional sobre la utilización de dos medidas distintas en investigación humana tuvo lugar tras dos publicaciones científicas en 1997: a) Editorial, de Marcia Angell (1997), criticando investigaciones sobre transmisión vertical de VIH realizadas en países de África, República Dominicana y Tailandia, financiadas por los Institutos Nacionales de Salud (NIH) de Estados Unidos, con embarazadas infectadas por VIH. En estas investigaciones, la mitad de las voluntarias recibieron zidovudina en dosis menores a las del esquema mostrado eficaz en

1994 en el ensayo clínico ACTG 076, adoptado por el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos; la otra mitad recibió placebo. Angell cuestionó si los investigadores involucrados en estas investigaciones estaban repitiendo fuera de su país una conducta antiética como la del estudio de la historia natural de sífilis realizado en Tuskegee, Alabama; b) El artículo de Lurie y Wolfe (1997) en el que se analizaba una serie de proyectos sobre VIH patrocinados por los NIH y realizados en países en desarrollo, con críticas semejantes a las de Angell.

Situación actual del tema. ¿Quiénes postulan hoy el doble estándar, quiénes se oponen y qué intereses se encuentran detrás de la defensa del doble estándar? La expansión de los ensayos clínicos multicéntricos internacionales, que adquirió mayor impulso en las últimas décadas del siglo XX, principalmente después de la aparición y expansión descontrolada de la infección por VIH/sida, coincidió también con una mayor frecuencia de proyectos en los cuales el nivel de acceso a los cuidados de salud es bastante menor a lo propuesto médica y éticamente. Estos proyectos comprenden, por supuesto, a los pobres y excluidos del tercer mundo. Cabe recordar que situaciones similares ocurrieron, y tal vez aún ocurran, en los países centrales, involucrando nuevamente poblaciones más pobres y menos valoradas por la sociedad. El ejemplo seminal es el estudio de la historia natural de la sífilis, promovido en Tuskegee por el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos (DHHS), con más de 400 voluntarios infectados por *Treponema pallidum*. Este proyecto, que se inició en 1932 y solo fue interrumpido en 1972 tras denuncias hechas a la prensa, refiere que a pesar de que la penicilina estuviera disponible en la década de los cuarenta, ninguno de los voluntarios fue tratado. Esta deplorable conducta alcanzó a individuos que, además de pobres eran negros, lo que aporta un dato más al esquema de doble estándar: el racismo además de la pobreza.

Lo que anuncian las normas éticas internacionales. La más reconocida de ellas, la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, revisión de 1996, ya estipulaba (ítem 30 de la actual versión) que "todas las personas, inclusive aquellas del grupo control, deben tener acceso a los mejores cuidados médicos comprobados (*best proven medical care*)". Asimismo, con esta norma establecida con participación de representantes de diversas asociaciones médicas nacionales y en presencia significativa de representantes de Estados Unidos y de otros países centrales, tuvieron lugar investigaciones como la de Tuskegee. Es posible que, a partir de los años de 1970, proyectos semejantes no habrían sido aprobados para realizarlos en países

industrializados. Las razones son variadas y no exclusivas, entre ellas la propia exposición pública de aquel suceso y, mucho más importante, el ejercicio de la mayoría de los potenciales voluntarios de estos países, que entienden que tienen derechos y luchan por ellos. Los argumentos ofrecidos por los investigadores y las agencias favorables al menor acceso a cuidados de salud sostenían que estos dependen del lugar y la población en estudio. Así, el empleo de un doble estándar fue defendido por investigadores y agencias (Levine, 1999; Temple, 2000; Koski, 2001), presionando por modificaciones en la Declaración de Helsinki o su simple abandono, argumentando que: 1. El papel del investigador en el mundo real es injusto ya que no sería una obligación de los investigadores el atender o resolver los grandes problemas de desigualdad mundial. 2. Los niños y las niñas africanas, dominicanas y tailandesas, hijos e hijas de madres infectadas por VIH, en los estudios citados, corrían gran riesgo de infectarse. Al disponer de antirretrovirales para la mitad de las madres y placebo para la otra mitad, habría disminuido el riesgo de infección para el 50% de ellas. 3. El mejor método comprobado nunca sería usado en aquellos países; por tanto, en la confirmación, lo correcto era utilizar como grupo control lo que esas mujeres tenían acceso en sus países, que no era nada. 4. Para ofrecer mejores cuidados habría un aumento de costos de las investigaciones, lo que traería el riesgo de atrasar el desarrollo de nuevas drogas y de impedir por completo su desarrollo. Este argumento, usado sin comprobación técnica, parece frágil ante los grandes gastos de la industria farmacéutica con el marketing de productos investigados. En este sentido, Bhutta (BMJ, 2004) defiende que el estándar de tratamiento depende del contexto de la investigación y que las intervenciones desplegadas en el mundo desarrollado no pasarían por el filtro costo-efectividad-sustentabilidad en países en desarrollo. También de acuerdo con él, *“el debate sobre standard of care debe resolverse de modo que no impida investigaciones dirigidas a mejorar los sistemas de salud y debería permitir mejora pragmática en lugar de esperar cambios revolucionarios en los sistemas de salud, los cuales podrían no ocurrir jamás”*. Lie y colaboradores (2004) también consideran que es ético el empleo en investigaciones en países en desarrollo de patrones más bajos de acceso a cuidados de salud, basándose en el supuesto consenso internacional (en desacuerdo con la Declaración de Helsinki). Estos autores confunden argumentos económicos (pobreza local, falta de acceso a cuidados médicos necesarios en salud pública) con argumentos éticos, basándose en aquellos para justificar la disminución de requisitos éticos (Schüklenk, 2004).

Contraargumentos y síntesis. La posición crítica y favorable al acceso a los mejores métodos comprobados postula argumentos por una ética independiente del origen social de los voluntarios o de la capacidad económica local. En el marco controlado y hasta “irreal” de los ensayos clínicos, la discusión sobre el acceso a los mejores cuidados internacionalmente comprobados debería estar superado, pues en este proceso controlado y tan bien planeado, es posible el previo establecimiento de mejores condiciones para la realización de estudios conjuntos que involucren al patrocinante, los servicios de salud públicos, los investigadores y la población. Este punto puede estar aún más acentuado cuando, en la actualidad, la verdadera discusión internacional en relación con el acceso a medicamentos involucra uno de los tratamientos más caros para las personas que viven con VIH/sida. Lo que se discute en los foros internacionales no es quién, sino cuándo y cómo hacer para que todos tengan acceso en situaciones más amplias y complejas de salud pública. Así, la experiencia acumulada con el planeamiento y establecimiento de ensayos clínicos y en especial, con el cumplimiento de los requisitos definidos por la Declaración de Helsinki, puede ser un ejemplo para que esto también se dé en relación con la salud pública. Por desgracia, en salud pública aún existe un doble estándar en diagnóstico, acceso a cuidados médicos y a medicamentos. Esto ocurre principalmente en países en desarrollo y, en países desarrollados, a personas con menores condiciones financieras, que tienen acceso diferente y peor que la población rica local. El establecimiento de un único estándar para los ensayos clínicos contribuirá a que se intensifique la lucha para que esto acontezca también en salud pública.

En síntesis, no hay necesidad de más normas y directivas para que los derechos humanos sean respetados. Lo necesario es la aplicación real y universal de normas ya existentes. Lamentablemente lo que ocurre es la aparición de diversas directrices con divulgación internacional, originadas en países desarrollados, para ser aplicadas en investigaciones en países en desarrollo, con requisitos éticos menos estrictos (CIOMS, 2002; Nuffield, 2002; UNAIDS, 2000) que los divulgados por la Declaración de Helsinki. Esta última es la más antigua, la más democráticamente discutida y más reconocida como pilar ético para investigaciones que involucren al ser humano. Sin embargo, hubo presión constante para volverla menos rígida, para suprimirla (Lurie y Greco, 2005) o para desjerarquizarla por completo, dando lugar a que cada uno use la directriz que mejor le parezca, sin proteger en verdad a las personas participantes. No hay duda de la necesidad de la investigación con seres humanos para el desarrollo de medicamentos y vacunas

eficaces, ni de que estas deben ser científica y éticamente adecuadas, respetando la autonomía del voluntario y los principios de equidad y justicia. Las investigaciones deben ser significativas para la población involucrada, y sus resultados, aplicables y sustentables. Cabe recordar que si los patrones éticos fueran disminuidos, será más difícil su recuperación futura y que, si no hubiese limitaciones económicas, el empleo de mejores métodos diagnósticos y terapéuticos sería sin duda el patrón mundial. Es también indiscutible la necesidad de investigaciones para el desarrollo de mejores métodos preventivos, de medicamentos y de vacunas más eficaces, pero la verdadera urgencia es que todos tengan acceso a lo que sea eficaz, ya que los ensayos clínicos, ética y científicamente correctos, pueden y deben ser realizados en comunidades-países con menor vulnerabilidad.

Perspectivas por una sola ética, un único estándar.

1. Mantener los más rígidos requisitos éticos para investigación biomédica aplicables igualmente a todos los voluntarios (Greco, 2000; Macklin, 2004), con independencia de raza, color, localización geográfica o poder económico, como lo anunciaron las normas emanadas de la Declaración de Helsinki (2000), buscando retirar de estas las notas de aclaración (párrafos 29 y 30) que la debilitaron. Utilizar el evidente impacto de la ética en investigación en una tarea más difícil de aplicación práctica de resultados de los ensayos clínicos. La comunidad científica debe posicionarse para poder proporcionar a todos los que necesiten el producto en investigación que se muestre eficaz (Benatar, 2002; Greco, 2003). Esto podrá evitar el uso y exploración de comunidades-regiones-países vulnerables en investigaciones no éticas. 2. Establecer el mismo respeto al paciente –la

autonomía, la información y su consentimiento en las situaciones de asistencia a la salud–, como condición indispensable para disminuir desigualdades. 3. Buscar la validación de las directrices éticas para investigaciones emanadas de la Declaración de Helsinki a través, por ejemplo, de un documento internacional emitido por la Organización Mundial de la Salud u otro organismo que reafirme la implementación de una única ética, un único estándar.

Referencias

- M. Angell. "The ethics of clinical research in the third world", *N Engl J Med* 1997; 337: 847-849. - Z. Butha. "Standards of care in research-Should reflect local conditions and not the best western research", *BMJ* 2004; 329:1114-1115. - D. B. Greco. "Poder e injustiça na pesquisa envolvendo seres humanos", pp. 257-269, en V. Garrafa, L. Pessini (organizadores), Sociedade Brasileira de Bioética, Centro Universitário São Camilo, Edições Loyola, 2003. - G. Koski, S. L. Nightingale. "Research Involving Human Subjects in Developing Countries", *NEJM* 2001; 345:136-8. - R. J. Levine. "The need to revise the Declaration of Helsinki", *Bull Med Eth* 1999; 150:29-33. - R. K. Lie, E. Emanuel, C. Grady, D. Wendler. "The standard of care debate: the Declaration of Helsinki versus the international consensus opinion", *J Med Ethics* 2004; 30:190-193. - P. Lurie, D. B. Greco. *U.S. Exceptionalism Comes to Medical Research*, Lancet: 1117-1119, 2005. - P. Lurie, S. M. Wolfe. "Unethical trials of interventions to reduce perinatal transmission of HIV in developing countries", *NEJM* 1997; 337: 1003-1005. - R. Macklin. *Double standards in medical research in developing countries*, New York, Cambridge University Press, 2004. - Nuffield Council on Bioethics. *The ethics of research related to research in developing countries*, London, Nuffield Council on Bioethics, 2002. - R. Temple, S. S. Ellenberg. "Placebo-controlled trials and active-control trials in the evaluation of new treatments. Part 1: ethical and scientific issues", *Annals of Internal Medicine* 2000; 133:455-463.