

FERNANDO LOLAS STEPKE
EDUARDO RODRÍGUEZ YUNTA

BIOÉTICA Y HUMANIDADES MÉDICAS

Lecturas complementarias



HYGEA
EDICIONES

FERNANDO LOLAS STEPKE
EDUARDO RODRÍGUEZ YUNTA

Bioética y humanidades médicas
Lecturas complementarias

Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética
Universidad de Chile



HYGEA
EDICIONES

Lolas Stepke, Fernando

Bioética y humanidades médicas: lecturas complementarias / Fernando Lolas Stepke; Eduardo Rodríguez Yunta. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Hygea Ediciones, 2020.

138 p.; 22 x 15 cm.

ISBN 978-987-86-6657-0

I. Bioética. 2. Ciencias Sociales y Humanidades. 3. Medicina. I. Rodríguez Yunta, Eduardo. II. Título.

CDD 610.1

Edición al cuidado de Hygea Ediciones, www.hygeaediciones.com

Diseño de tapa e interior: Bárbara Musumeci

Maquetación: María Valle

Reservados todos los derechos. Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de la titular del copyright, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluidos la reprografía y el tratamiento informático, así como la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamos públicos.

© 2020, Fernando Lolas Stepke y Eduardo Rodríguez Yunta

1° edición

ISBN 978-987-86-6657-0

Queda hecho el depósito que establece la Ley 11723

ÍNDICE DE CONTENIDOS

A modo de presentación por el Dr. Armando S. Andruet (h)	5
Prólogo del Dr. Francisco J. León Correa	9
Prefacio	11
Los autores	15
Capítulo I El imperativo bioético de Fritz Jahr y la neobioética	17
Capítulo II Modelos de relación y equidad en la comunicación	27
Capítulo III Temas bioéticos en salud mental	45
Capítulo IV Bioética y programas globales de salud	61
Capítulo V Temas bioéticos al inicio de la vida	69
Capítulo VI Temas éticos en el envejecimiento y la calidad del ciclo vital	95
Capítulo VII Eutanasia y cuidados paliativos	119

À MODO DE PRESENTACIÓN

Con gran alegría, se me ha solicitado unas breves líneas para la obra conjunta de los Profesores Doctores Fernando Lolas Setpke y Eduardo Rodríguez Yunta. Si bien podrían no existir estas aportaciones y, por supuesto, el presente libro mantendría la totalidad de su fortaleza; la invitación nos permite introducir al futuro lector acerca de qué tipo de texto es el que está por comenzar a leer.

En tal orden, quiero anticipar a dichos lectores que se habrán de encontrar con un abordaje de naturaleza muy singular y, por ello también, hay que destacar con énfasis que el texto toma distancia –en mi parecer con gran éxito– del estereotipo de las obras generales o introductorias a la bioética. Esto, de por sí, es una buena invitación para no despreciar su lectura, tanto por aquellos que ya son conocedores de la temática bioética, como de quienes se inician en su reconocimiento disciplinar.

Por de pronto destaco que ya el título es inquietante, toda vez que, si bien referencia la materia de estudio central como es la *bioética*, el hecho de haber destacado junto a ella a *humanidades médicas*, le otorga un plus que poco se ha considerado por la gran mayoría de autores contemporáneos. A todo efecto, bien vale recordar a un auténtico cultivador de las humanidades médicas entre los hispanoparlantes como fuera Pedro Laín Entralgo, quien nos recuerda que para él, humanismo médico “es la actitud y el saber del sanador que trata de practicar y entender la medicina, refiriendo explícita y deliberadamente su actividad no solo a la condición humana de sus pacientes, que esto, de un modo o de otro, todo buen médico lo hace, más también a las ciencias que desde hace unos lustros (...) venimos denominando humanidades médicas: la historia, la psicología, la sociología, la ética, la estética, la antropología filosófica y la antropología cultural, en tanto que aplicadas al conocimiento de la particular realidad con que el médico tiene que habérselas, el hombre enfermo”¹

Por mi parte, señalo que ello sin duda era más presente y vigente en los tiempos de florecimiento de las grandes escuelas de bioética y para lo cual recordar la figura incuestionada de los ya fallecidos Francesc Abel o Javier Gafo, o del todavía activo y lúcido como siempre Diego Gracia, es suficiente registro. Con toda certeza, estos modos de abordaje con una mirada holística y propia del humanismo han dejado de ser hoy la manera de hacerlo habitualmente

¹ Laín Entralgo, Pedro (1986) *Ciencia, técnica y medicina*. Madrid: Alianza, pág. 315.

y se encuentra ausente dicha perspectiva en los textos. Todos ellos parecen seguir un mismo derrotero, por lo que cuesta mucho encontrar quien pueda decir algo diferente a lo ya repetido.

No con ello quiero decir que no hacerlo de ese modo es *per se* un modo superior, sino para indicar que es posible hacer nuevas reflexiones incorporando en el análisis una discursividad diferente a la habitual y que pueda ella, interpelar al auditorio de una manera diferente, aun sobre temas que para todos quienes transitan los terrenos de la bioética le puedan parecer familiares o frecuentes. Las humanidades médicas siempre amplían el foco y permiten, como tal, observar no solo la centralidad de la cuestión, sino también la periferia del asunto. En muchas ocasiones, la bioética debe convertirse en un modo disciplinar que busque las respuestas desde las periferias o lateralidades de los asuntos.

Los problemas en bioética son siempre cuestiones que se presentan con otras de la misma gravedad; por ello la perspectiva periférica es sutilmente valiosa y las lateralidades, son las prácticas disciplinarias que se ofrecen de manera generosa al juicio bioético. Como es evidente, el relacionamiento de la bioética con las humanidades médicas no tendría, en rigor, que ser ninguna sorpresa o novedad, aunque lo es en una gran medida. La focalización en el protón es siempre central en cuanto no se desentienda que integra el átomo. La bioética es completamente significativa como disciplina joven aun, siempre que se le pueda dar un registro mayor desde las humanidades médicas.

La razón entonces por la cual se ha producido la nombrada sorpresa, y que acabo de señalar que no debería ser tal, radica en que los caminos por donde transitan las tesis del humanismo en medicina se remontan a poder vincular reflexiones y consideraciones que superan la coyuntura de la bioética y colocan el *problema de la bioética* en un contexto global y proyectado a epistemologías que por lo general son omitidas y también construcciones en el abordaje, que pueden llegar a parecer más densas a su lectura. Esta es la manera en que los temas bioéticos han sido considerados en el presente libro.

Así destaco que en cada uno de los tópicos abordados en los siete capítulos que componen el libro, la bioética sale de su mismo entorno y se abre al paisaje infinito de las humanidades médicas. Luego, cuando regresa a su mismo redil, lo hace con una formulación enriquecida de gran modo, la cual permite hacer a contrario un juicio crítico acerca de la manera desnutrida en que la bioética, a secas, ha venido a perder quizás el brillo al cual podía estar orientada.

Dicho esto, aun no es suficiente para comprender la matriz del libro. En mi parecer, esta matriz se cierra cuando se atiende y se comprende el subtítulo en su clave completa. A tal respecto, qué otra cosa puede significar *Lecturas complementarias* que no sea que la bioética se deba leer en clave de humanismo médico, y este, en sonoridad de bioética. Allí el material enriquecido, que vuelvo a señalar, tampoco se propone para su abordaje con una erudición que resulte desafiante no a la comprensión sino al mismo carácter de la obra, puesto que ella no aspira ser ni un tratado, ni un manual de bioética, sino una reflexión

completa sobre algunos tópicos cumplida a la luz de una sinergia académica, que han sabido llevar adelante dos profesores que tienen sobrada experiencia en el oficio de la docencia, la escritura y saber mirar los auditorios a quienes se dirigen. A su vez, ambos autores, están integrados al conocido internacionalmente Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética de la Universidad de Chile.

La obra es pequeña en extensión y, naturalmente, no pretende, al modo de muchas de ellas, decir algo de todo, sino que opta por decir bastante de algunos temas y bajo el foco que hemos dicho antes. Son siete capítulos en donde se entremezclan algunos que nos resultan familiares desde los abordajes ortodoxos que se pueden efectuar de la bioética, como los relativos al inicio de vida humana, la eutanasia y cuidados paliativos. Aunque, de cualquier modo, debo destacar que en los mencionados desarrollos se puede ponderar la perspectiva humanista que se ha aditado a su tratamiento.

Cinco de estos capítulos son mucho menos corrientes en la producción bibliográfica de bioética, y por ello es que bien pueden ser considerados completamente desafiantes atento a los giros y proposiciones que en ellos son vertidos. Especialmente debo marcar como orientación referenciada al lector, como si acaso fuera un guía de turismo circunstancial que los detiene a ustedes, lectores, frente al lugar donde la escenografía del paisaje es sin duda la más atractiva. En mi parecer, ello acontece en varios lugares, pero singularizo la propuesta en el capítulo uno, puesto que en tal lugar se reconoce una formulación inspiradora para revisar muchas de las enseñanzas que la bioética actual –comenzando desde su origen– ha omitido ponderar, sea ello por ignorancia o simple descuido, y que ahora, a la luz de la perspectiva humanista que se ha puesto en su tratamiento se advierte de manera prístina.

De igual manera, quiero hacer una señal de atención especial sobre el último de los capítulos –también uno de los más extensos– y que se relaciona con la discusión acerca de la eutanasia y los cuidados paliativos. A tal respecto, no se puede soslayar el particular cuidado y analítico desarrollo que los autores han cumplido, para colocar las ocho tesis que parecen ser las que gobiernan un modelo bioético proeutanasico, como así también a su continuación, los correspondientes contraargumentos sólidos y consecuentes con las humanidades médicas, demostrando con este último ejercicio la debilidad de las tesis favorables a la mencionada práctica.

Tal como se puede advertir entonces, el libro bien vale ser disfrutado. Además, se debe señalar que cada uno de los siete capítulos está acompañado por un cuerpo de bibliografía de referencia que promueve la vía de la búsqueda más profunda y completa de los temas.

Cabe agregar que, como corresponde a la práctica profesoral, algunos de los capítulos están precedidos por trabajos anteriores que los autores han presentado en revistas internacionales, con lo cual bien se puede comprender que han encontrado ya las adhesiones o negaciones correspondientes y, por lo tanto, no son estas de ahora, propuestas que no hayan merecido en algún

modo el *desideratum* de la comunidad académica. De cualquier manera, hay que colocar en un destacado especial, que para todos los casos en que se han utilizado de base trabajos anteriores, ellos han sido debidamente actualizados por sus autores y con ello, se le ha dotado al tema en discusión, una modernidad absoluta.

Dando ahora cierre a esta consideración que hemos efectuado, pues parece del todo conveniente recordar al calificado auditorio, que la obra a la cual se está acercando, muy probablemente le habilite otros interrogantes que antes no estaban formulados y ello es el generoso crédito que siempre un humanismo auténtico promueve y más notable es ello, cuando la materia principal es la bioética. El humanismo problematiza de mayor grado los temas, porque los enriquece en su perspectiva, pero a la vez, nos provee de una buena brújula que, desde el punto de vista metodológico, marca el norte desde la dignidad humana para que la bioética pueda avanzar, no sin cometer errores, puesto que ello es absolutamente posible, pero siempre reconociendo que ellos pueden ser reconducidos volviendo a definir cuál es el norte auténtico.

Entre otras cosas, esa era la enseñanza entredicha por Sir William Osler, a quien nadie le puede desconocer la condición de auténtico médico humanista, y que la mostrará en plenitud, cuando brindó el memorable discurso en el año 1918 en ocasión de su elección como presidente de la Asociación Clásica Británica, sociedad que tenía por finalidad promover el desarrollo y mantener la prosperidad de los estudios clásicos en Inglaterra ². Este libro, a la distancia, transita por el mismo andarivel.

Felicito a los Dres. Fernando Lolas Stepke y Eduardo Rodríguez Yunta por la obra alcanzada, y les agradezco haberme permitido leer sus capítulos y también hacer estos sencillos comentarios. El juicio de los lectores de la obra será al final del camino lo que marque su suerte, aunque me animo a considerar que esta ayudará, sin duda, a que todos sus lectores atraquen en buen puerto.

Armando S. Andruet (h)³

² "Las viejas humanidades y la nueva ciencia". Osler, William (2009) *Sir William Osler. 'Un estilo de vida' y otros discursos con comentarios y anotaciones*. Madrid: Fundación Lilly:77 y ss.

³ Doctor en Derecho. Presidente de la Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales de Córdoba (Argentina). Miembro de Número de la Academia de Ciencias Médicas de Córdoba. Académico Correspondiente Nacional de la Academia de Ética de la Medicina. Profesor Titular de Filosofía del Derecho (UCC). Profesor Titular de Historia de la Medicina y Ética Médica (UNVM). Director Honorario del Centro de Bioética de la Universidad Católica de Córdoba.

PRÓLOGO

Como ha comentado Adela Cortina con motivo del debate en España sobre volver a incluir o no la filosofía en los planes de la enseñanza media, las humanidades “fomentan la imaginación creadora que nos permite trasladarnos a mundos nunca vistos y potenciar el sentimiento de empatía por el que nos ponemos en el lugar de cualquier otro. Hacen posible superar la trampa del individualismo, que es falso, y fomentar el reconocimiento recíproco de los seres humanos como personas, haciendo patente que somos en relación”⁴.

Nos parece un buen resumen de la utilidad de lo que algunos llaman “inútil”, de las humanidades, también en el ámbito médico. Pareciera que no son imprescindibles, pero cuando faltan, está incompleto el trabajo de los profesionales de la salud, la atención de salud se deshumaniza y las políticas de salud se dirigen a usuarios y clientes cada vez más empoderados, pero dependientes de los gerentes de sistemas de salud y seguros. El derecho invade el espacio que antes ocupaba la confianza en la relación médico-paciente. Las relaciones de justicia -deberes y derechos de los pacientes- sustituyen las de beneficencia, empatía y solidaridad, que antes eran clave.

Ningún médico y ninguna enfermera están obligados en justicia a sonreírle al paciente, a sentarse con él al borde la cama, a darle la mano. Pero un médico o una enfermera que nunca sonrían, nunca se sienten al lado del paciente y nunca sostengan su mano, no son buenos médicos ni buenas enfermeras: les falta el cuidado humanizado del otro como persona que es esencial más allá de los criterios de cumplimiento en justicia de un contrato profesional. Si falta la humanización, las personas enfermas no se sienten tratadas con dignidad, aunque dispongan de la última tecnología o de modernos hospitales y centros de salud.

El reto es no solo humanizar la atención de salud, sino seguir desarrollando las humanidades que hacen de la medicina un arte y no solo una ciencia. Tenemos el amplio legado de muchos médicos humanistas que han profundizado en el valor de la vocación profesional del médico y en el papel de la medicina dentro de la cultura general que nos enriquece a todos como seres humanos.

Se recogen en este libro algunos artículos sobre bioética, a partir del humanismo médico, escritos con la agudeza y profunda visión del Dr. Fernando Lolas Stepke y el Dr. Eduardo Rodríguez Yunta, ambos con una vasta bibliografía

4 Adela Cortina. Editorial en *El País*, 24 septiembre 2018.

de artículos y libros en este ámbito. Han puesto al día los textos ya editados y la reflexión sobre algunos temas fundamentales de la Bioética: el imperativo bioético de Fritz Jahr y la neobioética, los modelos de relación y equidad en la comunicación clínica, temas bioéticos en salud mental; bioética y programas globales de salud, temas bioéticos al inicio y al final de la vida, en el envejecimiento y la calidad del ciclo vital y, por último, una reflexión sobre la eutanasia y los cuidados paliativos.

Son textos que pueden servir como recurso para enfrentar el desafío -tan importante como urgente- de la enseñanza de la bioética y el profesionalismo médico, trayectoria necesaria para humanizar la medicina y la atención de salud.

Francisco J. León Correa⁵

⁵ Doctor en Filosofía y Letras. Magíster en Bioética. Director del Programa de Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Central de Chile.

SOBRE BIOÉTICA Y HUMANIDADES MÉDICAS

Esta recopilación de artículos se presenta como una lectura complementaria para estudiantes. A riesgo de incurrir en redundancia, el título yuxtapone los términos *bioética* y *humanidades médicas*: la primera es parte de estas.

Bajo el término humanidades médicas suele entenderse un conjunto de saberes y disciplinas que amplían la perspectiva de los profesionales de la medicina más allá de sus fundamentos científicos. Las ciencias de la naturaleza y las ciencias humanas y sociales adhieren a una metodología señalada por la interrogación reglada de los sucesos, a menudo bajo condiciones controladas que se conocen como *experimento*.

La noción de *experiencia* no se deja asimilar a la noción de experimento y afina en la matización personal que adquiere el conocimiento cuando se ha comprendido vivencialmente un asunto. Mientras el experimento busca explicar a través de determinaciones causales de los fenómenos, la experiencia deriva su importancia del trato asiduo con el arte de comprender, interpretar y situar en la historia los sucesos. Las humanidades no consisten sol, como lo indica la veneración del Renacimiento, en la revitalización de los clásicos de la literatura y el arte. Deben concebirse, precisamente, como la integración comprensiva de los saberes en una perspectiva amplia que descubre su raigambre histórica, su relevancia afectiva y su incorporación al acervo personal en formas muy diversas. Así, la historia, la filosofía, la estética, la ética y otras disciplinas o discursos tienen una función más formativa que informativa en la preparación de los profesionales.

Muchas de las llamadas ciencias sociales han imitado la metódica de las ciencias “duras” en un intento de legitimación. Se ha buscado en el proceder experimental o en la observación reglada (cuasi-experimental) la adquisición de conocimiento válido.

Sin embargo, cuando destacamos la noción de humanidades, el propósito es indicar que no solo distingue a estas un método apropiado para alcanzar certidumbres. Se rescata la idea de que la finalidad de su cultivo no se limita a acrecentar conocimientos y destrezas. A estas se agrega el cultivo de la sensibilidad personal y un modo de concebir realidades que incluyen la experiencia estética y la experiencia moral, codificada esta como ética. La ética es la reflexión sobre las justificaciones del comportamiento moral, y la bioética,

la ampliación de ella al diálogo entre personas y discursos como fuente de la legitimidad argumental.

La noción de formación (del alemán *Bildung*) es la configuración integral de las personas que no solamente aspiran al conocimiento sino desean, además, un contexto sobre cómo usar e interpretar el conocimiento para su aplicación prudente y benéfica. Por el contrario, la preparación técnica para ejercer una profesión u oficio, delimitada por la palabra, también alemana, *Ausbildung*, sugiere la adquisición de habilidades y destrezas para el correcto ejercicio. La partícula *Aus*, que quiere decir “fuera” o “hacia afuera”, destaca que se trata de los saberes instrumentales necesarios para actuar en la sociedad. Son estos saberes prácticos los que llevan a la eficacia, la eficiencia y las capacidades que las sociedades premian en los profesionales con prestigio, dinero, amor o poder. Pero la dimensión humanista, formativa, agrega a eso un modo de hacer las cosas, una tonalidad que cualifica el saber instrumental

Es verdad que muchas de las disciplinas y saberes que se necesitan para la formación integral pueden también ejercerse de manera profesional. En ese caso, su estatus es diferente. Nadie ignora la diferencia entre un historiador o un filósofo profesional y personas aficionadas, por muy competentes u originales que sean. Parece ser que el hecho de ganar dinero convierte a esos saberes en algo distinto de su función formadora de la personalidad y enriquecedora del ejercicio profesional.

Es en el contexto formativo que las humanidades médicas deben entenderse y practicarse. Los departamentos de filosofía, historia, epistemología o ética que se crean en las facultades de medicina no tienen como finalidad formar especialistas en estas áreas. Es evidente que expertos en estas disciplinas deben tener una labor destacada y realizar un trabajo de investigación y reflexión avanzado y solvente en los departamentos y facultades. Así como no se espera que los médicos sean bioquímicos profesionales, sino sepan entender y aplicar bioquímica, igualmente se supone que el trato con materias históricas y filosóficas, conociendo sus métodos y contexto, contribuirá a la perspectiva global de los profesionales. Pero no podría suponerse que tener unos cursos o leer unos textos convierten a las personas en especialistas que la sociedad remunera como expertos.

Lo que los médicos u otros profesionales obtienen de las humanidades es enriquecer su oficio, señalado por la vocación de ayuda que caracteriza a las profesiones. En la integración personalísima de los saberes, en la gestación de una “cultura” personal, habrá diferencias esperables de talento y temperamento. Nadie puede esperar, en una época de fragmentación especializante y de división del trabajo, que todas las materias y los métodos sean dominados por todos. Sin embargo, hay un *quantum* básico de habilidades, destrezas y competencias que certifican las instituciones de enseñanza superior y son indispensables para el ejercicio correcto de la profesión. A ellas debe agregarse el complemento inefable y “poco práctico” de saberes no instrumentales para el profesional a los que se alude como “humanidades médicas”.

Aunque se reconozca su importancia en la institucionalidad universitaria, su cometido formativo exacto queda a veces incomprendido. Los “cursos” son tomados por los estudiantes como una adición a sus labores sustantivas de entrenamiento profesional y el aspecto *soft* de su enseñanza se muestra cuando compiten con otras actividades obligatorias. Antes de la institucionalización, pertenecían al *curriculum* oculto o implícito, pues se suponía que asuntos tales como la ética y la reflexión epistemológica se obtienen en la práctica de las tareas profesionales o imitando a los maestros. Las virtudes de estos son exaltadas por casi todos los textos que hablan de la educación de los médicos, desde Hipócrates en adelante. Los discípulos de Esculapio respetan o veneran a sus maestros y estos les instruyen en los secretos del arte. Por ejemplo, la observación de William Osler (1849-1919, clínico eminente, sobre la virtud de la ecuanimidad destaca que, junto a la compasión y la empatía, el profesional debe saber ejercer sus destrezas bajo condiciones de incertidumbre sin perder habilidad.

La *via regia* para la formación humanística deseada del médico es un ideal inalcanzable. Junto a experiencias en el mundo real, a prácticas supervisadas, a lecturas edificantes, no cabe duda de que las narrativas fundacionales, los cuentos que narran sucedidos y vidas son fundamentales. Ya dijo Thomas Sydenham (1624-1689) que leer novelas era bueno para ser médico. Junto a la aridez de los textos científicos actuales, a veces inaccesibles al médico práctico, el cultivo de las sensibilidades ética y estética son importantes. Así lo perciben aquellas personas que demandan ayuda técnica y comprensión humana.

Una de las mayores decepciones que es dable comprobar en la enseñanza de la bioética es su tecnificación. Al convertirla en un saber enseñable, susceptible de evaluación, se corre el riesgo de asimilarla a otros saberes y olvidar su papel formativo, su dimensión humanística. Está bien que los estudiantes conozcan los textos canónicos del discurso bioético, que razonen frente a casos o ponderen las ventajas y deficiencias del principialismo, la ética del cuidado o las corrientes de la reflexión filosófica. Es correcto que quienes enseñan hablen no solo de hechos y datos, sino también de valores y normas. Pero todo ello debe ser contextualizado en la tarea formativa.

Los textos aquí recogidos son apenas muestras de temas que sirven para plantear problemas, examinar convicciones y repasar historias. Deben leerse como provocaciones que permitan desarrollar argumentos y narrativas subordinados a las tareas esenciales de la profesión.

Por último, deseamos agradecer al equipo editorial de Hygea Ediciones por su acompañamiento durante la elaboración de la obra.

Los autores

LOS AUTORES

Fernando Lolas Stepke

Profesor titular en la Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Director del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile.

Profesor investigador, Universidad Central de Chile, Santiago.

Psiquiatra, expresidente de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile.

Miembro de Número, Academia Chilena de la Lengua.

Académico Correspondiente de la Real Academia Española.

Académico Honorario de la Academia Chilena de Medicina y la Academia Nacional Mexicana de Bioética.

Académico Correspondiente de la Academia de Ciencias Médicas de Córdoba.

Eduardo Rodríguez Yunta

Doctor en Biología por la Universidad de Nueva York, Estados Unidos de América.

Teólogo por la Universidad de Saint John, Estados Unidos de América.

Investigador del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile.

CAPÍTULO I

El imperativo bioético de Fritz Jahr y la neobioética¹

Introducción

Desde hace poco, y gracias a publicaciones del profesor Hans Martin Sass (Alemania, 1935), catedrático en las universidades de Bochum y de Washington (Georgetown), se sabe que el vocablo *bioética* no es una creación de Van Rensselaer Potter (1911-2001) (como afirma él mismo y repite en la mayoría de los textos) sino un invento del teólogo protestante Fritz Jahr (1895-1953), quien dio tal título a un artículo publicado en la revista *Kosmos. Handweiser für Naturfreunde* en 1927. Cabe preguntarse por qué, en su momento germinal, el término no tuvo una merecida resonancia, derivado, como era el caso, de una lectura atenta y consecuente de Immanuel Kant.

Jahr se distanció de las enseñanzas de pensadores de la India, con los que sus ideas podrían confundirse, para fundar su pensamiento en el quinto mandamiento bíblico (la prohibición de matar) en sus implicaciones sobre el bienestar de animales y plantea, al examinarlo sobre todo desde un punto de vista teológico, lo que puede considerarse el trato humano de los seres vivos. En su artículo de 1934, Jahr afirma que el imperativo bioético es evidente en sí mismo en relación con los animales, en el sentido de que apela a la conciencia de no torturar ni infligir daño a los animales (se refiere principalmente a mamíferos) y que las plantas deberían ser tratadas de la misma manera. Concluye: “*Als Umschreibung des fünften Gebotes ergibt sich der bio-ethische Imperativ: ‘Achte jades Lebewesen grundsätzlich als einen Selbstzweck und behandle es nach Möglichkeit als solchen!’*”² (1).

1 Este capítulo está basado en los siguientes artículos que han sido actualizados: Lolos F. El imperativo bioético de Fritz Jahr y la neobioética estadounidense. En: Lolos F. *Bioética en América Latina. Una década de evolución*. Monografía de Acta Bioethica N° 4. Santiago de Chile: CIEB Universidad de Chile, Programa de Bioética OPS; 2010:171-176.

Lolos F. Bioethics and animal research. A personal perspective and a note on the contribution of Fritz Jahr. *Biological Research* (Santiago) 2008; 41:119-123.

2 “El imperativo bioético se utiliza para parafrasear el quinto mandamiento: ‘¡Respetar a todo ser viviente como un fin en sí mismo y tratarlo como tal si es posible!’”. Traducción del autor.

Con la bioética ha ocurrido algo semejante a lo que sucedió con el psicoanálisis. Este nació en el ámbito germánico con la obra de Freud y sus primeros discípulos, fue desplazado a Estados Unidos con la emigración de los judíos de la Alemania nacionalsocialista y reimportado a Europa, en especial a Alemania otra vez, después de la Segunda Guerra Mundial. En ese proceso, el “movimiento” cambió su faz, se convirtió en doctrina y en disciplina, se hizo políglota y fue, en parte, desviado de lo que pudieron haber sido su cauce y orientación originales. Adquirió resonancia, prestigio y aceptación en los círculos académicos no sin algunas dificultades.

Reinvención no exenta de cambios

Sabemos, y repetimos, que el término bioética se instaló en el léxico estadounidense en los años setenta gracias al mencionado Potter y a André Hellegers (1926-1979) y R. Sargent Shriver (1911-2011), entre otros, y recibió de Daniel Callahan (1930-2019) una suerte de estatuto disciplinario en 1973 (2). Potter usó el término con una consideración amplia al concepto de solidaridad con la biosfera. Más tarde, insistió en su propuesta de una “ética global”, la ciencia de la supervivencia del ser humano y de otras especies animales (3, 4).

En su reimportación a Europa, el término sufrió numerosas vicisitudes y resistencias, más debidas a las asociaciones adquiridas que a la intención de la palabra y, aunque en algunos sitios no es habitual, puede decirse que ya se lo adoptó para denominar un trabajo académico y un conjunto de procesos sociales relacionados con la ciencia y la tecnología. No debemos olvidar a los autores españoles, como Francesc Abel, Javier Gafo y Diego Gracia, que usaron el término en diversos contextos de manera temprana.

Durante las últimas décadas del siglo XX, el término se empleó en una variedad de contextos. Se pueden identificar dos corrientes principales: la aplicación del razonamiento ético a la medicina y las ciencias de la salud, y una posición ética general al análisis de ciencia y tecnología. Las iniciativas que vinculan las humanidades con las ciencias naturales y la coalescencia de culturas se han hallado en el centro del espíritu (*Zeitgeist*) del siglo XX (5, 6).

Muchos temas se analizan desde la bioética. Por ejemplo, en relación con la investigación aplicada con seres humanos y animales, se estudian las consecuencias médicas de los avances en genómica, trasplante de órganos, investigación con células madre y biotecnología junto con las implicaciones sociales, legales y éticas. También son sujeto de reflexión bioética la prestación de servicios, el establecimiento de prioridades en contextos nacionales o internacionales, el respeto por los derechos humanos y la solidaridad o reciprocidad al abordar poblaciones vulnerables y minorías étnicas (7).

La bioética también ha analizado la interconexión entre las comunidades científicas y el ciudadano lego. Políticos, legisladores y emprendedores sin entrenamiento científico formal necesitan datos sobre los avances de la ciencia y la tecnología para tomar decisiones informadas sobre la distribución de recursos, políticas públicas y prácticas regulatorias.

Las violaciones de los códigos morales diseminadas por los medios de comunicación otorgan visibilidad a la reflexión bioética. Si no se realiza tal exposición, documentos tan importantes como el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki, el Informe Belmont o las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) no recibirían tanta atención (8).

Hoy en día, la bioética es un término genérico que cubre intentos diferentes de humanizar la empresa científica, la práctica de las profesiones de salud y el respeto por los derechos humanos en economía, política y la investigación social. Si se consideran estos campos diferentes, la bioética es clínica, orientada a la investigación, regulatoria, cultural y de sentido común. Su práctica recibe influencia de la religión, las cuestiones de género y consideraciones políticas.

La reinención del vocablo no estuvo exenta de cambios, pues en el caso de Potter se trataba de una suerte de advertencia apocalíptica sobre la necesidad de una “ciencia de la supervivencia” y, en el caso de Hellegers y los autores del Kennedy Center, de una revitalización humanística de la medicina y las ciencias biológicas relacionadas con el bienestar humano. En alguna de sus facetas, la “neobioética” estadounidense es una reformulación de la famosa tesis de la fusión de las “dos culturas” (la científica y la humanista) que C. P. Snow (1905-1980) popularizó en el mundo anglosajón. La apariencia bifronte de esta neobioética –como admonición a una solidaridad biosférica (“ética global”) o como ética médica y de investigación biomédica– ha producido distintas tradiciones de estudio y aplicación. Por ejemplo, la *ecobioética* como reflexión sobre las condiciones ambientales, la *tecnóética* como expresión de las preocupaciones por el desarrollo de las tecnocracias, la *neuroética* relacionada con el sistema nervioso y la cognición, además de las variantes ideológicas como la feminista, la personalista, la católica y la laica, entre otras. Sorprende la monotonía de las presentaciones escolares y la persistencia de debates obsoletos sobre el principalismo estadounidense, que solo se explica por una falta de análisis histórico más allá de la habitual alfabetización filosófica básica que suele asociarse al discurso bioético.

Una línea de pensamiento de gran influencia en la génesis de los comités de ética es la ética del discurso. Pensadores como Karl Apel (1922-2017) y Jürgen Habermas (Düsseldorf, 1929) consideran que, cuando existe una pluralidad de visiones, los problemas se deben resolver mediante la argumentación y deliberación. Para Habermas, la razón es dialógica y los argumentos deben ser atendidos respetando la autonomía de la persona (9). Se trata de una ética procedimental o formal; el pensar se desarrolla en el diálogo. Aprender a pensar es aprender a argumentar y a confrontar con los argumentos de los

otros. En la norma ética básica del discurso argumentativo se exige que el discurso, en tanto discurso práctico, fundamente la validez de normas concretas a través de la formación de consenso, en el sentido de la mediación de intereses de todos los afectados.

Habermas construye el núcleo de su ética comunicativa en el concepto de “comunidad ideal de diálogo”; el procedimiento imparcial y justo nace del reconocimiento de los límites de la racionalidad humana y las normas aceptables son aquellas consensuadas en el marco de una comunidad de diálogo exenta de condicionamientos empírico-históricos. Las reglas de la comunicación y el discurso adquieren así la categoría de un *a priori* de la ética y garantizan la igual consideración de los seres racionales. En la ética comunicativa, los intereses particulares de los agentes, lejos de ser sometidos a un proceso de intercambio, se someten a un proceso de universalización.

Los diferentes significados atribuidos a la palabra bioética hacen difícil formular una serie de principios que constituyan una disciplina consolidada. Se ha observado resistencia a su uso en algunos países europeos. En los países en desarrollo, algunos usan el término con intención política para cuestionar el desarrollo de los países industrializados. Lugares de bajos recursos han aceptado los conceptos de bioética inspirados de instituciones europeas y de Norteamérica.

El aporte de Fritz Jahr es especialmente interesante por centrar su atención en lo que denominó “el imperativo bioético”. La expresión ya estaba insinuada (como exigencia bioética) en el artículo de 1927 y fue refinada en una serie de escritos en los años siguientes. Parafraseando a Kant, Jahr sugiere considerar a cada ser vivo como un fin en sí mismo y tratarlo como tal, en la medida de lo posible. La formulación no fue definitiva sino hasta algunos años después del primer artículo de 1927. En este sentido, es muy relevante el texto *Drei Studien zum 5. Gebot (Cinco estudios sobre el quinto mandamiento)*, publicado en 1934, en el cual se formula de manera expresa el “imperativo bioético”. No puede subestimarse su importancia en el campo de investigación biológica, en el que se utilizan animales. Anticipándose a muchas publicaciones que pronto revelarían la necesidad de una formación ética en el trato con el animal experimental, Jahr analiza la importancia de un contacto con la reflexión, la deliberación y el análisis de intenciones y convicciones para los investigadores (*Gesinnungsethik*). Al complementar el utilitarismo de la ciencia experimental, la formación de las personas que investigan recibe en sus escritos un relieve singular.

Cuando Fritz Jahr hablaba del imperativo bioético, lo hacía desde la óptica que respeta la vida en todas sus formas (10). Si se reemplaza la palabra vida por salud, se tiene la versión médica de ese imperativo universal. La presencia de Jahr relativizaba este precepto y agregaba “en la medida de lo posible”. Que se convierta en un auténtico elemento integrador del arte, y no en su mero complemento, es la tarea de quienes trabajan con la generación de conceptos y aplicación de técnicas al servicio de otros. Nadie puede hacer lo imposible. Quizá el mayor mérito de los clásicos principios de la bioética estadounidense

(autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia, el “mantra de Georgetown”) sea precisamente que no se trata solo de principios filosóficos, sino que incluyen, y no de manera accesoria, el imperativo técnico. Pues el “bien hacer”, el saber-hacer y el saber-estar en la dignidad del oficio es tanto imperativo moral como técnico. Quien ignora su oficio ya actúa de manera inmoral si reclama las recompensas sociales que demandan los oficios: el prestigio, el dinero, el poder y el amor.

Naturalizar la reflexión moral

El propio Jahr destaca un aspecto histórico relevante para analizar su neologismo. Desde Kant se distinguía entre leyes (*Gesetze*) de la naturaleza y de la libertad. Las primeras, aplicables a la ciencia natural, la física. Las segundas, al ámbito de lo específicamente humano, la ética. Esta palabra separa el universo moral del natural, ya sea por su vinculación con lo divino, como se ve aún en el Renacimiento, o con las costumbres y la vida espiritual. El siglo XIX, al inventar las disciplinas científicas relacionadas con la vida (entre otras, la fisiología) preparó el camino para esa disciplina-puente que Wilhelm Wundt (1832-1920) bautizó como “psicología fisiológica”; y agregó el psiquismo al ámbito de lo natural, bien que en una forma especial que luego tendría detractores. Lo natural, por consiguiente, no era ya apenas lo físico, sino también podía ser lo “psíquico” (como una de sus diferenciaciones).

La disciplina nueva permitía un incipiente análisis extensible a seres humanos, animales y plantas. Cabía preguntarse si acaso ello ampliaba el horizonte de lo ético. Tras considerar el neologismo “biopsíquico”, alusivo a la consideración integral del psiquismo humano y no humano, Jahr concluye que el término “bioética” cumple semejante propósito al ampliar la posibilidad de deberes morales hacia toda la naturaleza viviente. Pero no funda su imperativo solo en los avances de la incipiente ciencia psicológica y su impacto en la filosofía. El respeto por la dignidad de los seres vivos es una constante cultural en Occidente y en Oriente, con ecos en San Francisco de Asís, los escritores de la India, Johann Herder (1744-1803), Friedrich Schleiermacher (1768-1834), Arthur Schopenhauer (1788-1860) y Jean-Jacques Rousseau (1712-1778) entre muchos otros. Su lectura lo lleva a fundamentar la bioética (y su imperativo central de respeto universal) en consideraciones antropológicas, teológicas, filosóficas y culturales: un amplio panorama interdisciplinario que difícilmente se replica en los argumentos del movimiento estadounidense del siglo XX, formulados “después de la virtud” como fundamento cardinal de la acción moral racional. Con la bioética, Jahr pretende naturalizar la reflexión moral, sacarla del ámbito de lo exclusivamente humano y fundarla en una tradición sólida de respeto por la vida en general. Sin desdeñar el factor religioso, objeta la escisión tradicional entre lo humano como superior y el resto de la naturaleza

como inferior y subordinado que instala la tradición judeocristiana en el imaginario social.

Si bien el trabajo de Jahr para la bioética se entronca con la filosofía continental europea y su cultura científica, su esfuerzo tiene repercusiones de orden más general. En lo práctico, destaca el cultivo de la compasión como factor formativo, la importancia de la difusión a través de la prensa y la radio para hacer partícipe al gran público de la ciencia y la dimensión de virtud que debería estar presente en la educación a todo nivel. Percibe que una educación que propugna la superioridad del hombre sobre toda la creación exige un contrapeso en la conciencia pública que no puede quedar mejor representado que en una disciplina intelectual.

Campo de estudio fértil

Se abre para los estudiosos de la bioética un campo de estudio fértil. El análisis de ese período de turbulencia política, que en Alemania precedió al surgimiento del nacionalsocialismo, debe contemplar estas reflexiones precursoras de la bioética. Esa efervescencia intelectual y social que permitió, por ejemplo, la aprobación de legislación relevante en el campo de la ética de la investigación médica, como la normativa del estado prusiano de 1931, bien merece un examen detallado. En primer lugar, porque los sucesos de la historia posterior hacen pensar en cómo medir o apreciar el impacto de la reflexión y el trabajo legislativo para prevenir la instrumentalización política abusiva. En segundo término, la reconstrucción de la historia intelectual europea debiera asignar un papel, así sea modesto, a la obra de este poco conocido pionero del movimiento bioético.

Hasta ahora, en algunos lugares, como por ejemplo en Iberoamérica, hemos conocido en forma preferente, cuando no hegemónica, el principalismo estadounidense con sus fortalezas y sus deficiencias. La asimilación de la tradición filosófica se ha hecho en forma imprecisa, inadecuada por exceso o por defecto, y la contaminación con la crítica geopolítica al imperio del Norte ha enturbiado la discusión al mezclarla con populismos insolventes y el facilismo político de la argumentación de los oprimidos por el capitalismo o el imperialismo y su defensa inmadura por parte de supuestos profetas o gurús.

Muchos tercermundistas militantes, confunden temas y razonamientos bajo el lema (lamentablemente a veces con algo de razón) del antiimperialismo económico y ético, crean pérdida de tiempo y esfuerzo e incluso intentan mostrar una palabrería carente de densidad intelectual como trabajo académico. El esfuerzo hacia adelante es dotar de seriedad a la empresa bioética en Iberoamérica. El estudio de la historia, en sentido amplio, es un buen comienzo.

El caso de Fritz Jahr, como pionero que al menos debe ser considerado en la generación y fundamentación de un vocablo de tanta vigencia actual, destaca dimensiones que sin duda pueden enriquecer el debate, a veces trivializado por la repetición acrítica de lugares comunes. La pregunta que queda sin responder es cuánto más del acervo histórico es menester rescatar para enjuiciar nuestro trabajo actual de manera crítica y creativa.

La práctica de la bioética

En muchas regiones del mundo, la forma común de bioética que se practica hoy en día es el principialismo. La forma de razonamiento más extendida se basa en aplicar los principios llamados intermedios entre valores de mayor consideración y las normas de conducta. Los principios señalados en varios documentos como el Informe Belmont, la Declaración de Helsinki, las Pautas Éticas CIOMS y otros son la autonomía (respeto por las personas), la beneficencia, la no-maleficencia y la justicia. Algunos autores añaden la honestidad, la reciprocidad, la solidaridad y la autenticidad, sobre todo en el contexto de investigación científica al planificar proyectos, recoger datos, realizar la muestra y publicar (11, 12).

El enfoque esencial de la bioética es la naturaleza dialógica de la toma de decisiones, basado en la deliberación. Todos los interesados y beneficiarios de investigación, innovación y salud deben participar de las ideas, los riesgos, los beneficios y los resultados. Esto incluye a patrocinadores, investigadores, profesionales de salud, pacientes, sujetos, administrativos, proveedores de servicios y la comunidad en general. La información que proporciona la ciencia debe compartirse.

En el contexto de la salud, la bioética no debe centrarse solo en los aspectos de ética clínica de decisiones de intervención, sino que debe tener un carácter social, en el que se afronte la promoción de la ética institucional con una gerencia y condiciones laborales mejores, la elaboración de políticas públicas de salud y de distribución de recursos sobre la base del logro de equidad, y la evolución hacia un sistema de salud más justo, de acuerdo con las exigencias y necesidades de la sociedad. Se deben ubicar los cuatro principios en un contexto más amplio de consideraciones, que abarquen tanto derechos individuales como económicos, sociales y culturales. El reconocimiento y el respeto de la dignidad de los demás debe ser el fin de una sociedad éticamente constituida. La bioética se reflexiona no solo el nivel microindividualista, característico de los países desarrollados, sino también desde el nivel macro (13).

Como disciplina, la bioética es transdisciplinar, ya que busca una convergencia mediante la trascendencia y la permeación a otras áreas del conocimiento. Los participantes pasan de ser médicos, filósofos, asistentes sociales y abogados a ser bioeticistas médicos, filósofos, asistentes sociales y abogados. Esto no es un mero cambio de lugar de los términos, sino un posicionamiento

diferente, desde un punto de vista cualitativo, que exige una nueva construcción disciplinaria. De acuerdo con Fernando Lolas, el discurso bioético es integrador, transdisciplinar y dialógico, lo que permite mediar o tender puentes entre racionalidades, personas, instituciones y disciplinas (14). En el modelo transdisciplinario se comparte no solo el cometido y el contenido, sino también el contexto, de manera que se logra una legitimación social del discurso disciplinario. Este modelo puede significar una “desprofesionalización” de la toma de decisiones, con un diálogo más horizontal y la eliminación de jerarquías basadas en profesiones o discursos disciplinarios.

Institucionalización de la bioética

La naturaleza dialógica de la bioética ha creado nuevas instituciones sociales o reformado otras existentes como, por ejemplo, los comités de ética de investigación y los consejos de monitoreo para evaluar, aprobar y realizar seguimiento de proyectos de investigación; o los comités de ética asistenciales que aconsejan en la toma de decisiones clínicas. También existen comités de ética en hospitales, que supervisan la práctica clínica o asociados con organizaciones profesionales. Al nivel de estado, provincia o nación, algunos países tienen comisiones para abordar conflictos o clarificaciones que surgen de la supervisión ética o al formular políticas públicas de largo o de corto alcance.

Para un ejercicio eficiente de la bioética, se requiere crear espacios de diálogo entre disciplinas. Los grupos o comités deben estar conformados por especialistas de diversos campos, guiados y coordinados -en lo posible- por un especialista en bioética; es preciso partir del supuesto de que nadie posee toda la verdad, sino parte o aspectos de ella, lo cual ayuda a que el objeto (fenómeno, problema, dilema) se perciba desde diversos enfoques; además, se debe profesar mutuo respeto a la persona y a los puntos de vista de cada uno de los presentes.

Usos y abusos de la bioética

La bioética no es solo una aplicación de nociones filosóficas a problemas científicos o una formulación nueva de la deontología clásica profesional. La bioética es una forma de deliberación que considera intereses sociales y normas culturales o religiosas sobre lo que es propio, lo que es bueno y lo que es justo. La institución del comité o un grupo consultivo fortalece el carácter social de la empresa bioética. La bioética puede usarse de forma equivocada como herramienta política o como medio de ejercer poder. La utilidad potencial de la deliberación bioética puede degradarse a discursos anticientíficos y admoniciones superficiales en contra del “imperialismo ético”.

REFERENCIAS

1. Jahr F. Drei Studien zum 5. Gebot. *Ethik. Sexual-und Gesellschaftsethik* 1934;11:183-187.
2. Callahan D. Bioethics as a discipline. *Stud Hastings Cent* 1973;1(1):66-73.
3. Potter V R. Bioethics, the science of survival. *Perspect Biol Med* 1970;14:127-153.
4. Potter V R. *Bioethics: Bridge to the Future*. Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall.
5. Lolas F. *El diálogo moral en las ciencias de la vida*. Santiago de Chile: Universitaria; 1998. (2ª edición Santiago de Chile: Mediterráneo, 2001).
6. Lolas F. *Temas de bioética*. Santiago de Chile: Universitaria; 2002.
7. Lolas F, Martin DK, Quezada A. *Prioridades en salud y salud intercultural*. Santiago de Chile: Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética Universidad de Chile; 2007.
8. Lolas F. Aspectos éticos de la investigación biomédica. Conceptos frecuentes en las normas escritas. *Rev Med Chile* 2001;129:680-684.
9. Habermas J. *Conciencia moral y acción comunicativa*. Barcelona: Península; 1985.
10. Lolas F. Bioethics and animal research. A personal perspective and a note on the contribution of Fritz Jahr. *Biological Research (Santiago)* 2008;41:119-123.
11. Beauchamp T L, Childress J F. *Principles of Biomedical Ethics* 5. Nueva York: Oxford University Press; 2001. (First edition 1979).
12. Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB) de la Universidad de Chile. Disponible en: <http://www.uchile.cl/bioetica>
13. Pessini L, De Paul de Barchifontaine C. Algunos retos para el futuro de la bioética en Iberoamérica. En: Pessini L, De Paul de Barchifontaine C, Lolas F, (coords.) *Perspectivas de la Bioética en Iberoamérica*. Santiago de Chile: Programa de Bioética OPS/OMS; 2007.

14. Lolas F. *Bioética y Medicina*. Santiago de Chile: Editorial Biblioteca Americana; 2002.

CAPÍTULO II

Modelos de relación y equidad en la comunicación clínica³

Introducción

Aunque la tecnología médica ofrece cada vez más avances en el tratamiento de enfermedades, nunca como en el presente se había dado una desconfianza del paciente hacia el médico o profesional de la salud, en general debido a un debilitamiento de la relación entre ellos. Hoy, el arte médico de la sanación ha sido reemplazado por el tratamiento médico y, el de escuchar al enfermo, por procedimientos técnicos. Se razona que, debido al progreso de la medicina, se pueden curar numerosas enfermedades cualquiera sea la relación que el médico, y en general el profesional de la salud, tenga con el paciente; por lo tanto, la relación con el paciente no es un factor esencial. Sin embargo, crece el descontento de los pacientes con sus médicos por hallarse estos cada vez más distantes, porque la tecnología reemplaza cada vez más a la medicina, y por las demandas económicas que esto ocasiona. De esta manera, el paciente percibe que el interés primario de la atención de la salud no es su persona, sino un interés económico. Hay una serie de realidades que contribuyen a este clima: el aumento de las demandas por fallos en la práctica clínica, la hiperespecialización, la estructuración gerencial de la atención, la comercialización de la salud con el uso de publicidad extensa dentro de la economía de mercado que prevalece en la sociedad, el pago antes del tratamiento y la falta de trato personal. El profesional de la salud vive defendiéndose para no ser objeto de querrelas judiciales, está sujeto a una demanda excesiva de tiempo personal, y muchos pasan los primeros años de práctica endeudados por los gastos de su educación. La ausencia de confianza entre el profesional de la salud y el paciente hace que se deshumanice la atención de la salud.

³ Este capítulo se basa en los siguientes artículos, que han sido actualizados: Lolas F. Información, comunicación y equidad: dilemas en el ámbito sanitario. *Rev Panam Salud Publica* 2002;11(5-6):430-4.

Rodríguez Yunta, E. Relación médico-paciente y la práctica médica, *Diálogo y cooperación en salud: diez años de bioética en la OPS*, Unidad de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud. Santiago de Chile: OPS; 2004:61-72.

El papel de la confianza en la práctica médica

Desde sus inicios, se asocia a la medicina con un compromiso de relación de confianza. Al principio, por la creencia en deidades y la presunción de que la enfermedad es resultado de fuerzas externas, espíritus hostiles que penetran el cuerpo. Luego, los griegos convirtieron la medicina en una empresa racional y ética, la distanciaron de su origen mágico-religioso y buscaron las causas en fenómenos naturales, y en la restauración en los poderes de curación propios del cuerpo. Los griegos, además, iniciaron el compromiso ético por el cuidado del enfermo. Esto unió a los médicos en una comunidad moral que compartía ideales éticos y un modo de vida dedicado a la beneficencia y no-maleficencia, la protección de la confidencialidad y la promesa de no aprovecharse sexualmente de la vulnerabilidad de pacientes y familias, como se refleja en el juramento hipocrático. Esta tradición ética se amplificó por medio del estoicismo, que edificó una ética basada en obligaciones y deberes, e hizo de la curación una profesión basada en la compasión y misericordia por el enfermo. Con el cristianismo, se da al enfermo una posición preferencial y se le inculca a la ética el espíritu de la caridad, la virtud que mueve al médico cristiano.

La confianza se manifiesta por una actitud de humildad. El profesional de la salud practica el arte de la medicina sin que conozca el significado completo de la enfermedad y de la curación. Por otra parte, la relación sanadora que se establece entre el médico y el paciente constituye el pilar, el principio que forma y define a la medicina, y el origen de sus funciones únicas y obligaciones (1). Muchas enfermedades solo pueden entenderse y resolverse en el contexto de una relación médico-paciente estable y adecuada y, en general, de todo profesional de la salud con el paciente. Se necesita conocer a la persona en relación con la enfermedad. El profesional de la salud debe tener en cuenta la vulnerabilidad en la que el paciente se encuentra. No se trata de una relación de igual a igual. La relación se basa en el voto de confianza que el paciente le da al médico y al equipo de salud. Por otra parte, una de las tareas del médico es establecer un puente entre la medicina como ciencia objetiva y el paciente como individuo único y sujeto a vulnerabilidad. El paciente deposita su confianza en las capacidades del médico de actuar de la mejor forma en la recuperación de la salud. El médico actúa por beneficencia y busca el bien del paciente. La beneficencia y el respeto por las personas (fundamento moral de la autonomía) son congruentes, no antitéticos. La naturaleza de la enfermedad, el carácter social del conocimiento médico y la fidelidad a las necesidades del paciente generan un lazo moral fuerte y una responsabilidad. Poner el interés personal (prestigio, poder o incentivo económico) por encima del interés del paciente es negar la esencia de lo que significa ser médico.

El médico tiene la obligación moral de dirigir el proceso para alcanzar una decisión sobre el tratamiento más adecuado, de forma que las capacidades que tenga el paciente para tomar esa decisión sean acrecentadas en el grado

que su enfermedad lo permita. Dar la información necesaria para tomar esta decisión, decir la verdad acerca de la condición del paciente, no hacer daño, mantener promesas, ayudar al paciente a tomar una decisión que sea libre (no manipulada y auténticamente suya), ayudarlo a discernir e identificar los valores en juego antes de tomarla, y ayudarlo a enfrentarse o a ajustarse a una enfermedad que sea incurable, progresiva o inminentemente fatal, es lo que se espera del médico.

El médico debe desarrollar buenas habilidades de comunicación para forjar una buena relación con el paciente que hace que este se sienta comprendido y asistido. El médico debe ser capaz de inspirar confianza en el paciente por su trato, por el interés que toma en su persona y porque no viola la confidencialidad sobre sus datos íntimos (siempre que no haya posibilidad de daños a terceros). Para instigar confianza, el médico debe tenerla también en sí mismo. Debe ser fiel al voto de confianza que ha depositado el paciente en él y dejar a un lado el interés personal. Por otra parte, la relación de confianza es recíproca: al paciente le conviene, si quiere ser tratado con eficacia, generar confianza en su médico.

El papel de la reflexión en la práctica clínica

La reflexión sobre la enfermedad y los tratamientos disponibles constituye una parte importante de la relación médico-paciente. El médico contribuye con un conocimiento experto y único que el paciente raras veces tiene, y debe hacer esfuerzos para traducirlo en un lenguaje que este pueda entender y, por tanto, pueda reflexionar sobre lo que se le dice y participar en la toma de decisiones. Una confianza ciega del paciente en su médico tratante puede llevar a ciertos abusos; por eso, se ha establecido la práctica de que el paciente otorgue su consentimiento a un tratamiento después de haber sido informado en detalle en un lenguaje que él entienda, de sus posibilidades de elección y de sus consecuencias. De otro modo, se obligaría al paciente a tomar opciones que podrían no estar de acuerdo con sus valores. Tampoco se le trata de manera adecuada si se le oculta la gravedad de su enfermedad y no se le ofrece la opción de que se enfrente a la realidad que está viviendo.

Por otra parte, el paciente no debe exigir una curación de forma irracional como si la medicina fuera infalible; debe ser capaz de explicar la naturaleza de su problema con una clara descripción de los síntomas, sin ambigüedades, y estar dispuesto a ser ayudado; debe cuestionar lo que no está claro o no entiende de su enfermedad o del tratamiento, y hacer las preguntas pertinentes con respecto a la calidad de vida que le espera y cómo mejorarla si es posible.

Para que un modelo de relación médico-paciente se acerque más a una relación de equilibrio entre la confianza que el paciente otorga al médico tratante y su capacidad de tomar decisiones tras haber sido informado, se deben proporcionar las bases para que se establezca un diálogo y una relación

desinteresados y de mutua confianza. En circunstancias ordinarias, la toma de decisiones es una tarea conjunta, del médico y el paciente, siempre con respeto por la integridad de la persona. El médico toma decisiones con y para el paciente, no en lugar del paciente. Sin embargo, esto no siempre ocurre.

Modelos de relación médico-paciente

Modelo paternalista o hipocrático

Es el modelo más antiguo, pero ha prevalecido por mucho tiempo y aún persiste en la actualidad en ciertos contextos. Asume que existe un criterio objetivo, compartido por los médicos, para determinar qué es lo mejor para el paciente, sin que este casi intervenga en la decisión. Se considera que un médico tiene actitud paternalista cuando utiliza sus capacidades para determinar la condición del paciente y su estado en el proceso de la enfermedad, identifica las pruebas y tratamiento que, con mayor probabilidad, restauren la salud del paciente o disminuyan el dolor, presenta la información seleccionada y convence al paciente a consentir la intervención que él considera mejor. Al extremo del modelo, el médico simplemente informa al paciente sobre cuándo se iniciará la intervención. Se asume que hay criterios objetivos compartidos para determinar lo que es mejor y se acepta mentir y guardarse cierta información en beneficio del paciente. Se supone que el paciente estará agradecido por las decisiones tomadas por el médico, aun cuando no esté de acuerdo en el momento de la decisión. El médico solo tiene el deber de determinar las mejores pruebas y tratamientos que restaurarán la salud del paciente o aliviarán su dolor y de informarle al paciente para que este acepte. Al paciente se le trata como a un niño, sin capacidad de autonomía y, por tanto, no utiliza su capacidad de reflexionar para decidir la opción más adecuada para su persona.

Bajo este modelo, no se respeta la autonomía del paciente, no se tienen en cuenta sus opiniones y sus motivaciones, lo que es importante para él, sus temores y frustraciones.

Modelo contractual

El médico y el paciente firman un contrato, de común acuerdo, que limita la naturaleza de su relación (2). Es un modelo común en la práctica clínica actual. Se tiene en cuenta la autonomía del paciente y su capacidad para tomar decisiones, pero la misión del médico es proveer la información que el paciente necesita sin tomar parte activa en la decisión. Se exige una ética minimalista, la que obliga al médico y al paciente en términos del contrato y nada más. El modelo contractual tiene su origen en el carácter legalista de la sociedad en que vivimos, está sujeto a disputas sobre su cumplimiento y se deja a un lado la alianza de confianza que debe establecerse entre el médico y el paciente, pasa

a ser una situación legal en que el paciente puede demandar al médico al interpretar que este no cumple su parte del contrato. Cuando no hay confianza, la relación médico-paciente queda circunscrita al campo de lo jurídico: cumplir un contrato y protegerse de conflictos legales, dejando a un lado la relación de persona a persona. La relación llega a ser de desinterés del uno por el otro y de hostilidad. Este ambiente impide la comunicación y por tanto la posibilidad de una sanación efectiva.

Bajo el modelo contractual, se presta atención a las razones del paciente, pero no se las examina, no hay un diálogo para ayudarlo a descubrir las motivaciones detrás de sus decisiones. Tampoco se respeta al médico como persona, sino que se lo considera solo como un proveedor de servicios.

Modelo consumista

Bajo este modelo, también muy común en el presente, la medicina está sujeta a la economía de mercado y el profesional de la salud se convierte en un agente comercial (2). El médico es solo un asistente técnico que proporciona los detalles de las alternativas de tratamiento, pero es el paciente quien, con sus valores y sus juicios, toma las decisiones, sin que importe el juicio del médico. La competencia del médico se asegura porque se trata de un buen negocio. Una medicina que se guía por el mercado no está sujeta a las reglas de la ética, sino a las fuerzas que regulan la economía. Bajo este modelo, el sistema de salud se convierte en una comodidad cuya distribución, precio, calidad o disponibilidad está sujeta a las fuerzas competitivas de la economía. Se asume que el paciente siempre sabe exactamente lo que siente y lo que quiere, aun en circunstancias muy complejas o que lo dejan en una situación de enorme vulnerabilidad emocional. El sistema de salud se ve como un servicio que se debe pagar en términos de la decisión que tome el paciente como consumidor sobre el tratamiento a tomar, su costo, beneficios y riesgos. El médico tiene el deber de proporcionar la información concerniente a todas las posibilidades de tratamiento, intervenir con competencia y proteger y mejorar las capacidades del paciente para tomar una determinación, pero sin tener en cuenta los valores involucrados; por otra parte, se ve presionado para disminuir los costos, utilizar el menor tiempo posible con el paciente y convertirse en un agente social del negocio de la medicina. La función del médico es la de proveedor de la experiencia técnica, mientras que la administración general de la empresa, a la que pertenecen el médico y los pacientes como consumidores y no como personas, es la que ejerce el control sobre las decisiones médicas.

Bajo este modelo se valora la autonomía del paciente como un sujeto capaz de tomar decisiones médicas, pero no la confianza que el paciente es capaz de otorgar al médico que, como profesional y no sujeto a las debilidades que causa la enfermedad, se halla más capacitado para aconsejar el mejor camino a tomar. Al absolutizar su autonomía, el paciente solo confía en sí mismo.

El médico tiene poco que contribuir como persona, las decisiones se toman más bien por razones administrativas de la empresa a la que pertenece; es ella quien decide los tratamientos que estarán disponibles de acuerdo con los costos. A veces hasta se oculta información, porque las empresas médicas o las empresas de seguros, o incluso el gobierno, deciden que ciertos tratamientos no se pondrán a disposición por políticas de salud pública y análisis económico.

Modelo biomédico

Este modelo surge del poder tecnológico de la ciencia y medicina modernas (3). Se ve al paciente solo desde el punto de vista biomédico, como si fuera apenas un conjunto de órganos y no un ser con una psicología, una situación social y una espiritualidad. Contribuye también a imponer este modelo la tendencia a racionalizar, la falta de tiempo y la presión social por alcanzar un éxito en la vida. Se confía todo al poder de la técnica y se deja a un lado a la persona. En general, los médicos están entrenados para hacer preguntas, no para escuchar al paciente; se enfocan más en la enfermedad o psicopatología que en la persona que la sufre. El proceso analítico sigue un formato estándar: examen → diagnóstico → tratamiento. El proceso se basa en la suposición de que la enfermedad descrita por la persona, ahora llamada paciente, implica una patología que es la causa de la enfermedad. El propósito es clarificar la entidad para aplicar un tratamiento biomédico y destruir la causa, parar la patología, modificar sus efectos, alterar el efecto fisiológico o bloquear los síntomas. Este método funciona con gran precisión cuando el diagnóstico coincide en su totalidad con la naturaleza de la enfermedad. Pero cuando se aplica este modelo (3) a enfermedades que derivan de situaciones personales, se ignora el problema principal causante de la enfermedad en el proceso de reducción. Muchas veces hay que ir detrás de lo que el paciente dice con sus palabras, pues sus quejas pueden tener poco que ver con su enfermedad. La causa de la enfermedad puede encontrarse en complicadas relaciones familiares, y prescribir un fármaco que tiene efectos secundarios crea problemas subsecuentes.

Cada vez más, el médico recibe entrenamiento en términos exclusivamente biológicos, y raras veces se examina la historia médica personal del paciente con suficiente profundidad como para detectar las bases psicosociales que se encuentran bajo la enfermedad. Parte del problema es la convicción de que este análisis resulta confuso, subjetivo y hasta irrelevante, mientras que los datos obtenidos por la tecnología médica resultan claros y objetivos. Existen varios factores que hacen que esto sea así, entre otros: poca habilidad comunicativa del médico o del paciente para hacer o responder las preguntas oportunas, falta de confianza del paciente en el médico para revelar problemas íntimos, tendencia del médico a dejarse llevar por sus propias expectativas sin escuchar lo suficiente al paciente (4). Además, los estudios realizados revelan que la mayoría de los médicos carece de habilidades comunicacionales (5). Sin embargo, es tarea del profesional de la salud entender las esperanzas, los miedos,

las ansiedades y la situación social del paciente, para establecer una relación sanadora considerando la integridad de la persona. La desatención a los aspectos psicosociales y espirituales es lo que hace que el paciente sienta un trato deshumanizado.

En el modelo biomédico, ni el médico ni el paciente son tratados como personas, se atienden solo los aspectos fisiológicos del problema y se ignoran los factores sociales, psicológicos y espirituales que juegan parte en la enfermedad.

Modelo interpretativo

Bajo el modelo interpretativo, el médico tiene la obligación de informar al paciente sobre la naturaleza de su condición y de los riesgos y beneficios de posibles intervenciones, de asistir al paciente en la dilucidación y articulación de sus valores, y en determinar la intervención médica que se adecue a ellos (2). El médico ayuda a interpretar los valores del paciente cuando aclara las incertidumbres del diagnóstico en un lenguaje que este pueda entender y que sea capaz de acoger emocionalmente. Se asume que, en general, el paciente entiende sus valores solo de manera parcial y que estos no son algo fijo. El médico actúa como consejero, pero es el paciente quien toma la decisión. Se valora la autonomía de este como un sujeto en proceso de conocerse a sí mismo y capaz de tomar decisiones médicas compartidas. Se necesita un médico capaz de interpretar valores, con experiencia, con visión intuitiva de las necesidades del paciente y sensibilidad espiritual. Se requiere el arte de la escucha, que envuelve todos los sentidos y no solo los oídos. El médico debe estar atento al lenguaje del cuerpo (lenguaje no verbal), como el gesto que esté en contradicción con lo que se está diciendo, o los movimientos que hablen de un estado interior de estrés o angustia. El médico no puede manipular, forzar o engañar al paciente en la toma de decisión. Hay que entender tanto el problema médico como la persona que se halla detrás de los síntomas, con su carácter, sus características familiares y su tipo de educación. Este método tiene aún mayor relevancia cuando el paciente tiene deficiencias comunicacionales, sea por cultura o por carácter.

Se debe exhortar al paciente a tomar sus propias decisiones, pero si las declina en la persona del médico, este no puede negarse a ayudarlo y debe esforzarse en encontrar lo mejor para él de acuerdo con sus características personales. Se requiere que el médico haga un esfuerzo para conocerlo como persona y que sepa cómo reaccionaría ante las dificultades de la enfermedad y ante la posibilidad de la muerte. Muchas de sus características no forman parte del conocimiento científico, ya que son anecdóticas y abiertas a interpretación; sin embargo, el médico debe incorporarlas en las decisiones en un proceso de discernimiento que puede ir más allá de lo que el paciente es capaz de entender de sí mismo. Por otra parte, el médico se encuentra muchas veces

con pacientes que han de enfrentarse a pérdidas y sufrimientos que afectan su valor existencial y esto puede comprometer al médico en su propia vulnerabilidad. En ocasiones, la naturaleza del problema del paciente requiere establecer un nivel de confianza en el que el médico sea capaz de soportar emociones fuertes para ser efectivo y promover la salud en la comunicación. Se requiere que el médico aporte de sí mismo, abierto a lo que el paciente tenga que decir, y sea capaz de encontrarse con el sufrimiento que el paciente esconde de su propia vida. Además, el médico debe evitar herir al paciente o violar su integridad con su lenguaje.

Modelo deliberativo

Es el método recomendado más en consonancia con la naturaleza dialógica de la bioética en que la relación entre el profesional de la salud y el paciente es horizontal y los considera como agentes morales. El profesional tiene la obligación de delinear la información pertinente a la situación clínica, ayudar a elucidar los valores implícitos en las diferentes opciones clínicas y, en conjunto, decidir la mejor opción desde el punto de vista médico y moral (2). Hay que tener en cuenta que los datos de la ciencia por sí solos no son suficientes, ya que esta opera con probabilidades estadísticas y, en cambio, el tratamiento y el diagnóstico más adecuados dependen de la persona del paciente como individuo único. El médico solo discute valores que afectan a la enfermedad en concreto y a las posibilidades de tratamiento; debe cuidarse de crear incertidumbre en el paciente o de producir ansiedad por temores infundados; no debe amenazar al paciente infundiéndole miedo con múltiples prohibiciones para que este actúe de la forma que él cree más saludable, sino motivarlo de forma constructiva y con autoridad.

Un médico sin habilidades comunicacionales no podría nunca desarrollar este método; debe tener cuidado con las palabras y adaptarlas al tipo de persona que tiene delante. Comunicar todo el estado de la ciencia con probabilidades sobre una enfermedad o síntoma en particular no es bueno, hay que ir a lo esencial. También debe ser capaz de transmitir esperanza.

Tampoco ayuda al proceso deliberativo que el paciente tenga dificultades comunicacionales. El paciente debe sentir que el médico está interesado en él como persona, lo que le facilita abrirse y compartir aspectos que son íntimos y dolorosos. Se necesita capacidad de diálogo y de escucha por parte del médico y del paciente. Este modelo valora la autonomía del paciente como un sujeto capaz de desarrollo moral y de tomar decisiones compartidas sobre valores relacionados con la salud.

Equidad en el sistema de salud

Para humanizar la salud también es importante tener en cuenta las situaciones de inequidad. La equidad en salud se basa en el principio de justicia distributiva e implica reducir la desigualdad de oportunidades para estar sano, que se asocia a la pertenencia a grupos sociales menos privilegiados (pobres, marginados por factores étnicos y religiosos, mujeres y campesinos, entre otros). Alcanzar la equidad en salud significa eliminar desigualdades de salud asociadas de manera sistemática con la desventaja social o marginalización. Por la equidad se busca distribuir las cargas sin discriminaciones injustas (las justas serían las urgencias y las catástrofes, entre otras) y en la igualdad en las posibilidades de acceso y en la distribución de los recursos de salud, al menos dentro del mínimo ético exigible en cada situación concreta (6).

Al establecer prioridades en la atención de salud es importante buscar el logro en la equidad en el acceso a la atención en salud, ya que existe evidencia empírica consistente que demuestra la existencia de desigualdades en salud (medidas por esperanza de vida al nacer, tasas de mortalidad infantil, mortalidad por causas o tasas de morbilidad) entre diferentes grupos socioeconómicos, definidos de acuerdo con su nivel de ingreso, educación, origen étnico, género, área de residencia u otros factores similares. Para ello, es central la medición de las condiciones de salud, los valores que guían las políticas públicas y los determinantes sociales de la salud para realizar acciones que promuevan un cambio hacia la equidad. Se ha de otorgar una importancia mayor al peso relativo de ciertos grupos sobre el total de la población para priorizar las decisiones y las áreas de trabajo, con énfasis en las áreas que afectan a los grupos más desfavorecidos.

Los cuidados en salud escasos tienden a incrementar la pobreza de dos maneras: (a) indirecta, a través de la influencia negativa que ejerce sobre el crecimiento y el desarrollo; (b) directa, mediante el círculo vicioso de la pobreza, es decir la malnutrición, las enfermedades, el desempleo o el empleo reducido, los salarios bajos, las viviendas insalubres, el nivel de educación bajo, la productividad escasa, las dificultades en el acceso al agua potable limpia y a los centros de cuidados de salud, un número elevado de hijos, los embarazos no deseados y el abuso de sustancias, entre otros. A ello se añade que las poblaciones pobres están más expuestas a sufrir el deterioro del medio ambiente y la discriminación. Hay muchos factores que afectan a la atención de salud que deben tenerse en cuenta (7):

- » Los factores y procesos mundiales que afectan a la equidad sanitaria y limitan las posibilidades de los países para corregir las desigualdades en salud dentro de su territorio;
- » Las estructuras y las relaciones sociales y políticas que afectan de manera diferencial a las oportunidades de la gente de conservar la salud en una sociedad determinada;

- » Las interrelaciones entre factores a nivel individual y social que aumentan o disminuyen la probabilidad de lograr y mantener una buena salud;
- » Las características del sistema de atención de salud que influyen en la equidad en atención de salud;
- » Las intervenciones normativas que reduzcan de manera eficaz las desigualdades en salud.

Información, comunicación y equidad

El concepto de equidad está ligado de manera estrecha con el de justicia, que a su vez adopta diferentes formas. Se habla de justicia conmutativa cuando en las relaciones, en especial las de naturaleza contractual, las partes acuerdan retribuirse lo que intercambian en forma proporcional y apropiada. El “honorario” por las prestaciones médicas, por ejemplo, es una forma de denominar una compensación que, debido a la naturaleza impagable del servicio prestado (restaurar la salud o salvar la vida), no solo se hace con dinero, sino también con honor y aprecio. Suele hablarse de justicia distributiva cuando los bienes de los que dispone una comunidad se reparten de tal modo que los semejantes son tratados como semejantes y la “ceguera” de la norma o tradición, esto es, la aplicación acrítica y automática de la regla universal, se compensa con la prudencia. Puesto que se reconoce que las personas son desiguales en numerosos ámbitos, la prudencia indica que se deben compensar y equiparar las desigualdades que son injustas por ser evitables, innecesarias o intencionadas. La equidad es, por ende, la forma de justicia más apropiada (8). No supone un igualitarismo ciego, sino una igualdad que sea valiosa para la vida y la dignidad humanas que, si bien tienen valor, no tienen precio. Son atributos intransables de la condición moral de los seres humanos y compete a las profesiones que tratan con ellos acrecentar la conciencia ética de las comunidades, es decir, la moral reflexionada y justificada por principios universales.

Equidad del acceso a la información y comunicación

No cabe duda de que la información es un bien (*commodity*) que repercute en el bienestar de las personas. Sin embargo, la relación no es sencilla. Las formulaciones primitivas del desarrollo, populares hace algunos lustros, fundamentaban la necesidad de la investigación científica, porque más conocimientos significaban más riqueza y más riqueza implicaba una mayor felicidad. El lema positivista de “ver para prever, prever para proveer” equipara la cantidad de información con una mayor capacidad para superar problemas, que a su vez redundaba en mayor satisfacción humana. El concepto de desarrollo suplantó al de progreso, que el positivismo clásico postuló como meta de

la humanidad. Todas las sociedades debían cumplir las etapas del progreso científico y moral de manera relativamente uniforme. Aun si se reconoce que algunas sociedades desarrolladas (por definición, más ilustradas y con un nivel de bienestar más alto) han cometido algunos errores que las que están en desarrollo podrían conocer y evitar, a las primeras se las presenta como el *desideratum* de la perfección humana y el modelo que debe emularse.

Muchas de las presunciones en que se basa este punto de vista son discutibles en un sentido lógico y ético. En primer lugar, la secuencia información-riqueza-bienestar está lejos de ser convincente, entre otras razones porque la información es solo uno de los constituyentes del conocimiento, el cual se caracteriza más por la estructura y el ordenamiento de la información que por su cantidad. El conocimiento es información organizada en torno a intereses y valores sociales. No puede afirmarse que las sociedades más desarrolladas sean aquellas donde predomina el conocimiento. Aun en las más complejas y evolucionadas, o en las mejor alfabetizadas, hay ignorancia, prejuicio, superstición e ideas primitivas. El conocimiento no tiene una distribución uniforme en la población, de modo que la capacidad para utilizarlo y ampliarlo no es homogénea ni uniforme.

Tampoco puede sostenerse por todos los miembros de esas sociedades reconozcan y acepten los valores que fundamentan el trato humano. Falta resolver en ellas dilemas perennes de la condición humana; hay disensos internos, violencia e injusticia, desprecio por los derechos de las personas e insatisfacción.

La premisa de que la información se vincula con el bienestar debe, por ende, examinarse desde un punto de vista antropológico amplio y puesta en relación con la acción social orientada hacia obtener algún valor. Ninguna educación a ciegas, sin metas sociales, produce de forma automática la satisfacción deseada o el bienestar esperado que los panegiristas del desarrollo han destacado con cierta ingenuidad. La equidad en materia de información pasa por reconocer que el conocimiento, que es información articulada, exige procesos de comunicación, en los cuales la praxis de las profesiones y las organizaciones profesionales debe tener activa participación.

La praxis comunicativa no debe confundirse con la comunidad de finalidades o metas de las decisiones estratégicas de los actores sociales, ni con el acatamiento de las normas o el comportamiento adecuado (“políticamente correcto”) en las comunidades. Implica el reconocimiento mutuo de los individuos y los grupos como interlocutores válidos que, en el espacio provisto por los lenguajes simbólicos, aspiran a compartir cometidos (tareas), contenidos (datos e informaciones), conocimientos (estructura y organización de los datos) y respeto por la dignidad de los demás (9).

La diferencia entre grupos y personas en términos morales (“extraños en lo moral”, en la expresión de Engelhardt⁴) (10) se transforma en desigualdad epistémica cuando los datos y la información que se consideran relevantes o

4 Hugo Tristram Engelhardt (1941-2018), filósofo estadounidense.

útiles se imponen sin tener en cuenta el campo comunicativo y los espacios semánticos en los que pueden tener sentido. La imposición generalizadora de un punto de vista es, de por sí, una manifestación de inequidad y una expresión de imperialismo ético. Gran parte de la clásica educación sanitaria consistía en imponer el punto de vista del experto a poblaciones incapaces de asimilar la información y en las cuales, a menudo, la estructura del conocimiento “científicamente correcto” era ajena a sus hábitos de pensamiento y valores prioritarios. La literatura antropológica y etnológica suele documentar la distinción entre dato y creencia como una mezcla entre el poder del discurso técnico para imponer su verdad y formas legítimas de acceder a certidumbres. Por definición, la creencia es desvalorizada como irrelevante o trivial, sin atender al poder de las convicciones en el estado de salud. A menudo, la diferencia entre creencia y dato se basa en los procedimientos para su obtención o en la autoridad de la fuente. Por último, se trata de una contienda entre diferentes discursos con los que se aspira a articular y controlar la realidad (11).

La comunicación científica

La responsabilidad profesional se relaciona con la información destinada a construir conocimientos generalizables. Como se ha señalado, estos no consisten en información solamente, sino más bien en la estructura que la dota de sentido social. No hay conocimiento neutral. La información puede articularse con fines estéticos, utilitarios, publicitarios o teóricos. El conocimiento es información interesada (del latín *inter-esse*, entre seres), es decir, que equivale a revelar vinculaciones entre personas o cosas. El conocimiento es lo que las instituciones académicas y universidades construyen, transmiten y atesoran. Es el conocimiento, no la información, la sustancia del progreso de las disciplinas científicas. La mayoría de los profesionales del área de la salud basan sus afirmaciones y convicciones en conocimientos publicados. La ética de la publicación científico-técnica también exige responsabilidad y respeto: de allí deriva su legitimidad. La comunicación pública de un procedimiento diagnóstico o terapéutico nuevo debe hacerse solo después de comprobar su utilidad y eficacia. En el cambio biomédico impera la norma de que nada debe ser comunicado a los medios masivos si antes no ha sido consignado en revistas especializadas o al menos sometido al juicio de pares rigurosos (regla de Ingelfinger⁵). De otro modo, se despiertan falsas expectativas y puede aprovecharse el estado de necesidad de las personas para lucrar o abusar (11).

Debe destacarse la integridad en la obtención y el manejo de los datos que sirven de base a la información y al conocimiento. Por ella se entiende no solo la honradez que debe imperar en su obtención y comunicación, sino también

5 En 1969 se proclamó la regla Ingelfinger por Franz Joseph Ingelfinger, editor en jefe de la revista *The New England Journal of Medicine*. Esta regla estipula que un manuscrito solo podía ser considerado para publicación si su contenido no había sido publicado previamente.

la calidad de los medios que se usan. Aun aquellos datos que pueden ser útiles para el progreso de la ciencia pierden su carácter benéfico y se transforman en simples medios para obtener prestigio, dinero o poder, si se obtuvieron mediante el engaño, la coacción o la falsedad. En este ámbito, no basta con respetar de manera formal las declaraciones internacionales y las normas éticas, imperativos para publicar en revistas prestigiosas. Es necesario tener la convicción plena de que respetarlas es condición intrínseca del carácter de un científico responsable, que elige no solo un medio para obtener recompensas sociales, sino un estilo de vida orientado a acrecentar el conocimiento (12).

La información pública

Los profesionales de la salud no constituyen la única fuente de información sanitaria. Esta se encuentra ampliamente diseminada, sobre todo desde el advenimiento de los sistemas electrónicos de acceso fácil, como la internet. Hay, por lo tanto, una industria de producción de datos e información que ha superado con creces la oferta de libros y revistas. Velar por la idoneidad de esta información es también responsabilidad de las instituciones y expertos en comunicaciones. En esas fuentes puede haber fines ajenos a la terapéutica y la ciencia (p. ej., el afán de lucro), por lo que el equilibrio adecuado debe basarse en los principios de beneficencia, justicia y ausencia de maleficencia, además del respeto a la autonomía ya mencionado. Para los médicos y otros profesionales sanitarios, la ausencia de maleficencia no debe entenderse solo en relación con su actividad personal, sino que ha de extenderse a las actividades de otros. Un experto que considere que la información proporcionada por una fuente o un medio cualquiera no es idónea ni confiable, o que puede llevar a comportamientos inadecuados, debe manifestarlo y evitar así las falsedades o perjuicios a los que pueda dar origen dicha información. Por otra parte, es responsabilidad de los profesionales, en su búsqueda de la equidad en el campo de la información, conseguir que ella sea accesible en la medida en que las audiencias pueden entenderla. Este *principio de proporcionalidad* afecta al lenguaje en que la información se comunica y al tipo de información que se difunde, la cual debe aspirar a conseguir un beneficio máximo para el mayor número de personas, con respeto por sus patrones culturales y su bienestar.

No es necesario que los expertos se transformen en censores públicos de la información para que esta demanda ética se vea satisfecha. Su verdadera obligación es considerar de una manera global lo que mejor satisface el bienestar general. No consiste en rechazar la publicidad o los intereses comerciales o de otra índole, puesto que sería ilusorio negar la influencia del mercado en la vida contemporánea. Velar por el bien común y la fe pública en la comunicación que afecta a la salud es un imperativo universal y parte de la responsabilidad de los profesionales. La prudencia es aquella virtud que permite resguardar la cantidad y calidad de la información de salud que se destina al público, que

debe ser lo suficientemente explícita como para ser útil y lo suficientemente cautelosa para no generar alarma innecesaria. Debe, en síntesis, promover el bienestar y ser parte de él.

La bioética como diálogo social crítico

Uno de los adelantos más importantes de la ciencia de la comunicación consiste en haber superado la noción de que la comunicación es eficaz porque transmite algo al receptor. Más bien, la comunicación eficaz es aquella que se internaliza en las destrezas, actitudes y capacidades de este. La comunicación verdadera y legítima en el campo de la salud selecciona, en quien la recibe, aquellas conductas que son deseables para promover el bienestar.

En términos prácticos, esto significa que la comunicación entre los que son expertos y quienes no lo son precisa de varios requisitos para ser eficaz. En primer término, hace falta una motivación para promover la demanda de información. En segundo lugar, es necesario que el contenido y la forma de la información estén en proporción con la capacidad del receptor para comprenderlas e integrarlas de manera armoniosa a su conjunto previo de creencias, nociones y conocimientos. Por último, es preciso que haya posibilidades de usar los conocimientos, esto es, que lo aprendido redunde en una diferencia en términos prácticos. El saber y el hacer puros son insuficientes. Como en el caso de las profesiones y el conocimiento formal, todo conocimiento útil desde el punto de vista consiste en saber hacer algo (13).

El discurso bioético se ha caracterizado por haber hecho partícipes a todos los agentes y actores sociales en las decisiones que les conciernen. Entre ellas, las referidas a la salud son importantes, ya que no hay persona que no ocupe alguna vez en su vida el papel social de enfermo. La asimetría natural de las relaciones entre expertos y profanos no debiera verse con ello alterada, pero sí modificada en un sentido positivo. Lo que los sistemas de cuidado de la salud debieran proveer a las personas se sintetiza en las palabras curar, sanar y cuidar, pero también en habilitar para el autocuidado y la formulación de expectativas realistas. Cualquiera que sea la evolución de las instituciones sanitarias, es de suponer que las crisis cíclicas por las que atraviesan podrían atenuarse si las demandas estuvieran en consonancia con sus ofertas verdaderas y no las que son falsas o desmedidas (14).

No existe ni el vacío ético ni la neutralidad moral. Científicos, técnicos, educadores y profesionales deben reconocer que todo su quehacer tiene un valor y una utilidad moral. Algunas de las acciones más censurables de grupos y personas se han debido a la creencia errada de que el conocimiento científico tiene un valor neutro. En la medida en que sus efectos o consecuencias afecten a las personas, eso es una equivocación.

Tal es el sentido del paradigma bioético en las ciencias y las disciplinas técnicas. La ciencia y sus aplicaciones son asuntos humanos y, en virtud de ello,

son acciones morales cuyos agentes tienen el carácter de agentes morales, esto es, personas conscientes y responsables de sus actos. La información es, en sí misma, un elemento necesario, pero no es suficiente para construir conocimientos. Una misma información puede utilizarse en diversos contextos. Por ejemplo, puede servir para apoyar un argumento económico, fundamentar una acción terapéutica, zanjar una disputa teórica o ser parte de una elucubración filosófica. A partir de la información, se construyen distintos tipos de conocimientos que tienen interés social y su propia retórica de producción y transmisión. El conocimiento científico debe su hegemonía a las formas aceptadas de obtenerlo, a la autoridad de la tradición que corporiza y a su eficacia en el plano práctico. La equidad en el acceso al conocimiento no consiste, por lo tanto, en propalar informaciones útiles o verdaderas, sino en reformularlas según el contexto de quienes van a recibir dicho conocimiento. Ello impone un modo especial de aproximarse, el de tipo comunicativo, que no consiste simplemente en difundir, sino en establecer un diálogo prudente con quienes reciben el conocimiento, y darle a cada participante la posibilidad de incorporar lo nuevo en el contexto de sus experiencias anteriores, su cultura peculiar, sus valores tradicionales. Aunque ello rige sobre todo en el campo de la comunicación pública y en la relación entre expertos y legos, también debe tenerse presente en las relaciones entre tradiciones científicas disímiles, entre científicos de culturas distintas y en la necesaria relación del discurso científico con otras prácticas sociales, como la economía y el derecho. Si la equidad se entiende solo como la posibilidad de acceder a la información, se pierde su carácter esencialmente moral, que es la justicia en el respeto a la diversidad: tratar a los semejantes como semejantes y a los no semejantes como no semejantes. Para ello hace falta una comprensión profunda de la comunicación como participación y como respeto a la dignidad de las personas, la cual impone deberes y derechos.

Es posible argumentar que un aspecto importante del debate sobre la equidad y la comunicación debiera gravitar en torno a la disponibilidad de los medios técnicos adecuados para acceder a las nuevas formas de información. Se habla, con razón, de la brecha digital (*digital divide*), que separa a los que tienen (*haves*) de los que no tienen (*have nots*) en materia de información electrónica. Sin duda, se trata de un aspecto que merece atención. En las ciencias y las técnicas que afectan al bienestar de las personas parece operar el famoso principio que Mateo enuncia en su Evangelio: “a los que tienen, se les dará” (Mateo 25:21-29). Se sabe que un científico que ha publicado un trabajo tiene más probabilidades de publicar otro que uno que nunca ha publicado nada, y esta probabilidad aumenta con el número de publicaciones. Quienes ya poseen acceso a internet suelen conocer formas nuevas de mejorar su acceso precisamente mediante los propios recursos de la red electrónica, de modo que la tendencia natural de los sistemas tecnocráticos es a acrecentar, no a reducir, las desigualdades. Es probable que lo mismo se aplique a cualquier otro recurso y, sin duda, el ejemplo más divulgado se refiere a los sistemas

sanitarios. Hasta ahora, no es convincente el argumento de que quienes tienen debieran renunciar a parte de lo que poseen para que otros también lo tengan, pues las nociones de necesidad y el principio de justicia como equidad no concitan adhesión universal ni pueden imponerse por la fuerza.

Es posible que el principio de que “quienes más tienen, más pueden” no se aplique, a manera de excepción, a la comunicación genuina de aquellos conocimientos que suponen mejoras del estado de salud y bienestar. El conocimiento es algo distinto de la información, por lo que es concebible que se pueda cerrar la brecha que separa a los grupos humanos mediante una reformulación prudente y un esfuerzo por parte de profesionales comprometidos con la causa de la equidad en el saber. Porque saber siempre equivale a compartir. El conocimiento que no se comparte degrada a quienes lo tienen tanto como a quienes no lo tienen. Si los medios fallan, se deberá procurar que sean uniformes en el futuro y suplir su deficiencia con el esfuerzo, la buena disposición y la excelencia que deben presidir en el ejercicio de las profesiones sanitarias.

Conclusión

Establecer y sostener una buena relación de comunicación médico-paciente constituye una meta importante en la práctica médica, ya que a través de esta relación se efectúa la sanación. Esta se realiza mucho mejor cuando se unen el arte y la ciencia de la medicina, cuando cuerpo, psicología y espíritu son tratados en conjunto. Un médico que carezca de conocimientos científicos no puede sino ser amable, pero un médico que no se preocupe por el paciente, vacía a la medicina de su contenido humano para pasar al dominio exclusivo de la técnica.

Los profesionales de la salud deben formarse, por tanto, no solo con un conocimiento biomédico excelente, sino también en la capacidad de transmitir confianza y de cultivar aptitudes y valores relacionales, en especial aquellos necesarios para la práctica de la medicina.

El médico debe ser educado en ética médica y en los valores, de forma que sepa anteponer el interés del paciente al suyo personal, y saber lo que significa ser un buen médico y profesional, y formar su carácter moral. El médico también debe desarrollar habilidades comunicacionales, ya que a través de la comunicación con los pacientes se forja una relación en la que estos se sienten tratados como personas. Estas habilidades ayudan a que el paciente se sienta satisfecho, y facilitan la resolución de dilemas éticos y la toma de decisiones para el tratamiento.

La medicina se beneficiaría y se humanizaría si los médicos funcionaran siempre en su relación con el paciente en un modelo comunicacional deliberativo o interpretativo, que atienda tanto lo biológico como lo psicológico, lo espiritual y lo social; no bajo un modelo paternalista, que deja a un lado la

reflexión; ni bajo un modelo contractual o consumista, que abandonan la confianza que debe establecerse entre el médico y el paciente; ni bajo un modelo biomédico que ignora los factores psicológicos y espirituales de la enfermedad. El modelo deliberativo tendería a favorecerse con la formación de los pacientes, que aumentaría su capacidad de participar en las decisiones.

La equidad como valor social, que representa la forma practicable de la justicia, impregna la noción de que los avances de las ciencias y la tecnología deben colocarse a disposición de todos los actores y agentes sociales con finalidades consensuadas y en las formas apropiadas según su posición en el grupo social.

Buena parte de la labor para el futuro deberá consistir no solo en acrecentar los medios técnicos y ponerlos a disposición de todos, sino también en buscar formas de construir conocimientos que puedan compartirse aun cuando no se dispone de tecnologías costosas. Hablar a cada uno de los agentes y actores sociales en su lengua significa respetar, en el plano de la comunicación, la equidad del conocimiento útil.

REFERENCIAS

1. Pellegrino ED. The healing relationship: the architectonics of clinical medicine. In: Shelp E, ed. *The clinical encounter: the moral fabric of the patient-physician relationship*. Dordrecht, Boston: Reidel, 1983:153-72.
2. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *Journal of the American Medical Association* 1996;267:2221-6.
3. Barbour A. *Caring for patients: a critique of the medical model*. Stanford, California: Stanford University Press, 1995.
4. Culbrandsen P, Hjortdahl P, Fugelli P. General practitioner's knowledge of their patient's psychosocial problems: multipractice questionnaire Survey. *British Medical Journal* 1997;314:1014-8.
5. Gilligan T, Raffin TA. Physician virtues and communicating with patients. *New Horizons* 1997;5:6-14.
6. León Correa FJ. *Bioética razonada y razonable*. Santiago de Chile: Fundación Interamericana de Ciencia y Vida; 2009:185.
7. WHO Task Force on Research Priorities for Equity in Health, & the WHO Equity Team. Prioridades de investigación para impulsar la agenda de políticas de equidad sanitaria. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 83/12, 2010.

8. Rawls. J. *Una teoría de la justicia*. 2^a edición en español. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica; 1995.
9. Habermas J. *Zur theorie des kommunikativen Handelns*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag (edition Suhrkamp); 1988.
10. Engelhardt T. *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona: Paidós; 1995.
11. Lolas F. *Proposiciones para una teoría de la medicina*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1992.
12. Lolas F. Ética de la publicación médica: legalidad y legitimidad. *Acta Bioethica* 2000; 6(2):283-291.
13. Lolas F. *Más allá del cuerpo: la construcción narrativa de la salud*. Santiago de Chile), Buenos Aires, Ciudad de México: Editorial Andrés Bello; 1997.
14. Lolas F. *Bioética y antropología médica*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2000.

CAPÍTULO III

Temas bioéticos en salud mental⁶

Introducción

La respuesta biomédica a los problemas de salud mental ha significado grandes avances en la comprensión y el abordaje terapéutico de los trastornos neuropsiquiátricos, pero no da respuesta a las desigualdades que existen de relaciones de poder y de recursos que afectan la salud mental (1). Además, el énfasis en que la enfermedad mental se debe a un problema del cerebro ha provocado el uso excesivo de psicofármacos, cuya sobredosis causa daño en los pacientes (1). También se ha incrementado la exigencia de exámenes para el diagnóstico el número de diagnósticos y cada vez se diagnostica más temprano el inicio de enfermedad mental en niños; con frecuencia se dan desacuerdos entre especialistas en el diagnóstico de trastornos mentales, lo que causa confusión y refleja el entendimiento limitado que existe de los mecanismos moleculares del cerebro que tienen relación con la enfermedad (2). A pesar del esfuerzo de la neurociencia, la neuroquímica y la genética, aún no se han identificado criterios biológicos en el cerebro para los trastornos mentales descritos por la psiquiatría (3). Todavía muchos trastornos mentales carecen de cura y prevención efectivos. Cuando existe tratamiento efectivo, es muy costoso y no está disponible para aquellos que más lo necesitan (4).

Se critica que la tendencia de la psiquiatría actual en salud mental global está distorsionada por su dependencia financiera de la industria farmacéutica, basada en la teoría de la causalidad biomédica de las enfermedades mentales, que por lo tanto deben ser tratadas con fármacos, con desconsideración hacia los factores sociales y aspectos preventivos (5). Esto se agrava al transferir

6 Este capítulo está basado en los siguientes artículos que han sido actualizados: Lolas, F. Tendencias y necesidad clínica de los principios éticos. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (Barcelona, España)* 2015;8:1-2.

Lolas, F. Desafíos axiológicos para la psiquiatría contemporánea. Pluralismo e imperativo bioético. *Salud Mental (México)* 2015;38:1-4.

Lolas, F. Salud mental y psiquiatría: Pluralidad y heterogeneidad. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría (Santiago)* 2008; 46(2):97-98.

Rodríguez-Yunta, E. Determinantes sociales de la salud mental. Rol de la religiosidad. *Persona y bioética*. 2016; 20(2):192-204. Doi: 10.5294/pebi.2016.20.2.6

este esquema a países de recursos bajos y medios, con presupuesto bajo para adquirir fármacos y una cantidad insuficiente de especialistas en psiquiatría. Los problemas de salud mental se distinguen de otras enfermedades en que su expresión primaria se manifiesta en desequilibrios de orden social o psicológico de múltiple causalidad, al alterarse la regulación del comportamiento a través de procesos cognitivos, emocionales, de sensación y percepción (1). En parte, la causa del desequilibrio puede provenir de un mal funcionamiento neurofisiológico, pero también puede provenir de otras causas añadidas como problemas de relaciones personales o falta de adaptación en el aprendizaje.

Preocupa que la urgencia por abordar inequidades en salud global mental pueda forzar intervenciones que no sean relevantes a nivel local, con desconocimiento de factores culturales, lo que puede producir efectos negativos como diagnósticos e intervenciones inapropiadas, aumento del estigma social y resultados pobres en mejora de salud (6). Existen tensiones entre la toma de decisiones de salud pública basadas en prácticas de biomedicina basadas en la evidencia y la aproximación a la salud pública basada en la experiencia comunitaria, que enfatiza los determinantes sociales de la salud mental y las prioridades locales con fortalecimiento de los recursos comunitarios y el desarrollo de soluciones endógenas (6).

La salud mental se refiere al bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de personas afectadas con trastornos mentales. Los estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestran que los trastornos de salud mental son aún de los problemas de salud que genera mayor impacto en la calidad de vida de las personas y en costos económicos para el individuo, la sociedad y los sistemas de salud (4).

Determinantes sociales de la salud mental

En sentido general, los determinantes sociales de la salud se refieren a todos los factores sociales que inciden en la salud, incluidas la estructura social, prácticas e instituciones, la identidad personal y los procesos interpersonales; los más determinantes son la pobreza, la desigualdad y la exclusión social (7).

La OMS ha creado una comisión para estudiar los determinantes sociales de la salud y elaborar recomendaciones con el fin de disminuir inequidades en salud. Las desigualdades sociales en salud se deben a diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente, que producen inequidad entre las poblaciones (8). La peor condición de salud de los grupos sociales se debe a tener menor poder social, económico y político, peores condiciones de vida y menores oportunidades y recursos relacionados con la salud (9-11). El estudio de la comisión de la OMS muestra que las condiciones de vida influyen en la manera en que las personas enferman y se mueren, por lo que se

puede obtener una mejor calidad de vida mediante el empoderamiento de las personas y los grupos sociales y otorgando recursos en prevención para disminuir desigualdades injustas en salud (12). En el área de la salud mental, la pobreza, el desempleo y la falta de relaciones sociales incrementa el riesgo de padecer trastornos mentales (13). El informe presenta un análisis de las causas sociales tanto de la salud como de la enfermedad desde una perspectiva epidemiológica social, con base en la ética de la justicia global (14).

La salud se plantea como una capacidad y la obtención de equidad se centra en las oportunidades, de manera que la distribución de los determinantes de la salud permita una equidad en oportunidad de vida saludable de acuerdo con la comisión de la OMS sobre determinantes sociales de la salud (15). Tener en cuenta los determinantes sociales de la salud aporta a la salud pública la visibilización de las desigualdades en salud, para centrar la acción en su reducción desde una perspectiva de la justicia social y la necesidad de plantear cambios estructurales en la sociedad como herramienta (16). Desde la bioética, y bajo el principio de justicia, se ha de promover la equidad, de manera que las personas afectadas por trastornos de la salud mental no se vean con desventaja por discriminación en el sistema social.

Entre los determinantes sociales de la salud se encuentran los factores culturales. Se define la cultura como una forma común de vida que surge de visiones del mundo compartidas y de estructuras comunes de creencias, valores y comportamientos (17). La cultura conforma la identidad, forma de vida y tradiciones de grupos específicos, en lo que influye el sistema de creencias o religión y los valores. La cultura proporciona un sistema de significados que toma forma en procesos cognitivos y de interacciones personales (1). Los factores culturales contribuyen a formar determinantes sociales de la salud: 1) produce categorías de identidad y prácticas sociales que pone en desventaja a ciertos grupos; 2) influye en los determinantes sociales de la salud al proporcionar sistemas de interpretación que pueden agravar o mitigar ciertos riesgos (p. ej., proporcionando relaciones, prácticas espirituales o nociones de actividad significativa que cambian el significado de pobreza y exclusión social; 3) media la efectividad de intervenciones a nivel individual y poblacional; y 4) estructura las definiciones, valores y prioridades de bienestar y otros resultados positivos de salud (18). Los estudios de psiquiatría cultural pueden ayudar a entender las variabilidades locales en problemas de salud mental al tener en cuenta aspectos antropológicos, psicológicos y sociológicos, teniendo en cuenta el sistema de creencias cultural (1). Los factores culturales pueden influir en ayudar a enfrentar la enfermedad, la sanación y la recuperación y adaptarse a vivir con la enfermedad (1).

Tendencias y necesidad clínica de los principios éticos en salud mental

En psiquiatría existe un pluralismo axiológico. Esto significa que hay, al menos, dos tipos de valores involucrados en su ejercicio. Por una parte, valores instrumentales o técnicos, relacionados con la ejecución correcta del oficio. Por otra, valores morales, vinculados a la dignidad de las personas, al respeto de sus derechos y el reconocimiento de los deberes inherentes a toda interacción social.

Los valores del primer tipo deben considerarse fundamentales. No se puede ser un psiquiatra bueno si antes no se es un buen psiquiatra. El imperativo técnico, que supone conocimientos, destrezas, habilidades y oportuna intervención, es la primera obligación de un profesional. En él se basa parte importante del respeto que la sociedad concede a un grupo de expertos.

Sin la comprensión adecuada de los valores morales, sin embargo, toda competencia técnica deja de ser humanamente relevante. Respetar a las personas, proceder con espíritu benéfico, no hacer daño, considerar la justicia y la solidaridad en los actos son requisitos de las profesiones modernas (19).

Los principios que presiden el ejercicio cotidiano nacen de la fusión entre valores morales y técnicos. Si los valores son universales que dan sentido a los actos, los principios son normas, a veces no explícitas, que permiten la ejecución prudente y socialmente válida de las actividades profesionales (20).

La ética es la reflexión y el análisis sobre aquello que la creencia, la costumbre o la tradición consideran bueno o justo. Se trata de descubrir, fundamentar, explicitar y aplicar principios a las situaciones concretas. La fundamentación debiera realizarse considerando aquello que es racional y razonable. Racional significa sustentable con argumentos. Razonable implica factibilidad real y permanencia en los usos sociales (21).

La ética en psiquiatría no debiera ser la imposición acrítica de pensamientos filosóficos o normativas surgidas de un sistema abstracto. Debe proceder del oficio mismo y sustentarse en su práctica. Nada hay que justifique delegar en supuestos “expertos morales” decisiones que solo el practicante del oficio puede conocer y aquilatar. Para ello no basta con dictar cursos o leer normativas y códigos. La verdadera contextura ética se logra en el aprecio a la tradición, en el ejemplo magisterial, en la confrontación con las creencias, las diversidades humanas, las tradiciones y los lenguajes que emplean los miembros de una comunidad. La reflexión ética es siempre local. Está enraizada en lo más inmediato del quehacer, por más que deba auxiliarse de la razón y la fe. Se entiende fe aquí como toda creencia trascendente que ilumina los actos y les da sentido.

La psiquiatría es una actividad heterogénea. Desde el punto de vista histórico, se reconoce como uno de sus fines ayudar al que sufre, en consonancia con el *ethos* de la medicina. También ha cumplido papeles de control de lo desviado,

lo anómalo y lo perverso. En alguno de sus aspectos consiste en adquirir conocimientos válidos y confiables, incluye el acompañamiento y el consejo a quienes sufren, y también la intervención oportuna en asuntos sociales y el asesoramiento de quienes toman decisiones. La recuperación adecuada de las capacidades de las personas y su reinserción en el tejido social, al igual que la prevención de trastornos y la promoción del bienestar, se consideran esenciales en su desempeño como grupo profesional.

La investigación, la asistencia, el consejo, la intervención social son aspectos que demandan, cada uno en forma algo diferente, una reflexión ética. Los papeles sociales del investigador y del clínico son distintos. Su prestigio social, también. La situación en que se encuentra el terapeuta es, por definición, distinta de aquella en que está quien solicita sus servicios. La forma de definir los padecimientos debe considerar que no es lo mismo tener una enfermedad que sentirse enfermo o ser considerado enfermo. La tarea emancipadora de la psiquiatría moderna consiste en brindar universal ayuda a quienes lo necesitan, en diagnosticar de manera acuciosa lo que es digno de intervención, en prevenir y en pronosticar. Y, cada vez más, en definir de manera correcta lo que es un buen resultado terapéutico. Un buen resultado no es solo el que declara el experto, sino el que las personas aceptan y reconocen. La “competencia cultural”, aquilatar y respetar lo distinto, y la tolerancia de la diversidad son habilidades que exige la contemporaneidad.

En todas estas facetas, reflexionar sobre lo que es apropiado técnicamente, bueno en el espacio moral y justo en la trama social, es tarea ineludible que impone la ética. Hoy, la ética es tarea comunitaria. Se expresa en la integración de visiones y expectativas diversas. La institución social de los comités —de investigación, de trabajo clínico, de conducta profesional— se ha vuelto exigencia en todo el mundo. Ello no dispensa de la formación individual recta ni excluye las convicciones propias y la conciencia personal. Pero supone tolerancia, espíritu crítico, y una fusión adecuada de lo técnico y lo moral en consonancia con el pluralismo axiológico que demanda la psiquiatría moderna.

Los investigadores, clínicos y consejeros de la industria y la administración pública deben asumir en forma activa las tendencias actuales en relación con la contextura ética de la psiquiatría. No significan limitaciones sino, por el contrario, espacios nuevos de libertad y autorregulación que permitirán un mejor desempeño de la profesión.

El paradigma tecnológico y la psiquiatría

El gran desafío de la psiquiatría contemporánea no es solo técnico, sino que, además, es moral (22). Esta aseveración requiere clarificaciones. Se ha impuesto la idea de que el paradigma técnico, que asimila el trabajo en salud mental a lo que ocurre en otras áreas técnicas de la medicina, es el único que

puede prometer un progreso indefinido, mejorar la estimación social de las profesiones y aumentar su capacidad de servir (23).

El pensamiento progresista es tan ubicuo como el desarrollismo. El desarrollo socioeconómico y su necesidad es una manifestación del progresismo (24). En último análisis, ambas posturas desplazan hacia un futuro incierto la superación de todas las limitaciones. Prometen bienestar y satisfacciones para todos, sin importar su origen, condición o posibilidades. La medicina, como panacea, será un bien del cual gozarán todas las personas gracias al desarrollo de productos y técnicas nuevos. Lo nuevo significa en el ideario consumista siempre lo mejor, lo que se necesita, lo que trae felicidad. La reinterpretación de la historia que ello supone debe ser materia de debate. Los avances deben examinarse no solo a la luz de lo que traen o prometen sino de lo que es socialmente eficaz. El mercado es un creador de necesidades y la racionalidad tecnocrática tiene como fin presentar soluciones para problemas aún no sentidos como tales. La medicina no solo debe aliviar nuestros males, sino que debe hacernos más bellos, inteligentes y longevos. Debe responder no solo a las necesidades, sino que también debe satisfacer deseos. La medicina del deseo es la culminación del arte. Esta ideología está presente en los escritos técnicos de modo implícito.

Las profesiones ganan ascendiente social gracias a sus mitos. Medicalizar los trastornos del comportamiento, en especial los graves, sirvió para humanizar a los enfermos. La tradición que atribuye a Philippe Pinel (1745-1826) la liberación de los enfermos mentales de sus cadenas en la Francia de 1793 es, sin duda, interpretable como un triunfo de los ideales revolucionarios (25). Retrospectivamente, se la considera un respaldo emocional a la igualdad de los seres humanos y una demostración del ideal de servicio. A la vuelta de unas décadas, los críticos señalan que el poder de la profesión psiquiátrica ha servido y sirve para consolidar estructuras de poder y fundarlas en el argumento de lo patológico (26). Aun la "cura moral" de los alienistas del siglo XIX, la fundación del asilo para segregar el crimen, la locura y la pobreza, o las propuestas tecnocráticas para su prevención y curación pueden interpretarse bajo esta óptica. La impresión de que se superan etapas hacia una auténtica medicina de la persona, aunque refutada cuando se analiza la situación global, sirve de argumento para fines muy diversos. La industria farmacéutica, aliada a la profesión psiquiátrica, la convierte en su instrumento. Puede proclamar, con razón, que sus desarrollos son beneficiosos. Pero también sirve a sus propios intereses económicos. De hecho, más de algún avance conceptual, como la definición de ciertos comportamientos como patológicos y necesitados de tratamiento, se debe a que existen formas de abordarlos antes insospechadas.

El paradigma tecnológico, y sus consiguientes intereses, pueden tener consecuencias distintas de las esperadas. Por ejemplo, es discutible que solo la introducción de la terapia neuroléptica haya hecho innecesarios los asilos. Su reducción tuvo que ver, además, con consideraciones sociales y económicas. La desinstitucionalización realizada en muchos países; por ejemplo, en

Italia, partió como ideología humanitaria, tuvo su base tal vez en una población desmesurada a asilar debida a razones distintas del diagnóstico (pobreza, por ejemplo) y ha conducido en algunos casos a formas soterradas de abuso y discriminación. Muchos años después que Franco Basaglia (1924-1980) reconociera que el manicomio no era fruto de la ciencia sino del poder, el argumento sigue vigente. Algunos expacientes se llaman a sí mismos “sobrevivientes”. Pese a los progresos significativos de la industria y la investigación biomédica, aún existe desconfianza y la percepción de que la situación no ha cambiado, no solo porque en nombre de la ciencia que subyace a la psiquiatría técnica se abusa de ella con fines políticos (y no solo en la antigua Unión Soviética o la Alemania nazi), sino también porque los beneficios no llegan a todos los que los necesitan. Cuando las organizaciones internacionales proclaman que no hay salud sin salud mental, su propuesta consiste en aumentar el número de profesionales científicamente entrenados (27). Cuando una disciplina como la psiquiatría revisa cada cierto tiempo sus criterios diagnósticos y terapéuticos, manifiesta que su misma falibilidad se usa para incrementar su ámbito de poder en nombre de la ciencia. Lo demuestran las sucesivas ediciones del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (DSM), que incluye cada vez más categorías susceptibles de considerarse patologías. Es una manera de incrementar poder mediante argumentos que manifiestan otros intereses. El modelo de pensamiento hegemónico en las naciones civilizadas confunde la comprensión de otras culturas al pedir que su modo de argumentar e intervenir sea universal. El mismo concepto de salud mental global, pese a su auge, tiene a veces la impronta del pensamiento colonialista implícito en la noción de salud internacional. En más de una dimensión recuerda que la antropología clásica distinguía entre “ellos” y “nosotros”. “Ellos” eran quienes tienen otro sistema de creencias, sin duda menos valioso y en necesidad de una intervención civilizatoria. Los sistemas diagnósticos, cuya misión esencial es rotular y etiquetar, introducen una cisura y no mejoran la alienación que significa ser diferente.

El paradigma tecnológico se basa en algunos supuestos. Por ejemplo, que la biología humana es universal. Un cerebro es igual a otro cerebro. Pensamiento igualitario sin duda. Sin embargo, ignora que la mente no está en el cerebro, sino que es una construcción social y cultural. Afirmar que un antidepresivo resuelve los problemas humanos o que la industria de la psicoterapia es esencial para el bienestar impide reflexionar, y hacerlo significa poner en duda los beneficios de la ciencia y la tecnología. Ningún experto puede dudar de aquello que constituye el fundamento de su aprecio social. Debemos preconizar el uso extendido de medicamentos milagrosos y confiar en su eficacia. Debemos sostener que el modelo hegemónico de pensamiento es el único que brinda soluciones a los problemas de las personas. La salud pública, entendida como el esfuerzo organizado de una comunidad para prevenir enfermedades y promover la salud, debe prescribir y proscribir: indicar aquello necesario para el

bienestar e impedir lo que lo daña. La salud, en tanto concepto valórico, tiene una faz unívoca y lo sano es lo que dictan los cánones de la ciencia occidental.

Comprobamos que, con estos desarrollos, no se extirpa la violencia ni se mejora la aceptación social de lo diferente, sino que se obtura la comprensión y se la suplanta por el poder. Por otro lado, se estimula la aparición de movimientos alternativos radicales, aprovechados por charlatanes y comerciantes para atacar a la profesión médica o satanizar a la industria; situación que, lejos de resolver el problema, lo profundiza. Destruye la posibilidad de renovar y desplaza el interés por resolver los desafíos hacia contiendas estériles sobre creencias y datos. Quizás uno de los escollos reside en que los valores y creencias de las personas son considerados como trabas para el ejercicio de una vocación indiscutible de servicio, sin considerar que una interpretación adecuada, aunque parezca alejada de las demandas inmediatas, sería garantía de una mayor satisfacción por parte de profesionales y usuarios. Una correcta interpretación debe considerar que todas las profesiones se encuentran en una interfaz entre la política, la economía y la tecnología (28). El objeto de las profesiones, su tarea, debe considerarse a la luz de sus medios y sus fines. La misma construcción social “trastorno mental” debe mucho a prejuicios, influencias no científicas y poder de rotular. Sin necesidad de pasar a las filas de la antipsiquiatría o de la condena acrítica de la racionalidad económica, es necesario plantear el asunto desde un punto de vista amplio. Este radica en examinar los fundamentos morales del arte no solo por sus fines y medios, sino también porque en su forma más accesible involucra la disposición a la deliberación y el diálogo.

Pluralismo metódico y pluralismo axiológico

La psiquiatría -se usa esta denominación para incluir todo acto o intervención relacionados con la salud mental y el comportamiento- se caracteriza por un pluralismo metódico y un pluralismo axiológico. Antes, hemos aludido a esto como heterogeneidad, para incluir también los puntos de vista de quienes piden y quienes dan ayuda y las diferentes perspectivas que ello implica (29).

Pluralismo metódico, pues las fuentes de información son variadas. La tríada psicofisiológica incluye la conducta manifiesta, la ideación y la fisiología. Ninguno de estos ámbitos se reproduce fielmente en el otro. Cada uno es un texto y los otros dos sirven de contexto. Esto es, se interpreta mejor una expresión facial si se la relaciona con la ideación concomitante. Una señal fisiológica adquiere una significación diferente si se conoce lo que las personas dicen o hacen. La disociación entre estos ámbitos indica cuán estéril es inferir uno a partir de otro. El lenguaje empleado y los métodos para recoger información son diferentes. El conjunto de los tres, unido al conocimiento de la historia individual y colectiva (plasmada en recuerdos o en producciones objetivas) permite describir síndromes, emociones o estados y procesos patológicos. La

socialización profesional (especialistas y expertos) separa los universos discursivos y la interpretación de los problemas individuales y sociales.

Una consecuencia de esta pluralidad de fuentes de información, y su impacto diferente en la descripción y la formulación de diagnósticos, es la existencia de lenguajes en parte irreconciliables. Se forman comunidades de expertos cuya socialización dificulta el entendimiento con otros expertos. Eventualmente, puede llevar a una fisiología sin mente y a una mente sin cerebro, posturas extremas que recuerdan el viejo escuelismo de las tradiciones inmaduras.

En paralelo a este pluralismo metódico, se debe considerar el pluralismo axiológico. En sus diversas formas, como investigación o intervención, hay numerosos valores involucrados en la psiquiatría. Por valor se entiende la perfección ideal que da sentido a lo deseado u observado.

Así, hay valores económicos como la eficiencia, la competitividad y la honestidad, valores técnicos y, por último, valores morales. Puede sostenerse que los valores no morales son instrumentales y que los realmente inherentes a la condición humana son fines en sí mismos. Así, la dignidad, la autonomía o la no-maleficencia pueden considerarse esenciales en el trato interhumano, por ser valores humanos y no por ser instrumentos para conseguir otros fines.

A menudo se supone, en la literatura bioética, que cuando se habla de autonomía se quiere significar lo que la tradición filosófica consideró como tal. El concepto kantiano de autonomía no es equiparable a la libérrima posibilidad de elegir con que a menudo se lo confunde. Supone que se actúa conforme a la razón. Cuando hoy se invoca la autonomía en las numerosas variantes del consentimiento informado no solo se alude a un valor moral. En realidad, tal como lo entiende la mayoría de los profesionales, es un conjuro ritual que evita problemas legales o hace concesiones a las elecciones limitadas que enfrentan los pacientes o los sujetos de investigación. En tal sentido, el concepto de autonomía tiene, en el ideario del sentido común, valor tanto moral como técnico. Es, en realidad, un concepto puente entre las obligaciones morales y las necesidades técnicas. Otro tanto puede decirse de la beneficencia, la maleficencia o la justicia, entendidas en el ámbito del sentido común. Basta examinar los procesos deliberativos de los comités de ética o las prescripciones contenidas en las pautas bioéticas convencionales para percibir su calidad híbrida, moral y técnica. En rigor, la adopción de tales conceptos no se ha debido a convicciones éticas, sino a conveniencias impuestas por el cumplimiento de estándares y el acceso a recursos. Las revistas especializadas no publican estudios que no cumplan, al menos desde un aspecto formal, los requisitos contenidos en las normas usuales para la investigación clínica. Su adopción no implica compromiso moral, sino adaptación a exigencias que, en ocasiones, los investigadores no consideran esenciales.

La ética es la explicitación y fundamentación de la moralidad común a través del lenguaje. que puede ser descriptivo o prescriptivo. Es innegable la influencia de la cultura y la costumbre en su estructuración concreta. Una

comunidad que no valora la autonomía individual o la restringe para algunos de sus miembros (lo que se liga a la capacidad y la competencia) no es idéntica a otra que la erige como supremo valor. En el campo de las intervenciones terapéuticas, la ambigüedad suele no estar ausente. Respetar todo lo que los pacientes desean contradice el papel de experto que se atribuye al profesional y, a veces, también contraviene la norma legal.

En la jerarquía de las instancias de decisión ética podemos hablar de valores, principios y normas. Quizá los principios que median entre valores y normas tengan precisamente el carácter híbrido que les hemos atribuido. Por estar entre los valores y las normas de comportamiento, amalgaman y sirven de puente entre los comportamientos concretos (guiados por imperativos técnicos, políticos, económicos) y los valores (el “deber ser” ideal). Esto es, nuestra observación de que incluyen dimensiones morales y no morales es justamente su mayor importancia, aunque no siempre sea percibido así. Muchas de las personas, aun las ilustradas, creen obvio suponer que la tradición filosófica les ayudará a aplicar principios en la vida diaria. La ética es, en este sentido, una semántica de los términos que el lenguaje común usa en sentido valorativo. En esa estimación (la ética es, en palabras de Ortega⁷, una estimativa) es fundamental interpretar de manera correcta lo que otros dicen en el ámbito de su particular universo moral. La perspectiva hermenéutica, la interpretación de otros textos, es inseparable de la consideración ética en el contexto del diálogo.

Si algo ha cambiado en las últimas décadas es la comprobación de que la deliberación y el diálogo fundan y fundamentan el comportamiento moral sobre la base de intercambios entre personas (30). Así como se suele distinguir entre eficacia y efectividad, una el efecto en condiciones ideales y otra en condiciones reales, nunca las situaciones que se encuentran pueden esquematizarse con claridad. En la realidad no hay blancos y negros, sino solo grises. Ello no justifica un relativismo del tipo “todo vale”, pero es necesario recordar las enseñanzas de la casuística, que siempre tomaba (y toma) en cuenta la circunstancia (del latín *circum-stare*, lo que rodea) para emitir valoración y juicio. Las éticas monológicas, derivadas con rigor de un sistema filosófico, por muy ingenioso o atractivo que sea, no consideran siempre lo que en religión suele llamarse “el signo de los tiempos”. Spinoza, con su ética *more geomtrico*, no podía anticipar los conocimientos de la tecnociencia contemporánea, así como Kant tampoco podía predecir que la paz perpetua sería una utopía para la posilustración irracional. Si la ética filosófica hubiera ayudado, o ayudara, al bien-vivir y al bien-estar más allá de los confines de un individuo, no habría guerras ni conflictos.

La medicina es el arte por excelencia de la interpersonalidad al servicio de las necesidades humanas (31). No por mera compasión, pues ya decía el gran clínico Osler que la *equanimitas* -el distanciamiento que no enturbia el

7 José Ortega y Gasset (1883-1954), filósofo y ensayista español.

juicio- era una virtud del médico que sabe su oficio. Quien se acerca al experto en busca de ayuda para curarse, sanar o ser comprendido desea la comprensión, pero también exige el diagnóstico certero, la prescripción adecuada y el pronóstico acertado. Quiere el ingenio fecundo, el juicio profundo y el gusto rotundamente jocundo, como decía Baltasar Gracián (1601-1658). El arte de saber ejercer el arte, la vieja virtud de la prudencia (*phronēsis*) es el sentido de adoptar el paradigma bioético. Nada agrega en términos cuantitativos o mensurables, pero sí aporta la cualidad de lo humanamente permisible, aquello que, más allá de la comprensión y la explicación (*Verstehen* y *Erklären*, las dimensiones que Jaspers⁸ distinguía) no enturbian la destreza ni obnubilan el juicio.

Una de las enseñanzas prácticas que se derivan de este punto de vista es que lo axiológico -en la pluralidad de sus manifestaciones, morales y no morales- no puede ser una imposición desde fuera. La racionalidad filosófica no puede suplantar la racionalidad de los conocedores del oficio. Solo quien se confronta con la cotidianidad de los desafíos reales, con las demandas del mundo, puede tener la palabra para ordenar, prescribir o prohibir (32).

Una consideración importante se refiere al papel de la deliberación axiológica. Tanto en lo moral como en lo técnico, el desafío no consiste en reparar yerros, sino en anticipar problemas. En condiciones normales, se reacciona frente a los errores. La postura proactiva de una ética consecuente con la contemporaneidad consiste en anticiparlos y evitarlos. El papel de la ética no debe ser solo compensatorio, sino anticipatorio. Ello supone conocer la historia y extraer enseñanzas del pasado. Conocer las formas que han adoptado la investigación y la práctica, estudiar sus contextos culturales y reconocer las formas en que sus cultores han aprendido y actuado es el mejor modo de articular el imperativo bioético del diálogo, pues no se dialoga solo con los contemporáneos sino también con el pasado y con el futuro, lo que exige una forma de imaginación moral que puede aprenderse y debe cultivarse.

La aportación más decisiva en la reorientación paradigmática que significa la bioética para la medicina y la psiquiatría es la consideración del diálogo como instrumento para la preceptiva prudente. La deliberación debe incluir todas las perspectivas y puntos de vista, pues lo real es aquello que iluminan muchas miradas. En el campo de los oficios de ayuda, las profesiones que tratan con personas deben considerar como su finalidad el que lo que se considere mejoría o progreso sea tal para todos los interesados (*stakeholders*). Así, por ejemplo, aunque la práctica de los comités de ética suele incorporar la opinión de especialistas y de no especialistas, lo que se considera un buen resultado no siempre incluye la opinión de los segundos.

8 Karl Jaspers (1883-1969), psiquiatra y filósofo alemán.

Salud mental y psiquiatría: pluralidad y heterogeneidad

Psiquiatría es una palabra menos evidente de lo que a primera vista pudiera parecer. Es productivo considerarla no simplemente una especialidad médica, sino una profesión especializada. La diferencia es importante porque, si bien comparte el *ethos* de lo que hoy entendemos por medicina -en tanto tecnología del diagnóstico y la sanación-, como práctica social adquiere otras dimensiones en el imaginario colectivo. Los psiquiatras son llamados a tratar problemas a los que difícilmente da respuesta el complejo médico-industrial. Tales problemas, paradójicamente, constituyen lo más novedoso de lo psiquiátrico en el sistema de salud.

El sintagma “salud mental”, por su parte, tiene los atributos de una construcción pleonástica porque redundante en lo innecesario. De aceptarlo, cabría suponer que la especie salud mental es algo distinto de la salud sin más. Incluso, en una edición reciente, la revista *Lancet* cree aportar algo con su afirmación tautológica de que no hay salud sin salud mental. Este modo de hablar confunde a las personas, pues se ha convertido en un tópico hablar contra lo que se conoce como “dualismo cartesiano” sin parar mientes en que se niega toda pretensión globalizadora u holística y se ratifica lo mental como una esfera en la que se puede tener un tipo especial de salud.

En el pensamiento médico del Renacimiento europeo se encuentra una postura que invita a la reflexión. Había allí, en efecto, una escisión entre lo corporal y lo espiritual. A la ciencia médica racional y galénica le interesaba concentrarse en las dolencias del cuerpo pues las otras, las que no eran flegmasías, hidropesías o inflamaciones, eran materia del sacerdote o de alguien versado en asuntos de la divinidad. A autores como Rodrigo de Castro (1546-1627), el lusitano, o a Giovanni Battista Codronchi (1547-1628), de raigambre católica, les interesaba la distinción a fin de que los médicos-médicos no incursionaran en cosas del alma. La esfera de lo espiritual era la de lo divino, de la religiosidad, y competencia verdadera del sacerdote. El médico, por su parte, se concentraba en aquellos males del cuerpo que dependían de la *thyké* (la suerte) y no de la *anankhé* (la necesidad), pues en esos casos la Naturaleza dicta la norma y el médico sapiente debe abstenerse de intervenir, precepto que también tuvieron los hipocráticos.

Obsérvese que el otro aspecto que la imaginación social reconocía, aparte del cuerpo, no era el de lo que hoy llamaríamos lo psicológico, sino el que se deja representar en lo moral. La polaridad no era soma-psyche, era soma-espiritu, o más bien cuerpo perecible-alma inmortal. Un médico de cuerpos y de almas solo podía ser alguien que conciliara las órdenes sagradas con la profesión secular, esto es, que fuera a la vez sacerdote y médico. Ambas son profesiones que tienen responsabilidad moral más que jurídica. Cuando un médico asume responsabilidad por una persona, no se compromete a lograr un resultado, sino a una honesta intención de ayudar. Mas esta ayuda no pasa necesariamente

por el alivio de la conciencia culposa o la salvación del alma, del mismo modo que al sacerdote no se le pide que alivie las dolencias del cuerpo.

La psiquiatría es, al mismo tiempo, disciplina y profesión. Como disciplina es un discurso que crea los objetos de los cuales habla. Quizá si hoy su principal desafío sea armonizar los discursos heterogéneos que contiene. Textos que son contextos unos de otros. El texto de la fisiología no replica el texto de la experiencia subjetiva y este no se armoniza siempre con el del comportamiento manifiesto. Es errada estrategia buscar correlaciones, porque el lenguaje de los síntomas no tiene por qué ser isomórfico con el lenguaje de los neurotransmisores. Entre ambos, quizás hay complementariedad, pero no correspondencia. Aunque supiéramos todo de la neuroquímica sería muy difícil sintetizar un pensamiento o un sentimiento, a lo sumo inducirlos. El filósofo francés Henri Bergson (1859-1941) decía que tratar de entender la mente limitándose al cerebro era como intentar comprender el argumento de una obra teatral estudiando las entradas y salidas de los actores. La complementariedad, pero no la identidad, nos permite aceptar un *pluralismo metódico*, que fundamenta las acciones en los planos diagnóstico, pronóstico y terapéutico en una triada psicofisiológica (lenguaje, fisiología, conducta).

La heterogeneidad se extiende también a los hablantes que participan en el encuentro terapéutico, pues es distinto *sentirse enfermo* subjetivamente, *tener una enfermedad diagnosticada* (rotulada) por un experto y *ser considerado enfermo* por otras personas no expertas. La psiquiatría enfrenta la disociación de estos universos de las creencias y los discursos, pues hay personas aparentemente enfermas que no muestran signos de alteración patológica y sedicentes sanos portadores de graves anomalías.

La pluralidad de discursos de la psiquiatría se encuentra también en la profesión, en cuyo seno puede distinguirse a quienes la renuevan y piensan, a quienes defienden sus fueros y a quienes la practican. Esta tripartición recuerda la de la sociedad medieval, en la que se distinguía *oratores* (que oraban y, por ende, pensaban), *bellatores* (que guerreaban) y *laboratores* (que trabajaban en los oficios).

El desafío es, por consiguiente, propio de la ambigüedad que deriva de la pluralidad y la heterogeneidad de los métodos, de la diversidad de los discursos y de las variadas formas en que puede practicarse esta profesión especializada. Cabe suponer que la unidad debiera buscarse en la voluntad de aliviar al semejante.

REFERENCIAS

1. Murray, C., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A., Michaud, C., Lopez, A. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013;380(9859):2197–2223.
2. World Health Organization. The Global Burden of Disease 2008. Ginebra: OMS; 2008.
3. Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M., Gissler, M., & Laursen, T. Outcomes of Nordic mental health systems: Life expectancy of patients with mental disorders. *British Journal of Psychiatry* 2011;199(6),453–458.
4. Ortiz-Hernández L., López-Moreno S., Borges G. Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2007;23(6):1255-1272. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000600002&lng=en.
5. Kohn R., Levav I., Caldas de Almeida J., et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Publica* 2005;18(4/5):229-240.
6. Marmot, M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet* 2007;370(9593):1153-1163.
7. Phelan J., Link B., Tehranifar P. Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. *J Health Soc Behav* 2010;51S28-40.
8. Venkatapuram, S. Global justice and the social determinants of health. *Ethics and International Affairs* 2010;24,2:1-8.
9. World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health. *Towards a conceptual framework for analysis and action on social determinants of health*. Geneva: World Health Organization; 2005:17-18.
10. López O., Escudero J., Carmona L. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. [Internet] 2008 [acceso 20 de agosto de 2015];4(3):323-325. Disponible en: <http://www.medicinasocial.info>.

11. Suman, F. *Mental Health, Race and Culture*. Palgrave MacMillan, 2010.
12. Kirmayer, L. & Pedersen, D. Toward a new architecture for global mental health. *Transcultural Psychiatry* 2014;51(6):759-776.
13. Habermas, J., *Conciencia moral y acción comunicativa*, Barcelona, Península, 1985.
14. Kirmayer, L. Cultural competence and evidence-based practice in mental health: Epistemic communities and the politics of pluralism. *Social Science & Medicine* 2012;75:249-256.
15. Rawls J. Unidad social y bienes primarios. En: *Justicia como equidad: materiales para una teoría de la justicia*. Madrid: Tecnos, 1986:193.
16. León-Correa F. Pobreza, vulnerabilidad y calidad de vida en América Latina: Retos para la bioética. *Acta bioeth.* [Internet]. 2011;17(1):19-29. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SI726-569X2011000100003&lng=es.
17. Suman F. *Mental Health, Race and Culture*. Palgrave MacMillan, 2010.
18. Kirmayer L. & Pedersen D. Toward a new architecture for global mental health. *Transcultural Psychiatry* 2014;51(6):759-776.
19. Lolas F. Ethics in psychiatry: a framework. *World Psychiatry* 2006;5:185-187.
20. Lolas F. Psychiatry and human rights in Latin America: ethical dilemmas and the future. *Int Rev Psychiat* 2010;22:325-329.
21. Lolas F, Drumond JG: Fundamentos de una antropología bioética. *O apropiado, o bom e o justo*. San Pablo: Edições Loyola; 2007.
22. Lolas F. Ethics in psychiatry: a framework. *World Psychiatry* 2006;5:185-187.
23. Bracken P, Thomas P, Timini S et al. Psychiatry beyond the current paradigm. *Brit J Psychiat* 2012;201:430-434.
24. Dupas G. *O Mito do progresso*. San Pablo: Editora UNESP; 2006.
25. Pichot P. Zum "Mythos Pinel". *Nervenarzt* 2002;73:301-302.

26. Foucault, M. *El poder psiquiátrico*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica; 2005.

27. Saxena S, Funk M, Chisholm D. WHO's mental health action plan 2013-2020: what can psychiatrists do to facilitate its implementation? *World Psychiatry* 2014;13:107-109.

28. Lolas F. Medical praxis: an interface between ethics, politics, and technology. *Soc Sci Med* 1994;39:1-5.

29. Lolas F. El discurso de la psiquiatría. *Acta Psiquiat Psicol Amer Lat (Buenos Aires)* 1994;40:80-82.

30. Lolas F. Bioethics and psychiatry: a challenging future. *World Psychiatry* 2002;1:123-124.

31. Lolas F. La medicina como ciencia de acciones: Consecuencias para la psiquiatría. *Acta Luso Españolas Neurología Psiquiatría* 1990;18:29-33.

32. Lolas F. Psychiatry: medical specialty or specialized profession? *World Psychiatry* 2010;9:34-35.

CAPÍTULO IV

Bioética y programas globales de salud⁹

El concepto de salud global y sus implicaciones éticas

El concepto de salud global tiene su origen en una forma especial de salud internacional: aquella que promovieron las potencias coloniales en los siglos XIX y XX con el fin de mantener la hegemonía y asegurar los recursos de los países en desventaja. No deja de ser interesante que muchas acciones filantrópicas hayan derivado de la conciencia de grupos en las economías dominantes que, de ese modo, aplacaban la conciencia colectiva e indicaban la preocupación por el bienestar de los dominados. En formas menos sutiles, se observa la apropiación por parte de Estados Unidos del papel de salvador de vidas y bienestar en casos de epidemia. No es extraño a esta perspectiva el deseo de proteger el comercio, amenazado por las malas condiciones de vida en México y las antiguas colonias españolas. Las cuarentenas y la necesaria limitación de la movilidad de personas y productos obligaban, cuando era necesario, a acciones ya no limitadas al campo de lo sanitario, sino también al militar. La invasión de Veracruz durante una epidemia de cólera es un buen ejemplo. La instalación de consejerías y apoyos logísticos en diversos países del llamado Tercer Mundo, convenientemente formuladas como esfuerzos en pro de la salud internacional, son otras formas soterradas de, por una parte, manifestar preocupaciones humanitarias, y por otra, mantener el control sobre las condiciones de los países dependientes. Un sugerente análisis de Hannah Kienzler y Duncan Pedersen (1) propone examinar las semejanzas entre dominación militar y “tratamiento”. No debe olvidarse que los esfuerzos civilizatorios de las potencias coloniales siempre aunaron, todavía hoy, la intervención militar manifiesta o encubierta y la «ayuda humanitaria», la “conversión a la verdadera fe” y el acceso a la cultura hegemónica.

⁹ Este capítulo está basado en los siguientes artículos que han sido actualizados: Lolas, F. Ética global: consideraciones sobre su relevancia en estudios internacionales. *Estudios Internacionales (Santiago)* 2013; 45 (No.174):7-14.

Lolas F. La bioética en el contexto de los programas globales de salud. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 1999; 6(1): 65-68.

La tensión norte-sur, analizada en esta perspectiva, es un asunto moral tanto como económico o político.

Sin embargo, el concepto de salud global supone extenderse más allá de esta dimensión geopolítica. La idea del estado nacional como garante de la salud y entidad capaz de entrar en diálogo con otras entidades semejantes pierde densidad si se considera un concepto más amplio. Salud global indica que la salud no solo es asunto de sanidad o de tecnologías biomédicas. Incorpora de modo natural la existencia de otros discursos, complementarios pero esenciales, en la definición de salud. Por ejemplo, la perspectiva de las ciencias sociales, la cosmovisión de las poblaciones y comunidades y, aunque siempre repetido nunca comprendido, el concepto de diversidad cultural. Salud global es un sintagma que necesariamente supera afirmaciones ingenuas como “determinantes sociales” o “influencia de la pobreza” e incluso llamados a un valor denominado “equidad”, que tiene un sentido escurridizo cuando se aplica a poblaciones pauperizadas, sometidas a conflictos bélicos o desastres naturales. Cualquier prejuicio valorativo puede dejarse fuera de la definición, toda vez que ya la misma noción de salud no es valóricamente neutral y hay muchos motivos para preferir la expresión “calidad de vida” en su lugar. En especial cuando se trata con poblaciones, queda en evidencia que la salud colectiva no es simplemente la suma de las saludes individuales, sino un esfuerzo comunitario por generar instrumentos de análisis, conceptos y prácticas que tienen como sujeto de derechos y deberes la comunidad y no el individuo. Tal es, por otra parte, el sentido de la salud pública, que no se agota con las medidas de promoción y prevención, sino que incluye la interfaz necesaria con los esfuerzos de organismos privados y empresas. Global indica también en esta perspectiva la posibilidad de integrar Estado y mercado de manera armoniosa en la consecución de vidas saludables y satisfacciones para los ciudadanos (2).

La salud y las políticas públicas

La Asamblea General de las Naciones Unidas, en su declaración oficial del 12 de diciembre de 2012, hace un llamado a considerar la salud y los temas relacionados con ella (sistemas sanitarios, infraestructura y transferencias entre investigación y aplicación) como un componente esencial en toda formulación de políticas públicas. La declaración señala, en particular y en lo que respecta a equidad y justicia, políticas públicas razonadas y razonables, y desarrollo sustentable y sostenible.

El tema de la salud como componente de las relaciones internacionales, de la conformación de organismos supranacionales y de apoyo a un ambiente favorable a la implementación de estrategias para el desarrollo exige ser incorporado a los estudios sobre política y relaciones internacionales. Esto es no solo por la crucial importancia que el sector salud adquiere en la inversión social, sino también porque, entre los determinantes sociales de la salud, se

deben contar la inestabilidad política, la amenaza terrorista, los controles de drogas ilícitas por parte de organismos fiscalizadores de fronteras y la convivencia general de las naciones. Los desastres económicos y naturales impactan en el bienestar de los ciudadanos de todo el mundo. Puede decirse que sus consecuencias se globalizan tan rápido como las fluctuaciones de los mercados o los cambios de regímenes políticos. A su vez, el estado general de satisfacción y buena calidad de vida de las comunidades incide sobre su productividad, su aceptación o rechazo de políticas públicas y su inserción en la comunidad global de las naciones (3).

Los esfuerzos en torno a la salud global suelen estudiarse bajo el concepto de salud internacional y se reconoce que, en el actual estado de política mundial, siguen siendo protagonistas las naciones y los estados nacionales. La participación escasa de la sociedad civil puede explicarse por la baja en la representatividad de los gobernantes y la ausencia de canales adecuados de comunicación, incluso dentro de estados democráticos. La noción de la salud como un derecho que debe ser provisto por el Estado, con mayor o menor participación del mercado, convierte a la demanda por servicios en una fuente inagotable de frustraciones e inquietud, toda vez que las demandas por salud, como por educación y bienestar son infinitas y crecen al acelerado ritmo que impone la tecnificación de las innovaciones útiles.

La ética global como cometido transdisciplinario

El término global, por ende, no alude solo a la dimensión geográfica, sino que incluye una variedad de discursos, algunos más amplios que otros, y la necesaria integración o contrastación entre ellos. No es de extrañar que podamos asimilarlos a la idea de *all-gemeine Medizin* **con que** Viktor von Weizsacker (1886-1957) trataba de formular sus atisbos y anticipaciones. *Allgemein*, que quiere decir “general” en sentido amplio, no significa, en los escritos de la escuela de Heidelberg, una forma de medicina que toma como punto de partida y estudio todas las dolencias (como en la expresión “médico general”). Significa una integralidad conceptual, metódica y moral que justifica pensar, por ejemplo, que la ética no es algo que deba serle impuesto a la medicina desde fuera (por ejemplo, desde una reflexión filosófica), sino una emanación propia y auténtica del oficio (4). En este concepto de una “medicina antropológica”, a una salud global le corresponde una ética global, concebida como interrelación de perspectivas. La fertilización cruzada de discursos (y, por ende, de hablantes) distintos es lo que en sus primeros balbuceos trató de decir Potter cuando abogaba por una solidaridad biosférica y un respeto por todos los seres vivos, recapitulando sin saber las ideas de Fritz Jahr sobre el respeto a la vida en todas sus formas. Global es aquí transdisciplinar, un discurso híbrido

que no puede contentarse con la admonición piadosa o la norma férrea, sino surge del diálogo entre discursos, entre personas y entre grupos.

Englobando todo es posible que no se llegue a nada. Los esfuerzos universalistas, desde las religiones a la teoría de sistemas, terminan siendo construcciones vacías, pura forma sin contenido, si no se previene la mantención del discurso de cada uno de los partícipes del diálogo en su originalidad y en su especificidad. El gran desafío no es, como suele pensarse, obtener más datos y más informaciones con aplicaciones productivas o útiles, sino diseñar formas en las cuales se genere conocimiento social. Aquel conocimiento que no es solamente información sino información organizada y estructurada en vistas de alguno de los muchos intereses y motivaciones que legítimamente existen en las sociedades. ¿Dónde está el conocimiento que perdimos en la información? se preguntaba T.S. Elliot hace ya décadas. ¿Dónde está la tarea de integrar no solamente las dos culturas de que hablaba C.P. Snow sino las múltiples culturas que surgen de las convicciones morales y de las emociones colectivas de los grupos humanos (nacionalismos, etnicismos, racismos y clasismos, ente otros)? Las culturas no son solamente construcciones cognitivas, también son amalgamas de deseos, expectativas e imágenes, propias y ajenas, que deben ser armonizadas.

La mayor dificultad estriba, como es natural, no en decir esto, sino en llevarlo a la práctica. La respuesta habitual es hablar de educación, como si esta sola palabra, con su ascendiente mágico sobre las conciencias, traspasara el problema a un futuro incierto, aquel en el cual las nuevas generaciones, debidamente advertidas por las precedentes, no cometerán los yerros del unilateralismo valórico, ni llamarán dato a lo que es solo creencia, ni lucharán por abstracciones como la patria, la clase social o el dios de sus ancestros. Es verdad que educando generaciones para la paz es posible esperar que se incubara la paz en las conciencias. Pero los tiempos y las circunstancias mutan, a despecho de los afanes de permanencia e inmortalidad que acometen, como un virus maligno, a quienes detentan poder. Una ética global (corolario y acompañante de salud global) debe ser sostenible en el tiempo y sustentable con razones y emociones. Aquí el concepto de globalidad adquiere una vertiente temporal que no debe confundirse con afán de inmortalidad. Debe tomarse como la búsqueda de aquellas invariantes perceptibles en el curso de la historia humana (tal vez no siempre de occidente) que autorizan a erigirlas como base de lo humano y derivar de allí la dignidad y la sacralidad de lo propiamente humano (5).

Bajo cualquier concepto de globalización, es evidente que, si bien las fronteras del estado nacional impiden la difusión universal del conocimiento estratégico y segregan a las comunidades del mundo según variables socioeconómicas o de identidad, las consecuencias morales de cualquier decisión en las ciencias y la tecnología no conocen fronteras. Lo que acontece en los laboratorios de las mecas de la tecnociencia puede ser materia de secreto por

razones económicas o estratégicas, pero sus efectos influyen en las decisiones de todo el mundo.

El conocimiento para la salud, tarea universal para las comunidades

Para el análisis de los sistemas de investigación en salud es necesario reconocer que constituyen un sistema híbrido compuesto, por una parte, por el sistema de salud con sus finalidades propias y, por otra, por el sistema de investigación científico-tecnológica. Las racionalidades son diferentes. Las culturas epistémicas de sus practicantes no siempre son compatibles. La manifestación institucional de tales sistemas difiere en puntos clave. Por ejemplo, la dedicación al servicio universal del sistema de salud no equivale a la dedicación del sistema investigativo a generar certidumbres, a veces de naturaleza no directamente aplicable.

Pang y colaboradores (6) identifican cuatro áreas en las cuales la investigación es relevante para el análisis de los sistemas de salud. Ellos se identifican con una función de supervisión y orientación, un estudio de la sostenibilidad y sustentabilidad financieras, la creación y mantención de recursos adecuados y la producción y el uso de los resultados de la investigación.

No cabe duda de que estas cuatro funciones de la investigación se vinculan íntimamente a la contextura moral de los agentes que las practican. Así como hay personas inmorales, también puede decirse que hay Estados que no respetan, en su trayectoria histórica, el derecho de otros pueblos a acceder a los bienes civilizatorios respetando su diversidad y su dignidad.

Bioética en el contexto de los programas globales de salud

La bioética, institucionalizada en los países industrializados a partir de la década de los setenta, se presenta como un valioso auxiliar para formular e implementar planes y programas sanitarios (7).

En sus formulaciones más generales, la bioética adopta dos aspectos. Por una parte, es un conjunto de procedimientos para el examen de las normas técnicas y su legitimación consensual que, basado en el diálogo, posibilita la formación de comisiones y comités. Por otro lado, aporta una reflexión moral sobre las implicaciones, los factores condicionantes y el impacto de la investigación biomédica y psicosocial en sus íntimas relaciones con el bienestar humano, la preservación del ambiente y la justicia social.

La bioética actual no debe confundirse con una reformulación de la ética filosófica tradicional o con una nueva deontología profesional. En tanto ética aplicada, asume en el contexto del trabajo de las organizaciones internacionales el papel de un medio o herramienta para orientar y perfeccionar el trabajo técnico; de ser posible, contribuye a deshacer antiguos yerros, corregir prácticas

insatisfactorias o inadecuadas y anticipar posibles consecuencias negativas del progreso técnico.

Algunos temas globales en salud

Si se examinan algunos de los temas incluidos en la agenda global de la OMS, resulta evidente la importancia del trabajo en bioética. Entre ellos, se mencionan los siguientes:

Logro de mejores resultados sanitarios. En este punto, es evidente que la reflexión bioética puede contribuir a definir con mayor amplitud lo que se entiende por un resultado positivo. La definición más amplia de salud, planteada por la propia OMS, destaca especialmente el tema de la calidad de la vida por sobre el de la ausencia de dolencias y enfermedades. En tal sentido, las concepciones diversas que existen en el continente, en las que influyen la procedencia étnica, el nivel socioeconómico y la geografía, pueden confluir en un conjunto de condiciones mínimas que garanticen la posibilidad de aplicar medidas no solamente racionales, sino legítimamente aceptadas por los habitantes de los distintos países.

La salud de los pobres. Sin duda alguna, la existencia de factores que condicionan la salud exige una reflexión atenta. Las medidas destinadas a paliar la falta de equidad y a valorar la justicia distributiva de bienes y servicios serán inútiles si no se apoyan en una discusión de fondo sobre los fines y medios de los que disponen las autoridades, el público y la comunidad internacional. La impresión que deja el examen de estas materias es que cualquier formulación política pierde su eficacia si quienes deben implementarla o aceptarla no están convencidos de su legitimidad.

Establecimiento de prioridades. Cualquier sistema de prioridades implica varias opciones y cualquier elección es ya una manifestación de un juicio de valor. La reflexión bioética contribuye a hacer explícitos los supuestos subyacentes a todas las decisiones que se toman en el ámbito sanitario y permite establecer, sobre bases racionales, las medidas tendientes al uso eficiente de los recursos.

Salarios e incentivos en el sector público. Los derechos de los trabajadores sanitarios también deben ser considerados en el marco del análisis bioético de la situación. Los valores y el carácter moral inmanentes al ejercicio de las profesiones de la salud deben ser examinados y reforzados por el trabajo bioético.

Inversión en hospitales. Los mismos profesionales del sector de la salud (y no solo los expertos en administración, economía e ingeniería) también pueden opinar acerca de las ventajas y desventajas de las inversiones en hospitales, por supuesto apoyados en una reflexión bioética sobre los alcances y los límites de medidas complementarias o alternativas.

Reforma del sector de la salud. Para implementar medidas de corto plazo se debe valorar su impacto sobre las generaciones futuras, así como el daño, muchas veces irreversible, que pueden ocasionar en la confianza que la población deposita en las instituciones públicas. En caso contrario, se corre el riesgo de que la reforma del sector se disperse en medidas institucionales que solo incidan en los medios, y no en los fines, para mejorar la salud y la vida. Así, la bioética puede contribuir en un replanteamiento de la eficiencia como concepto moral, basado en la apreciación, esencialmente valórica, de las condiciones del contexto.

Educación profesional. La bioética se ofrece como parte de la educación formal. Con esta actividad se pretende que contribuya a la formulación correcta de los dilemas que enfrentarán los estudiantes durante sus estudios y después, en consonancia con la estructura de valores de sus comunidades.

Las orientaciones sobre la cooperación para el desarrollo. En la actualidad, el discurso centrado en el desarrollo ha cedido lugar a una temática mejor perfilada y conceptualmente más sofisticada. A ese cambio ha contribuido la conciencia de que existen muchas formas de entender e implementar aquello que contribuye al bienestar y la calidad de la vida. Esta diversidad exige un esfuerzo de cooperación para lograr con equidad metas comunes y satisfacción generalizada. En vista de que la bioética ha desarrollado herramientas e instituciones que propician el diálogo y ayudan a establecer consensos, su papel en las orientaciones globales es insustituible.

Salud ambiental. El tema de la salud ambiental requiere una reflexión bioética explícita para que pueda reflejarse en demandas concretas (8). Para que los habitantes de los países comprendan y acepten las medidas de protección, estas deben fundamentarse en intereses válidos y legítimos, definidos consensualmente en las poblaciones.

Ética global, moral local

La globalización ha traído consigo varias comprobaciones. La primera, es que no se puede discutir de ética sin aludir al tema del poder. Suponemos, desde Francis Bacon (1561-1626), que el conocimiento es poder. Pero hoy sabemos que el poder modula el conocimiento. Incluso, puede decirse que lo crea si por conocimiento entendemos las certidumbres organizadas en torno a pruebas y demostraciones. La segunda comprobación, menos halagüeña, es que la globalización ha significado la imposición de un esquema local a la población global. Los valores occidentales están en la médula de las intervenciones, a veces bienintencionadas, con que se tratan temas propios de las culturas en las que se imponen. Nunca el juicio moral puede ignorar las circunstancias en que se enjuicia y cómo se enjuicia. Toda moral es local, si bien la ética -como reflexión razonada y razonable sobre la moral- puede aspirar a universalidad

procedimental. De allí que la globalización sea lo adecuado para avanzar en la construcción de una ética global.

Si aquí hemos ilustrado las perspectivas de una ética global con el ejemplo de la salud ha sido simplemente porque este brinda una justificación intuitivamente válida para el esfuerzo de análisis, construcción y reflexión. Ciertamente, la gobernabilidad política, la institucionalidad, la educación y la diplomacia son campos en los cuales la noción de una ética global, desarrollada con suficiente generalidad y con adecuada relevancia local, puede ser tarea relevante.

REFERENCIAS

1. Kienzler, H. y Pedersen, D. Strange but common bedfellows: The relationship between humanitarians and the military in developing psychosocial interventions for civilian populations affected by armed conflict. *Transcultural Psychiatry* 2012; 49:492-518.

2. Lolas, F., Martin D. K. y Quezada A., (Eds.) *Prioridades en salud y salud intercultural*. Santiago de Chile: Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile; 2007, Disponible en: www.bioetica.uchile.cl

3. Lolas, F. La bioética en el contexto de los programas globales de salud. *Rev Panam Salud Publica* 1999;6(1): 65-68.

4. Christian, P. *Medicina Antropológica* (traducción, prólogo y notas de F. Lolas). Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1997.

5. Rowson M., Willott C., Hughes R., Maini A., et al. Conceptualising global health: theoretical issues and their relevance for teaching. *Globalization and Health* 2012;8:36. Disponible en: www.globalizationandhealth.com/content/8/1/36

6. Pang T., Sadana R., Hanney S., Bhutta Z., Hyder A. y Simon J. Knowledge for better health- a conceptual framework and foundation for health research systems. *Bulletin of the World Health Organization* 2003;81:815-820.

7. Lolas F. *Bioética*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1998.

8. Lolas F, Marinovic M. *La dimensión humana del ambiente*. Santiago de Chile: Universidad de Chile, Vicerrectoría Académica; 1995.

CAPÍTULO V

Temas bioéticos al inicio de la vida¹⁰

Introducción

En el tiempo presente estamos asistiendo a una revolución en el campo de la biología, que ha llevado a un mayor conocimiento de cómo ocurren los procesos biológicos, lo que abre las puertas a un gran campo de investigación para beneficio del ser humano; pero también posibilita toda una serie de manipulaciones que afectan a la protección de su vida, que se halla especialmente amenazada en su inicio. Esto demanda una reflexión ética. El científico no debe quedarse con los brazos cruzados cuando está en juego la vida humana, tiene mucho que decir sobre el comienzo de la vida humana y su desarrollo para que la reflexión se lleve a cabo con propiedad y no movida por intereses.

Los avances tecnológicos recientes como la secuenciación del genoma, la clonación de mamíferos mediante el uso de células adultas como donantes de núcleos y el establecimiento de líneas celulares embrionarias han llegado tan rápidamente, que no se ha reflexionado lo suficiente sobre los aspectos éticos, sociológicos y morales que entrañan. En particular, el uso de embriones humanos para la investigación y para uso terapéutico en adultos plantea una serie de dilemas éticos que parten del supuesto de qué estatuto antropológico ha de darse al embrión. La manipulación afecta también a la selección de embriones en los procesos de fecundación *in vitro* con la consiguiente eliminación de los embriones no elegidos, y también a la práctica del aborto en estados posteriores del desarrollo.

¹⁰ Este capítulo está basado en los siguientes artículos que han sido actualizados: Rodríguez Yunta, E. El Estatuto del Preembrión. Una Perspectiva Biológica. *Ars Medica. Revista de Estudios Médicos Humanísticos* 1999; 1 (1): 99-108.

Rodríguez Yunta, E. El Levonorgestrel y su Mecanismo de Acción. *Ars Medica. Revista de Estudios Médicos Humanísticos* 2002; v. 31, n. 1: 36-46

Rodríguez Yunta, E. Protección del inicio de la vida humana. Una reflexión ética desde la perspectiva científica. *Ars Medica. Revista de Estudios Médicos Humanísticos* 2004; v. 33, n. 1: 183-200.

Formación del cigoto o concepción: inicio de la vida

En el ser humano, como en cualquier otro ser vivo que se origine por reproducción sexual, la vida comienza con la formación del cigoto por unión de dos células germinales de sexo opuesto: el espermatozoide y el óvulo, que poseen cada uno la mitad de la información genética para generar un ser humano nuevo. Esto es lo que cualquier texto de biología enseña. La unión del ADN materno y paterno forma una nueva molécula de ADN para formar un nuevo ser humano con su individualidad y sus genes propios. El cigoto está formado por una célula única provista de una copia maestra de genes, los cuales, además de su capacidad de replicación, son capaces de controlar, en interacción con moléculas reguladoras presentes en el citoplasma del cigoto, la formación del cuerpo a través de la generación de proteínas, las cuales no solo forman parte de la estructura del cuerpo, sino que además controlan el cómo y el dónde ocurren los procesos químicos dentro de las células del organismo. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la fecundación no es un instante, sino un proceso que dura de 18 a 24 horas. El cigoto se genera con la formación de los pronúcleos masculino y femenino, que poseen los complementos cromosómicos respectivos que, juntos, restauran el número diploide de cromosomas que hace del cigoto una célula con toda la información para ser un ser humano. El núcleo del óvulo reanuda la meiosis para formar el pronúcleo femenino. El núcleo del espermatozoide se descondensa y transforma en el pronúcleo masculino. Los pronúcleos femenino y masculino se mueven hacia el centro del cigoto, y replican su ADN a medida que avanzan. Al encontrarse, la envoltura nuclear se desintegra y los cromosomas se organizan en una placa única por la que se unen las informaciones genéticas y, de inmediato, tendrá lugar la primera división celular. Se puede decir que tenemos una célula bien formada del cigoto una vez que toda la información del espermatozoide ha penetrado y se encuentra dentro de lo que era el óvulo.

Hay quien argumenta que no se es un ser humano integralmente hasta que no se posee las características de autoconciencia, intuición, pensamiento, memoria e imaginación y por tanto en las etapas iniciales del desarrollo no hay un deber de protección de esa vida. Ante esta argumentación, hay que decir que, aunque tales características no están todavía desarrolladas en el cigoto, están presentes los genes para su desarrollo en interacción con el ambiente. Desde un punto de vista biológico, el principio generativo se encuentra en los genes de tal forma que el programa fisiológico y psicológico del cigoto está ya predeterminado por su constitución genética desde la fecundación, aunque en la determinación definitiva intervengan factores ambientales.

Las siguientes características fundamentan que existe un individuo de la especie humana desde la fecundación:

1) Novedad biológica: al unirse la información de las dos células germinales para dar lugar al cigoto como ser biológicamente único e irrepetible (hay que decir a este respecto que incluso los gemelos no son exactamente iguales desde el punto de vista biológico).

2) Unidad: ya que el genoma actúa como centro organizador del desarrollo del nuevo ser.

3) Continuidad: ya que el proceso de desarrollo es un continuo desde la fecundación a la muerte.

4) Especificidad: ya que el genoma del cigoto pertenece a la especie *Homo sapiens*.

5) Autonomía: ya que el genoma del embrión actúa de forma autónoma para dirigir el desarrollo (se entiende que la autonomía no es absoluta, hay interacción con el útero de la madre).

6) Capacidad de relacionarse y unirse, que varía con el desarrollo: interacción con el útero, comunicación, sexualidad.

Discusión sobre el estatuto del embrión

Existe el problema de que se ha creado una gran confusión social sobre el estatuto del embrión. Para distanciar de manera conceptual el aborto y la selección con eliminación de embriones de la muerte de un ser humano, se ha introducido la idea de que el embrión no es un individuo humano y, además, se ha realizado una clasificación entre embrión y preembrión para justificar la manipulación de los primeros días del desarrollo, cuando se trata del mismo ser, con la única diferencia en su estado de desarrollo. En Gran Bretaña, por ejemplo, se permite la investigación con embriones hasta el día catorce después de la fecundación desde que fue aceptado por el Comité Warnock de Investigación sobre la Fecundación y Embriología Humana en Gran Bretaña, con la justificación de que la implantación y formación del disco embrionario marca “el comienzo del desarrollo individual del embrión” de tal forma que este es el momento en que comienza la vida humana individual, y los estados anteriores desde la fecundación no constituyen el mismo individuo que el embrión, el feto y el bebé.

Se cuestiona en particular la unidad (ser uno solo) y unicidad del embrión (ser único e irrepetible). El argumento que niega que el preembrión (los primeros 14 días del desarrollo, cuando se forma el disco embrionario con la diferenciación en tres capas embrionarias del embrión ya implantado) sea un ser humano está basado en los siguientes hechos biológicos (1): i) la dificultad del proceso de implantación, crítico para el desarrollo; la división celular del cigoto no siempre resulta en un embrión viable, hay un porcentaje alto que no se desarrolla por causa de fallos en el proceso de implantación; ii) el preembrión se encuentra en estado de dependencia genética, necesita de información externa para poder desarrollarse; iii) las células del preembrión poseen plena

capacidad de desarrollo debido a que no están diferenciadas y son capaces de desarrollarse tanto como células fetales como extraembrionales, según la información externa, de forma que no todas las células se convierten en el embrión; se plantea la cuestión de si las células totipotentes del embrión pueden ser manipuladas, ya que puede ocurrir que no tengan aún definido su destino en cuanto a ser precursoras del embrioblasto que formarán las células de la masa interna o del trofoblasto (placenta); a su vez, las células de la masa interna, unas dan lugar al epiblasto y estas al disco embrionario o embrión propio y otras originan el hipoblasto que producirá las estructuras extraembrionarias (saco vitelino, etc.); y iv) la posibilidad de formación de gemelos antes de la implantación o de quimeras poscigóticas por unión de embriones, lo que pone en cuestión la individualidad del preembrión; de esta manera se habla de que no se trata de un ser humano individual.

Contraargumentos científicos sobre la naturaleza humana del embrión

En cuanto al **problema de la implantación**, se sabe que una tercera parte de los preembriones no llegan a implantarse naturalmente (2). La alta frecuencia de fallos en la implantación se debe a la dificultad fisiológica del proceso o a que el preembrión es anormal en algunos casos, pero no indica un cambio de estatuto. No hay ningún nexo lógico que permita decir que el preembrión es menos ser humano que el embrión porque haya un alto riesgo de eliminación.

En cuanto a la dependencia, es cierto que hay una dependencia para el desarrollo del embrión respecto de la madre, pero esta no es genética, ningún gen de la madre se añade a los que ya tiene el preembrión en formación. La incapacidad para crecer y desarrollarse indica que hay algunos factores epigenéticos que deben ser suministrados por el tejido maternal para que el preembrión continúe el desarrollo. El preembrión no puede desarrollarse sin la formación de la placenta, dado que esta establece conexiones funcionales que son críticas para que el preembrión sobreviva. Hay que añadir, además, que la influencia que tiene lugar entre el útero y el preembrión es recíproca. El proceso requiere la sincronía de actividades tanto del útero como del blastocisto (estado del preembrión en el momento de la implantación). La placenta controla funciones inmunitarias, endocrinas y metabólicas maternas que dirigen los cambios necesarios en el útero para la gestación y establece una vasculatura híbrida en la que los trofoblastos (células especializadas de la placenta) se encuentran en contacto directo con la sangre materna para proveer nutrientes y gases (3). El blastocisto afecta al cuerpo de la madre, dado que le envía órdenes bioquímicas para que el cuerpo amarillo no degenera y continúe con su producción hormonal de sustento (progesterona) y al endometrio para que bloquee su sistema inmunitario y no produzca rechazo al embrión,

que constituye un tejido que no le es propio. Incluso, antes de la implantación, el útero sufre cambios controlados por hormonas enviadas por los ovarios en respuesta a factores suministrados por el preembrión para facilitar la implantación y hacerlo receptivo; asimismo, el blastocisto desarrolla moléculas adhesivas para unirse al útero y proteinasas para invadir la pared del útero controlado por su propio programa de desarrollo (4-6). Antes de la implantación, el óvulo fecundado ya ha comenzado a expresar su información genética con la formación de transcritos sin necesidad de ninguna influencia materna. Así existe evidencia de la expresión de genes que codifican receptores de factores de crecimiento (7), factores de transcripción (8) o productos que son específicos de tejidos determinados (9, 10), incluso de genes que ya se expresan en el cigoto, como es el caso de los genes *SRY* y *ZFY* ligados al cromosoma Y relacionados con la determinación sexual (11). La relación próxima que existe al comienzo de la vida entre el útero y el embrión es fundamentalmente fisiológica en un comienzo y cambiará a través del desarrollo.

Con respecto a la objeción de la totipotencialidad de las células del preembrión (poseen la potencialidad de formar todos los tejidos del cuerpo y formar un individuo completo), hay que decir que la posibilidad de formación de gemelos no niega la individualidad del cigoto. Las células individuales del preembrión no pueden ser consideradas totipotentes en acto mientras estén integradas en el preembrión; por sí mismas no constituyen una forma independiente de vida. Para que se den gemelos, una célula debe ser separada del resto y, por lo tanto, se forma una nueva entidad. Esto puede ser considerado una forma inusual de reproducción asexual. El término individuo no es sinónimo de indivisible. El preembrión constituye un individuo formado por células totipotentes porque constituye una unidad integrada en estructura y función. Si una de las células se separa, esta también constituye una unidad integral en sí misma y por tanto es un nuevo individuo.

Lo mismo habría que decir de la formación de quimeras, la individualidad significa que hay un único centro organizador, aunque previamente hubiese dos individuos; estos se unen debido a la capacidad unificadora que tienen los embriones, esta capacidad está presente en todo el desarrollo, aunque solo es total en el estado embrionario; al formarse una quimera habría un solo individuo con un solo centro organizador. El centro organizador varía con el desarrollo, en el cigoto es el genoma, en el feto y el adulto pasa a ser el sistema nervioso. Durante las primeras divisiones la información para dirigir el desarrollo completo está presente en cada célula, así como en el preembrión entero. Desde el punto de vista biológico, la totipotencialidad se pierde a causa de un proceso de metilación que silencia ciertos genes en cada célula que se diferencia. Este proceso de metilación está controlado por genes que ya están presentes en el cigoto (12).

En resumen, no hay razón para considerar al cigoto como una entidad diferente del embrión. Es un hecho que se forma una vida humana con una única constitución genética en el proceso de la fecundación. El huevo fecundado es un individuo humano único con 46 cromosomas diferentes en conjunto de los que se encuentran en el padre y en la madre y con el suplemento suficiente de moléculas morfogenéticas para controlar el comienzo del desarrollo. De ningún otro hecho biológico del desarrollo se puede decir que sea el momento del comienzo de un nuevo ser. La singularidad de la fecundación reside en el hecho de que requiere la unión de dos entidades, las células germinales, que pertenecen a dos seres diferentes, el padre y la madre, las cuales por sí mismas no tienen el poder de dirigir el crecimiento y la diferenciación, pero sí cuando están unidas. La implantación solo señala la estabilidad suficiente como para garantizar el desarrollo. Cualquier especie entre los seres vivos está definida por su constitución genética o genoma; también, por tanto, el ser humano, cuyo genoma completo se haya presente ya desde el cigoto.

El uso de células madre embrionarias

Las células del embrión humano tienen el potencial de desarrollarse para formar los diferentes tejidos del cuerpo, como ocurre con otros organismos. A este fenómeno se le denomina “pluripotencialidad”. En 1998, se comenzó una etapa nueva en la investigación de las células madre humanas, también llamadas troncales o progenitoras (*stem cells*) cuando se consiguió, por primera vez, que células humanas derivadas de blastocistos producidos por fecundación *in vitro* y donados para la investigación, fueran cultivadas con la habilidad de diferenciarse en todos los tejidos del cuerpo (13). Al mismo tiempo, se consiguió cultivar líneas celulares derivadas de células primordiales germinales de fetos abortados (14). La preparación de células madre embrionarias requiere: i) la producción de embriones humanos y la utilización de embriones sobrantes por los procesos de fecundación *in vitro*, ii) su desarrollo hasta la fase de blastocisto (5 días), iii) la extracción de la masa celular interna que implica la destrucción del embrión como ser humano, ya que se le priva de su estructura de soporte; de ser embrión pasa a ser un conjunto de células desprovistas de la conexión interna que las unifica como individuo, y iv) el cultivo de dichas células en un estrato de fibroblastos de ratón irradiado (*feeder*) para que se multipliquen y formen colonias llamadas embrioides (*embryoid bodies*) y, a partir de estas, formar líneas celulares capaces de multiplicarse de manera indefinida conservando las características de células madre durante meses y hasta años. Se les denomina células madre porque son capaces de generar distintas estirpes celulares.

La investigación sobre las células madre está en gran auge en el presente, ya que se cree que pueden tener un gran potencial en el campo médico. Debido a que muchas enfermedades degenerativas (por ejemplo, la enfermedad de

Parkinson, el infarto de miocardio y la diabetes) son resultado de la muerte o disfuncionalidad de un tipo celular, los científicos creen que los pacientes podrían recuperar la función comprometida mediante la introducción de células saludables del mismo tipo (15). Se podrían reparar tejidos a través del trasplante de fracciones de tejido o tejidos enteros cultivados *in vitro*, o la introducción de células madre en el tejido o en el torrente sanguíneo para que viajen al lugar dañado y allí proliferen y se diferencien en el tejido a reparar mediante respuestas a señales presentes en el tejido vivo.

Uno de los objetivos mayores de la investigación es controlar la diferenciación de células embrionarias o de células embrionarias germinales en tipos específicos celulares para que puedan usarse para trasplantes terapéuticos, probar fármacos o investigar con toxinas potenciales. Antes de probar en seres humanos, se ha de demostrar, primero, que son eficaces en modelos animales; segundo, que son seguras en cuanto a que no formen tumores o produzcan infecciones; y tercero, que no produzcan reacciones inmunológicas. Las terapias que utilizan células embrionarias se basan en la ingeniería de tejidos para sustituir las células dañadas de un órgano por células sanas procedentes de otros. Se fundamenta en la capacidad de las células embrionarias de convertirse en células específicas de diferentes tejidos y constituye una importante revolución en el campo de la medicina.

Un campo de investigación con expectativas es el uso de células madre genéticamente modificadas como tratamiento terapéutico. Hasta ahora, la investigación se ha realizado con el uso de células madre no embrionarias. Los investigadores se preguntan si el uso de células embrionarias para este tipo de investigación podría superar las barreras para que pudiese haber éxitos clínicos. La terapia génica utiliza la ingeniería genética para introducir o eliminar genes específicos mediante la alteración o suplementación de la acción de un gen anormal, lo repara e introduce una copia del gen normal o un gen que añada nuevas funciones o regule la actividad de otros genes con acción terapéutica. La estrategia para el uso de células madre en terapia génica consiste en sacarlas del cuerpo, hacerlas dividir en cultivos, e introducir el gene con vectores apropiados. Si se comprueba que la modificación genética ha sido exitosa, se introducen de vuelta en el cuerpo del paciente después de hacerlas crecer y multiplicarse. La ventaja de este método sobre la introducción del vector con el gen directamente en el cuerpo está en que los investigadores pueden ejercer un mayor control, programar de qué forma se quiere producir el agente terapéutico y seleccionar fuera del cuerpo las células genéticamente modificadas adecuadas, aquellas que produzcan el agente terapéutico en suficiente cantidad. En general, salvo algunas excepciones, hasta el momento no se han conseguido buenos resultados terapéuticos con el uso de células madre adultas porque no se produce el agente terapéutico en suficiente cantidad y porque, con el tiempo, el gen que se introduce en el cromosoma es desactivado por procesos celulares que alteran la estructura del ADN (16). Además, las células madre adultas tienen más limitada

su capacidad para dividirse; se cree que esto es en parte debido a la actividad de la enzima telomerasa que aumenta la longitud de los telómeros de los cromosomas, como se demostró en el ratón (17, 18). Se piensa que esto cambiaría si se usaran células madre embrionarias. La ventaja de usar células madre embrionarias está en que se trata de una población celular que se renueva a sí misma y reduce o elimina la necesidad de repetir la terapia génica varias veces; se dividen en forma activa y pueden proliferar por largos períodos en cultivos en laboratorio manteniendo su pluripotencialidad (19), mientras que las adultas, no. El vehículo más usado para introducir los genes son los retrovirus que se insertan en el cromosoma celular, pero lo hacen solo si la célula se divide. Además, para producir suficiente cantidad de agente terapéutico, se necesita que muchas células lo produzcan, lo cual requiere de multiplicación activa. Un indicio de que esto es así es que los vectores retrovirales introducen transgenes con mayor eficiencia en células madre del cordón umbilical de feto que en células madre del cordón umbilical en recién nacidos, ya que las primeras tienen una mayor capacidad de multiplicarse (20, 21). Se cree que, cuanto más primitivas sean las células, mayor es su capacidad proliferativa y mejor uso se puede hacer para la terapia génica. También se está investigando la regeneración de tejidos usando células embrionarias en conjunto con edición genómica (22).

Ya se ha comenzado a realizar ensayos clínicos con células madre embrionarias (23). El primer ensayo autorizado lo llevo a cabo la empresa Geron. Se trata de un ensayo en fase I que trata de diferenciarlas en células nerviosas para introducir las en 10 pacientes con lesiones medulares e investigar su seguridad y posibles riesgos, incluido el de formación de tumores (24).

También se especula que las células madre embrionarias podrían ser útiles para evitar reacciones inmunológicas, ya que se podrían establecer bancos de líneas celulares embrionarias, cada una con un complejo de histocompatibilidad diferente, de manera que se pudiera escoger la línea celular que fuera compatible para cada paciente; o incluso, se podrían modificar genéticamente los genes de histocompatibilidad de manera de crear líneas celulares de uso universal (25, 26).

Sin embargo, existen riesgos derivados del uso de células embrionarias y es que se pueden generar fácilmente teratomas, tumores que están compuestos de diferentes tipos celulares y tejidos, puede haber interferencia con factores epigenéticos del citoplasma y existe una respuesta variable a la diferenciación (27). En general, la aproximación que se usa es lograr diferenciar las células en el tipo celular buscado, ya que las células en estado pluripotencial pueden inducir la formación de tumores.

Es claro que un avance nuevo de la medicina está en conseguir la regeneración de órganos para no depender tanto de los trasplantes, y se piensa que las células madre embrionarias tienen ventaja sobre las adultas; pero, la dificultad ética que se plantea es que si se usan células madre embrionarias, ello implica la destrucción de un embrión que es un ser humano.

Por otra parte, no solo hay células madre embrionarias, también las hay en el adulto que pueden tener valor terapéutico. Estas son capaces de generar distintas estirpes celulares de su propio tejido y también células de otros tejidos, pero no de todos los tejidos del cuerpo.

Otra posibilidad es reprogramar células adultas para que funcionen como embrionarias. Se puede reprogramar el núcleo de células adultas diferenciadas de manera que se vuelva multipotente, capaz de diferenciarse en diferentes líneas celulares usando factores de transcripción específicos. A estas células reprogramadas se las denomina células madre pluripotentes inducidas (iPS), capaces de imitar las propiedades de las embrionarias. Con este sistema se evitaría usar embriones. La reprogramación se ha conseguido tanto en células animales como humanas (28). Así, por ejemplo, células iPS se puede diferenciar en células precursoras neuronales, que pueden diferenciarse en neuronas y glia. El trasplante de neuronas dopaminérgicas ya diferenciadas al cerebro de ratas con enfermedad de Parkinson consigue mejorar sus síntomas clínicos (29).

En un trabajo dirigido por el Instituto de células madre de la Universidad de Harvard, se consiguió por primera vez la reprogramación de células adultas de pacientes que sufren una enfermedad de carácter genético. Células de piel de un varón que padecía esclerosis lateral amiotrófica se revirtieron a células iPS y de ahí a varias líneas de células nerviosas (30).

Sin embargo, una de las principales limitaciones es que no se conocen bien los mecanismos moleculares que gobiernan la reprogramación celular, por lo que no se pueden solucionar de manera adecuada algunos de los problemas que las células iPS plantean, como la baja eficacia de las técnicas empleadas para obtener un porcentaje suficiente de ellas, su reprogramación incompleta o la mutagénesis derivada de la inserción de genes exógenos codificantes de factores de transcripción, que pueden producir tumores en las células obtenidas (31-34). Además, desde un punto de vista médico, en 2015 se paralizó el primer ensayo clínico utilizando células derivadas de las iPS, dirigido a tratar la degeneración macular con células de epitelio pigmentario de la retina, pues se detectaron anomalías genómicas no controladas en las células obtenidas.

Clonación

Otra posibilidad de manipulación es la clonación, que ya se ha usado con éxito en ovejas, ratones, vacas, cabras y cerdos. De una célula de animal adulto, se extrae el núcleo, que contiene el genoma completo, y se lo introduce en un óvulo al que antes se le ha extraído su propio núcleo. El embrión resultante es genéticamente idéntico al adulto original y se implanta en el útero de una hembra para que se desarrolle. En el presente, para producir un ser humano clonado adulto existen muchas deficiencias técnicas.

El solo intento de hacerlo violaría el derecho de la persona a no sujetarse a técnicas que pudieran generar daños potenciales. Hasta ahora, los intentos de clonación en animales se han logrado de una forma muy ineficiente. Se trata de un proceso difícil, ya que el núcleo de la célula adulta debe ser reprogramado y este es un proceso que todavía no conocemos en detalle a nivel molecular. La reprogramación es realizada por moléculas presentes en el citoplasma del cigoto de forma sencilla con los núcleos del espermatozoide y del óvulo, pero es muy ineficaz con un núcleo adulto. Wilmut y colaboradores (1997) consiguieron clonar por primera vez un mamífero, tal es el caso de la oveja Dolly, a partir de 277 intentos con células del epitelio de glándula mamaria de oveja adulta de seis años (35). El relativo éxito dependió de la desprogramación del núcleo de la célula adulta, al inducir quiescencia en las células donadoras por privación de suero en el medio de cultivo. Otro aspecto importante de la técnica utilizada es que la célula receptora era un óvulo secundario en metafase II, enucleada por succión, ya que estas tienen una alta actividad del factor promotor de la división celular. Otro problema es que la longitud de los telómeros disminuye a medida que la célula envejece, hasta que alcanzan una longitud crítica en que la célula muere. La longitud de los telómeros es reparada en la línea germinal. Si el núcleo de la célula adulta clonado comienza con telómeros de longitud corta como ha ocurrido con la oveja Dolly (36), se espera que su longevidad disminuya. La ignorancia que poseemos de los factores envueltos en la reprogramación del núcleo es suficiente para calificar la clonación humana como clínicamente insegura y peligrosa. De hecho, Rudolf Jaenisch e Ian Wilmut, los padres de la oveja clonada Dolly, han declarado que, en el estado actual de la ciencia, la clonación en seres humanos puede producir malformaciones gravísimas en los pocos niños clónicos que lograsen nacer; además de que la mayoría de los embriones no llegarían a término (37). La clonación de seres humanos se ha prohibido en numerosas legislaciones, incluida la UNESCO en su Declaración Universal sobre el Genoma, que la considera contraria a la dignidad humana.

Por otra parte, si se perfeccionase la técnica, la posibilidad de la clonación generaría una serie de problemas éticos: 1) la negación al derecho a un futuro abierto y libre sin forzadas expectativas; el nuevo ser correría el peligro de ser siempre comparado con el adulto de quien fue clonado, presionado con expectativas y limitado en sus oportunidades para otro tipo de desarrollo y crecimiento; 2) se producirían ambigüedades y dificultades en el parentesco y relaciones familiares y 3) se abriría la posibilidad a una forma de narcisismo de perpetuarse uno mismo mediante la clonación clones o se favorecería en la sociedad un determinado genotipo que se repetiría.

Desde la medicina, la principal justificación que se aduce para la clonación reproductiva radica en que las técnicas de reproducción asistida no son

siempre eficaces. Se trataría, entonces, de un nuevo procedimiento para solucionar los problemas de infertilidad de muchas parejas.

Hay que decir de todas maneras que es imposible obtener un clon exacto, ni siquiera desde el punto de vista biológico, ya que el citoplasma del óvulo femenino, que formará el cigoto, posee información aparte del núcleo, y también hay que considerar que los genes se expresan de diferente manera en relación con el ambiente.

La forma de clonación con mayor aceptación hoy en día es la llamada “clonación terapéutica”, en la que se produce un clon con el fin de obtener células embrionarias, cultivarlas y producir o regenerar órganos para sustituir aquellos que se deterioran en el adulto. Se ha sugerido que esta es una forma de evitar reacciones inmunitarias. Se realiza mediante la remoción de un núcleo de una célula del paciente e inyectándolo en un óvulo del que se ha extraído el núcleo y se le estimula para que crezca como un embrión; se cultiva *in vitro* hasta el estado de blastocisto; así, de la masa celular interna se obtienen células embrionarias genéticamente idénticas al paciente. La ventaja de este sistema es que estas células podrían usarse para trasplantes sin rechazo inmunológico, que luego se diferenciarían en tejidos. Esta técnica se encuentra todavía en experimentación y no se sabe cuál será la capacidad proliferativa de las células embrionarias que se produzcan. En todo caso, si se formara un embrión humano, estamos instrumentalizándolo al convertirlo en un reservorio de órganos. Debido a que muy pocos de los cigotos producidos por clonación son viables, algunos investigadores piensan que la posibilidad de que se esté afectando a una vida humana es mínima. Otro grupo considera que un organismo clonado no es el resultado de la fertilización de un óvulo y un espermatozoide, sino es un nuevo tipo de entidad biológica que posee algo de potencial de desarrollarse como ser humano. A esta entidad se la denomina “huevo activado”. Debido a que esta técnica necesita de la utilización de muchos óvulos, también se ha pensado utilizar óvulos de animales y crear un híbrido (híbrido citoplasmático) que contenga citoplasma animal y núcleo humano. También se piensa que podría usarse una célula embrionaria y no el cigoto para la dotación citoplásmica y así evitar el uso de un ser humano. La compañía Advanced Cell Technology también ha tratado de crear embriones por partenogénesis mediante la duplicación del juego de cromosomas materno. Esta técnica tiene la ventaja de que la célula así creada es incapaz de desarrollarse en un ser humano y, por lo tanto, no se la puede considerar como tal.

Anticoncepción de emergencia

La anticoncepción poscoital de emergencia se define como el uso de un fármaco o dispositivo que impida el embarazo después de una relación sexual

en que no se usó anticonceptivo o se usó incorrectamente; el tiempo de efectividad es de 72 horas después del contacto sexual (38). Una de las razones por las que se propone el uso de la anticoncepción de emergencia es para los casos de violación; sin embargo, la experiencia muestra que solo un pequeño porcentaje de mujeres la usa por esta causa. Las píldoras anticonceptivas que se usan para la "anticoncepción de emergencia", conocidas popularmente como 'píldoras del día después' han estado disponibles desde hace bastante tiempo y se ha regularizado su venta. Se trata sobre todo del uso de dosis altas de estrógenos y progestágenos, los mismos que se usan como anticonceptivos normales en dosis menores. En varios países se vende sin receta y se ha empezado a dar permiso a las enfermeras escolares para que la suministren a menores sin permiso paterno con el afán de reducir el número de embarazos no deseados, que ha aumentado en forma alarmante entre las adolescentes. En particular, hay un gran interés a nivel mundial en la comercialización del progestágeno levonorgestrel por tener menos efectos secundarios que otras píldoras y ser muy efectivo. Se toma en dosis de 0,75 mg dentro de 72 horas después de una relación sexual desprotegida. Los proponentes de este método alegan que se trata de anticoncepción y no de aborto, ya que en todo caso actúan antes de la nidación o implantación y consideran que el embarazo y el nuevo ser humano se inicia con la implantación. El uso de esta terminología no es adecuado, ya que se presta a equívocos, y se podría creer que se trata de fármacos que tienen un efecto solo anticonceptivo, cuando también tienen un efecto de impedir la implantación en el útero, lo que atenta contra la vida de un cigoto ya formado, teniendo en cuenta que la ciencia nos dice que la vida del ser humano comienza con la formación del cigoto y no en la implantación.

La revisión de la bibliografía médica muestra un interés en conocer la tasa de eficacia anticonceptiva o la magnitud de efectos indeseados y beneficiosos causados por las hormonas utilizadas para la contracepción de emergencia, pero hay poco interés en conocer el mecanismo de acción, sobre todo si afecta a la nidación. De hecho, en los países donde se ha aprobado su uso, no se protege la vida del que está por nacer; por lo tanto, no hay una preocupación porque se ponga en peligro la vida del embrión. Sin embargo, esta es una cuestión que se debe aclarar, porque no se puede presentar un producto en el mercado como simplemente anticonceptivo cuando hay evidencias que sugieren que afecta a la nidación o implantación. La inhibición de la implantación del embrión trae como resultado inevitable su muerte. Atentar contra la vida de un embrión antes de la implantación, aborto o no, no deja de ser un atentado a la vida de un ser humano.

El caso del levonorgestrel es especial. Hace falta más investigación que determine con certeza los mecanismos responsables de la fecundación, la implantación y de la regulación del cuerpo lúteo y cómo interfiere el levonorgestrel en ellos. No se conocen, por ejemplo, los cambios estructurales en el

endometrio son necesarios para la implantación y si estos son afectados por el levonorgestrel. Tampoco se ha estudiado si el levonorgestrel actúa sobre la migración espermática o si impide la reacción acrosómica en la fecundación en la que la progesterona juega un papel importante, lo cual podrían considerarse como efectos anticonceptivos. Un estudio realizado por la OMS (39) muestra una tabla en la que se comparan los embarazos observados en 974 mujeres que tomaron levonorgestrel con los embarazos que habrían tenido si no hubieran tomado la píldora. La eficacia para disminuir la probabilidad de embarazo fue de 85%. De estas 974 mujeres, 243 mujeres tuvieron la relación sexual un día antes o después de la ovulación esperada y la eficacia se mantuvo. Todas ellas, por otra parte, ingirieron levonorgestrel en días del ciclo menstrual en que no era posible que se bloqueara la ovulación. Aproximadamente el 46% la ingirió en las primeras 24 horas, el 36% entre las 24 y las 48 horas, y el 19% entre las 48 y las 72 horas. De tal manera que un porcentaje importante de mujeres tomó el levonorgestrel en días del ciclo en que el único mecanismo posible para explicar su eficacia en disminuir los embarazos: el bloqueo de la implantación.

Otro hecho es la información proporcionada por estudios con miles de mujeres, que muestran que el levonorgestrel mantiene su eficacia en disminuir la probabilidad de embarazos incluso cuando es ingerido entre las 72 y 120 horas después de la relación sexual. Como la mujer es fértil solo cinco días antes de la ovulación, es muy probable que ya haya ocurrido cuando el levonorgestrel se ingiere cuatro o cinco días después de una relación sexual potencialmente fértil. En este caso, la eficacia solo sería explicable por una alteración de la implantación (40).

En resumen, si se administra levonorgestrel 48 horas después de una relación sexual no protegida, que ocurrió 12 horas antes de la ovulación, y una segunda dosis 12 horas después, podemos esperar que: se ovulará normalmente (36 horas antes de recibir la píldora), los espermatozoides capacitados alcanzarán el tercio distal de la trompa alrededor de las 6 horas de la relación sexual, se producirá la fusión del óvulo con el espermatozoide (concepción) y se formará un cigoto. Este iniciará el viaje por la trompa hacia el endometrio y comenzarán las sucesivas divisiones celulares. Sin embargo, es probable que el transporte tubario esté disminuido (lo que impide que el cigoto llegue en etapa de blastocisto a la cavidad endometrial), el líquido endometrial será alcalino (lo cual disminuye la vitalidad del embrión) y encontrará un líquido uterino desfavorable con disminución de proteínas de adherencia y disminución de proteínas de protección inmunológica que requiere el embrión. Si el embrión ha logrado sobrevivir a todo lo anterior, las alteraciones del cuerpo lúteo hacen menos probable una progresión normal del embarazo.

El aborto eugenésico

El aborto provocado se define como la interrupción activa y voluntaria del embarazo antes de la viabilidad del feto. Aparte del aborto que se practica hoy en día por motivos sociales, se añade el aborto y la destrucción de embriones por razones genéticas. La palabra eugenesia se refiere a la posibilidad de incrementar los genes favorables en la población (eugenesia positiva) o de disminuir la frecuencia de genes desfavorables (causantes de enfermedades) en la población (eugenesia negativa), a causa de la intervención del ser humano. El término fue acuñado por Francis Galton, primo de Charles Darwin, quien lo definió como la ciencia de mejorar los caracteres hereditarios no solo por apareamientos seleccionados, sino por cualquier otra influencia (41). Bajo esta definición toda intervención encaminada a la modificación de las características genéticas de la descendencia es eugenesia independientemente de que se origine por decisión individual o por coerción social.

La eugenesia por coerción social tiene rechazo social debido a los abusos que se cometieron a principios del siglo XX por los programas de esterilización en numerosos países como Estados Unidos, Suecia, Suiza, Noruega, Inglaterra y Dinamarca pero, sobre todo, en el tiempo del régimen nazi en Alemania, donde se tenía la visión del médico como un dictador al servicio de un Estado que establecía programas estatales de esterilización y eliminación de los disminuidos físicos y enfermos mentales, que más tarde se extendió a la eliminación de grupos étnicos considerados indeseables. Debido a este mal ejemplo se generó en la mentalidad popular una repulsión a la idea del Estado interfiriendo en las decisiones reproductivas de los individuos y se asoció la eugenesia a intervenciones estatales para mejorar la constitución genética de la población.

En la actualidad, asistimos a un tipo diferente de eugenesia, ya no es el Estado el que impone una serie de leyes con finalidad eugenésica; las decisiones se toman a nivel individual porque las personas temen tener un hijo o hija deficiente o inválido. Con el creciente desarrollo del Proyecto del Genoma Humano, aumentaron de manera considerable las posibilidades de eugenesia por el desarrollo de una poderosa tecnología de manipulación del ADN. Multitud de secuencias genéticas y de marcadores genéticos ya están disponibles para predecir riesgos de desarrollar enfermedades. La tecnología de recombinación del ADN, la secuencia del genoma humano y la fertilización *in vitro* han hecho posible que las personas puedan tomar decisiones eugenésicas por sí mismas sin ningún tipo de control social. Así, por ejemplo, se podrían tomar medidas eugenésicas por medio de la selección de embriones en procedimientos de fertilización *in vitro*, y elegir para la implantación el embrión que no tenga mutaciones deletéreas o que tenga los genes responsables de las

cualidades deseadas. El resto de los embriones que no son elegidos, se destruirían; se podrían abortar embriones o fetos que tengan enfermedades hereditarias; se podría usar terapia génica germinal o mejoría genética mediante la corrección o la suplementación de genes normales por aquellos defectuosos que sería heredados. De estas posibilidades, las dos primeras ya se usan ampliamente.

Además, existen considerables presiones sociales para que se realice el aborto eugenésico de fetos portadores de enfermedades genéticas, de forma que no se trata de una decisión plenamente libre. En la cultura actual, se tiende a usar la tecnología genética disponible para conseguir el niño más perfecto posible, sobre todo considerando que el tamaño de las familias tiende a ser pequeño en los países desarrollados y, por lo tanto, existe la presión de que los pocos hijos que se tienen sean normales o lo más perfectos posibles.

Muchos médicos, científicos y políticos piensan que es mejor para la sociedad que existan el mayor número posible de personas sanas. Esto repercutiría en una disminución del gasto público dedicado a la salud. En los últimos años, en los países desarrollados se ha reducido la ayuda para recién nacidos con malformaciones congénitas. Las pruebas genéticas prenatales tienen una consideración positiva desde el punto de vista de la salud porque ofrecen una forma de reducir la frecuencia de nacimientos con defectos por medio del aborto (42). Además, para el Estado y para las empresas de tecnología molecular, el desarrollo de pruebas genéticas constituye una fuente de ingresos por la posibilidad de patentarlas. Dada la permisividad legal del aborto en numerosos países, el incremento de selección prenatal por características genéticas se ve difícil de limitar. En muchas ocasiones, los asesores genéticos presentan la información de una manera negativa con la intención de guiar a los padres hacia lo que ellos consideran la mejor solución, abortar (43, 44). Así, el aborto puede pasar a ser considerado como un medio de prevención, control y estrategia social para librarse de enfermedades. Desde un punto de vista financiero, identificar a los fetos que son portadores de enfermedades genéticas y evitar su nacimiento es menos costoso que mantener individuos vivos con enfermedades genéticas. Esta idea coincide con la aproximación de calcular riesgos y beneficios que se aplica en la mayor parte de los problemas sociales y ambientales. La Liga Internacional de Disminuidos Mentales ha dicho que existen “presiones legales, sociales y financieras que son invisibles y fuerzan a las mujeres a abortar fetos con defectos” (45). Para este grupo, el aborto selectivo por motivos genéticos no solo constituye una forma de eugenesia, sino también una forma de ejercer discriminación en contra de las personas nacidas con las condiciones por las cuales se aconseja el aborto.

Reflexión ética

El ser humano es en sí un fin, no un medio que pueda instrumentalizarse para sustituir a otro o como donante de órganos o tejidos. El respeto máximo a la dignidad humana, que está fundada en la vida misma del ser humano, debe ser el principio que guíe todas las decisiones éticas. No debemos tomar decisiones como quién ha de desarrollarse o quién será sacrificado por el bien de la investigación; ello constituiría usar al ser humano como medio. Existe un problema ético en cuanto al uso de células madre embrionarias, ya que supone la destrucción de un ser humano que de otra manera podría desarrollarse y, por tanto, está siendo usado como medio. La pregunta es si sería ético destruir unos pocos embriones para ayudar a millones de personas que sufren de enfermedades, pero no se puede sacrificar una clase de seres humanos para beneficiar a otra. No es aceptable crear embriones humanos con el propósito de usarlos para extraer células madre embrionarias o crear un ser humano con el propósito de destruirlo. Se promueve en la sociedad una indiferencia hacia el embrión humano como si fuera manipulable según los intereses en juego. Toda investigación debe regirse por principios éticos. Como vida humana, el embrión ha de ser protegido y por tanto es lícito poner límites a la investigación que se haga con ellos.

La vida constituye el fundamento de cualquier otro valor, ya que para que los valores se manifiesten, se debe haber permitido a una vida que exista. Todas las capacidades humanas tienen su origen inicial en el cigoto y en ningún otro sitio. No hay justificación ética para respetar más un estado del desarrollo que otro. Relativizar los primeros estados del desarrollo pone en peligro la vida humana, ya que puede llevar a disminuir el valor de la vida en todos los demás estados. El desarrollo humano es un continuo, continuidad que imposibilita distinguir con exactitud el antes y el después. Si bien emergen propiedades nuevas cualitativamente diferentes a las existentes en un momento anterior, el todo no es igual a la suma de sus partes, que pueden ir cambiando a lo largo del desarrollo.

Existen diversas posturas con respecto al valor que se le da al embrión, solo la primera se halla en consonancia con la dignidad humana:

1) El embrión es, en casi todos los aspectos, equiparable a un ser adulto. Una experimentación en un embrión o feto es equiparable a la investigación que se haga en un adulto; por lo tanto, no se puede investigar en un embrión para destruirlo.

2) El embrión es, en la mayoría de sus aspectos, si no en todos, equiparable a un fragmento de tejido o a un órgano humano. Por tanto, no habría problemas para investigar con él.

3) El embrión es en la mayoría de sus aspectos, si no en todos, como un animal. Se le debe el mismo respeto que a los animales superiores. Por lo tanto, hay pocos problemas en la investigación *ex utero* con los fetos no viables.

4) El embrión es una categoría moral distinta y única, que no es la del animal ni la del adulto.

Hoy en día, hay una tendencia a separar el concepto de ser humano del de persona, como si el ser persona fuera añadido u ocurriera en algún momento durante el desarrollo, y que es la persona la que es sujeto de derechos y no el ser humano. El problema con este punto de vista es que se diga que el ser persona se adquiere en momentos determinados del desarrollo de acuerdo con los criterios múltiples que se establecen como esenciales para definir a la persona.

En primer lugar, se argumenta de distintas formas el estatuto del embrión, como las siguientes:

1) La argumentación que privilegia el criterio biológico o el punto de vista de la naturaleza. Existiría persona humana desde el momento de la fecundación, en que se posee la información genética de ser persona. Esta postura considera la continuidad del desarrollo embrionario como el argumento racional más importante en favor de la protección de la vida humana no nacida, en un nivel equiparable al de la vida ya nacida.

2) La argumentación que interpreta la noción de persona y el estatuto del embrión a partir de la autonomía de la voluntad con el ejercicio de la razón. Bajo esta perspectiva, el embrión no tiene derechos, ya que no se le pueden aplicar los contenidos que definen y promueven el respeto a la persona.

3) Se justifica la tutela de la vida en razones autónomas: la vida humana en sí es valiosa, independiente de que tenga o no como sustento una persona individual, concepto para el que no existe un consenso.

4) Existencia de grados en las obligaciones morales respecto del cigoto, del embrión antes de la implantación y del feto. El embrión humano se considera como un sujeto o persona en potencia respecto del cual no es posible actuar sin límites y sin respecto de su dignidad.

En segundo lugar, existe un problema filosófico. El concepto de persona humana es arbitrario, depende de la escuela de pensamiento. Si tomamos la definición de persona humana que ha dominado por siglos de ser un ser racional, nos encontramos que el filósofo puede tomar diversas vías de interpretación para definir el momento en que el ser humano adquiere el estatuto de persona. Esto refleja la ambigüedad de las definiciones: la naturaleza del ser humano es racional, y está presente desde el principio, aunque no sea visible; a los 14 días, cuando se forma el rudimento del sistema nervioso; a los dos meses, cuando aparece el primer registro de actividad eléctrica cerebral por medio de un electroencefalograma; a los cinco meses, cuando el cerebro posee el sustrato necesario para realizar funciones como las sensaciones, la

memoria, o el aprendizaje; un cierto tiempo después del nacimiento, cuando el niño adquiere consciencia de su propia existencia; o cuando el niño adquiere uso de razón. Tenemos, por tanto, que las definiciones filosóficas son reductivas, definen la persona humana por una de sus características.

El sentido común dice que un ser no cambia de estado o esencia. Un ser es lo que es a lo largo de la vida. Si se redujera el ser persona a ciertas propiedades de la vida humana, como el uso del lenguaje, la capacidad racional o la habilidad de establecer valores en la vida, estas aparecen gradualmente a través del desarrollo, y habría que decir que hay varios grados de ser persona entre los seres humanos, ya que algunos carecen de algunas o de muchas o de todas las propiedades o estas se hallan disminuidas, y tendríamos que hacer una gradación de derechos. Algunos seres humanos tendrían más derechos que otros. Por lo tanto, es prudente no separar ambos conceptos, la persona y el ser humano es el mismo individuo, ambos conceptos enfatizan diferentes aspectos de la misma entidad.

Si usáramos preembriones para la investigación en vez de darles la oportunidad de vivir, ejerceríamos una injusticia en contra de la dignidad humana. Los preembriones deberían ser social y legalmente protegidos si la sociedad ha de ser consistente con la protección que se ejerce para los adultos y recién nacidos.

Tampoco es correcto decir que el preembrión pertenezca a la especie humana pero no es un individuo humano porque carece de suficiencia constitucional. Ya hemos dicho que la posibilidad de formar otro individuo a partir de un individuo no quita el que sea ser humano. La biología no puede definir qué es ser persona, pero sí puede definir cuándo comienza la vida de un ser humano, que ocurre en el proceso de la fecundación, en la formación del cigoto. La concepción del ser humano es el punto final de un proceso complejo biológico que se denomina fecundación.

Sin embargo, en varios países se ha legalizado la investigación con los embriones humanos sobrantes de los procesos de fertilización *in vitro*. La Asociación Médica Mundial considera las siguientes recomendaciones (2009):

- » Cada vez que sea posible, la investigación debe realizarse sin células madre embrionarias. Sin embargo, habrá circunstancias en las que solo las células madre embrionarias serán adecuadas para el modelo de investigación.
- » Toda investigación con células madre, sin considerar su origen, debe realizarse conforme a principios éticos acordados. La regulación y la legislación también deben concordar con estos principios a fin de evitar confusión o conflictos entre la legislación y la ética.

- » Cuando sea posible, los principios éticos deben seguir los acuerdos internacionales. Estos principios deben ser redactados para que las diferentes jurisdicciones limiten sus niveles de investigación cuando sea apropiado localmente.
- » El uso de embriones para la investigación sólo debe permitirse si se ha obtenido el consentimiento escrito e informado de ambos donantes del material genético que creó el embrión.

Para algunos, sería ético usar para la investigación embriones sobrantes de los utilizados en las técnicas de reproducción asistida, ya que al menos se les da un sentido. De lo contrario, estarían destinados irremediablemente a la destrucción, ya que después de cinco años no suele recomendarse su implantación por el deterioro de haber estado bajo criopreservación. Aquí habría que decir que la primera irresponsabilidad es haber creado embriones sobrantes en los procesos de fecundación *in vitro*. Esta práctica no se halla en consonancia con el respeto que se debe a la vida humana.

Otro problema ético es la posibilidad de patentamiento, con el consiguiente aprovechamiento económico e instrumentación del embrión humano. El 19 de octubre del 2011, el Tribunal de Justicia de la Unión Europea, en el caso C-34/10 “Oliver Brüstle v Greenpeace e.V.”, sentenció que “el uso de embriones humanos con fines terapéuticos o diagnósticos aplicados al propio embrión y para el que sean útiles es patentable (...) pero su uso en la investigación científica no lo es. (...) Un proceso que implica la extracción de células madre de un embrión humano en el estadio de blastocisto (4-5 días después de la fecundación) y su destrucción no puede ser patentado”. La sentencia considera, además, que todo óvulo humano, a partir de la fecundación, debe considerarse un embrión humano, incluido el óvulo humano no fecundado en el que se haya implantado el núcleo de una célula humana madura y el óvulo humano no fecundado estimulado para dividirse y desarrollarse mediante partenogénesis. A pesar de ello, existe una contradicción si es humano en cuanto al nivel de respeto que se le atribuye.

Otro problema ético lo constituye la clonación por trasplante nuclear, en la que no solo se crea un ser humano como medio, sino que también se corre el riesgo de ocasionar numerosas anormalidades en el estado actual de la técnica. Para algunos investigadores el “huevo activado”, creado en el proceso de clonación, no es equivalente moralmente al cigoto. Ya hemos dicho que toda célula estructurada con toda la información de ser humano constituye el comienzo de la vida humana. En el caso del huevo activado, si le faltase algún elemento estructural fundamental, no sería ser humano, pero es difícil saberlo con la tecnología actual y, en todo caso, estamos jugando con límites imprecisos sobre lo que es la vida humana. Además, estamos lejos de saber

si las células producidas por clonación serán efectivas para el cultivo y la posterior integración en el organismo sin causar problemas como se plantea en la clonación terapéutica.

El embrión como individuo humano tiene derecho a su propia vida, de ahí que cualquier intervención que no sea a favor del embrión mismo atenta contra dicho derecho. Un fin bueno no hace buena una acción en sí misma mala; por lo tanto, no se justifica el destruir un embrión por el fin bueno de beneficiar terapéuticamente a otra persona. La clonación terapéutica no es ética, ya que implica la subsiguiente destrucción de los embriones humanos producidos.

En el caso de la anticoncepción de emergencia, habría que decir que la naturaleza del acto es diferente de la del aborto provocado. No podemos decir que la píldora del día después sea puramente anticonceptiva ni tampoco puramente abortiva. Se trata de un procedimiento químico que se encuentra en el límite del origen de la vida y puede actuar tanto antes de la fecundación como después. La probabilidad de atentar contra la vida de un óvulo ya fecundado por el uso de levonorgestrel es de un 25% (seis días de fertilidad de 28 días del ciclo menstrual) ya que, en general, la mujer que recurre a este método no sabe con exactitud su actual condición de fertilidad. Si a esto añadimos que naturalmente la frecuencia de implantación en el periodo fértil es de un 36% y que el levonorgestrel no impide la implantación en un 2% a las 24-48 horas, tenemos que la probabilidad de atentar contra la vida del embrión queda reducida a un 8% por el uso del levonorgestrel. No podemos decir tampoco que la intención de la mujer al usar este método sea destruir el embrión recién concebido, la intención suele ser impedir un embarazo no deseado. El aborto provocado, en cambio, se define como la interrupción activa y voluntaria de un embarazo ya demostrado. En el caso del aborto, se trata de un acto con un mecanismo de acción y una intención diferente de la anticoncepción de emergencia, ya que se sabe con certeza que hay un ser humano en desarrollo y el propósito es claramente eliminarlo. No obstante, al existir la posibilidad, en un pequeño porcentaje, de estar eliminando embriones, el recurrir a levonorgestrel es un acto más grave desde el punto de vista ético que el recurrir a los métodos propiamente anticonceptivos.

El diagnóstico prenatal tiene sentido como herramienta para intentar medios terapéuticos de manera temprana o para facilitar la serena aceptación del recién nacido, pero no para practicar el aborto eugenésico. Al mismo tiempo, la sociedad tiene el deber de crear el mejor ambiente posible para disminuir el sufrimiento de los individuos que nazcan con enfermedades genéticas. Si no hubiera instituciones que cuidaran y ayudaran a estos individuos, toda la carga caería sobre las familias, que son presionadas a evitar su nacimiento. Por otra parte, no todas las decisiones eugenésicas tienen un problema ético. Las

personas pueden decidir no tener relaciones cuando hay riesgo de tener hijos anormales, ya que esto solo implica un sacrificio válido y no la terminación de una vida. Otra cuestión es que las pruebas genéticas deben tener como principal intención ayudar a los individuos a que eviten, con el estilo de vida, las consecuencias de su herencia y así sean para su propio beneficio. Las familias tienen también la responsabilidad de aceptar la vida humana cuando llega, sin juzgar qué individuos merecen vivir y quiénes no.

No resulta ético el destinar una considerable cantidad de esfuerzo económico y de investigación en desarrollar pruebas genéticas, si esto no va acompañado del mismo o mayor esfuerzo en desarrollar terapias adecuadas. La razón que justifica el investigar la causa genética de las enfermedades es que pueda encontrarse una manera de combatirlas, pero no tiene sentido eliminar a los individuos que poseen las enfermedades, como si el tenerla fuera un delito.

REFERENCIAS

1. Bedate CA, Cefalo RC. The zygote: to be or not to be a person. *Journal of Medicine and Philosophy* 1989;14:641-645.
2. Wilcox AJ. Incidence of early loss of pregnancy. *New England Journal of Medicine* 1988;319:189-194.
3. Cross JC, Werb Z and Fisher SJ. Implantation and the placenta: key pieces of the development puzzle. *Science* 1994;266:1514-1516.
4. Tabibzadeh S, Babaknia A. The signals and molecular pathways involved in implantation, a symbiotic interaction between blastocyst and endometrium involving adhesion and tissue invasion. *Human Reproduction* 1995;10:1579-1602.
5. Cross JC, Werb Z and Fisher SJ. Implantation and the placenta: key pieces of the development puzzle. *Science* 1994;266:1510-1513.
6. Lessey BA. The role of the endometrium during embryo implantation. *Human Reproduction* 2000;Suppl. 6:39-50.
7. Sharkey AM, Dellow K, Blayney M, Macnamee M, Charnock-Jones S, Smith SK. Stage-specific expression of cytokine and receptor messenger ribonucleic acids in human preimplantation embryos. *Biological Reproduction* 1995;53:974-981.

8. Hansis C, Grifo JA, Krey LC. Oct-4 Expression in inner cell mass and trophoctoderm of human blastocysts. *Molecular Human Reproduction* 2000;6:999-1004.

9. Adjaye J, Daniels R, Monk M. The construction of cDNA libraries from human single preimplantation embryos and their use in the study of gene expression during development. *Journal of Assisted Reproduction Genetics* 1998;15:344-348.

10. Daniels R, Lowell S, Bolton V, Monk M. Transcription of tissue-specific genes in human preimplantation embryos. *Human Reproduction* 1997;12:2251-2256.

11. Ao A, Erickson RP, Winston RM, Handyside AH. Transcription of paternal Y linked genes in the human zygote as early as the pronucleate stage. *Zygote* 1994;2:281-287.

12. Emery AEH. *Elements of Medical Genetics*. New York: Churchill Livingstone; 1983: 103.

13. Thomson JA, Itskovitz-Eldor J, Shapiro SS, Walknitz MA, Swiergiel JJ, Marshall VS, et al. Embryonic stem cells lines derived from human blastocysts. *Science* 1998;282:1145-1147.

14. Shablott MJ, Axelman J, Wang S, Bugg EM, Littlefield JW, Donovan PJ, et al. Derivation of pluripotent stem cells from cultured human primordial germ cells. *Proceedings National Academy of Science USA* 1998;95:13726-13731.

15. Song CG, Zhang YZ, Wu HN, Cao XL, Guo CJ, Li YQ, et al- Stem cells: a promising candidate to treat neurological disorders. *Neural Regeneration Research* 2018;13(7):1294-1304.

16. Chen WY, Townes TM. Molecular mechanism for silencing virally transduced genes involves histone deacetylation and chromatin condensation. *Proceedings National Academy of Science USA* 2000;97:377-382.

17. Armstrong L, Lako M, Lincoln J, Calms PM, Hole N. MTert expression correlates with telomerase activity during the differentiation of murine embryonic stem cells. *Mechanisms Development* 2000;97:109-116.

18. Yoder MC, Hiatt K. Murine yolk sac and bone marrow hematopoietic cells with high proliferative potential display different capacities for producing colony-forming cells ex vivo. *Journal of Hematology Stem Cell Research* 1999;8:421-430.

19. Amit M, Carpenter MK, Inokuma MS, Chiu CP, Harris CP, Waknitz MA, et al. Clonally derived human embryonic stem cells lines maintain pluripotency and proliferative potential for prolonged periods of culture. *Developmental Biology* 2000; 227:271-278.
20. Luther-Wyrsh A, Costello E, Thali M, Buettin E, Nissen C, Surbek D, et al. Stable transduction with lenti-viral vectors and amplification of immature hematopoietic progenitors from cord blood of preterm human fetuses. *Human Gene Therapy* 2001;12:377-389.
21. Shields LE, Klem HP, Andrews RG. Highly efficient gene transfer into preterm CD34+ hematopoietic progenitor cells. *American Journal Obstetrics Gynecology* 2000;183:732-737.
22. Takata N, Eiraku M. Stem cells and genome editing: approaches to tissue regeneration and regenerative medicine. *J Hum Genet* 2018;63(2):165-178.
23. Barazzetti, G., Hurst, S. A., & Mauron, A. Adapting preclinical benchmarks for first-in-human trials of human embryonic stem cell-based therapies. *Stem Cells Translational Medicine* 2016;5(8):1058-1066.
24. Couzin J. Biotechnology. Celebration and concern over US trial of embryonic stem cells. *Science* 2009;323:568
25. Geathart J. New potential for human embryonic stem cells. *Science* 1998;282:1061-1062.
26. Rathjen PD, Lake J, Whyatt LM, Bettess MD, Rathjen J. Properties and uses of embryonic stem cells: prospects for application to human biology and gene therapy. *Reproductive Fertility Development* 1998;10:31-47.
27. Lewandowski J, Kurpisz M. Techniques of human embryonic stem cell and induced pluripotent stem cell derivation. *Archivum Immunologiae et Therapiae Experimentalis*. 2016;64(5):349-370.
28. Mall M, Wernig M. The novel tool of cell reprogramming for applications in molecular medicine. *Journal of Molecular Medicine (Berlin, Germany)* 2017;95(7):695-703.
29. Wernig M, Zhao JP, Pruszak J, Hedlund E, Fu D, Soldner F, et al. Neurons derived from reprogrammed fibroblasts functionally integrate into the fetal brain and improve symptoms of rats with Parkinson's disease. *Proceedings of*

the National Academy of Sciences of the United States of America 2008;105(15):5856–5861.

30. Dimos JT, Rodolfa KT, Niakan KK, Weisenthal LM, Mitsumoto H, Chung W, *et al.* Induced pluripotent stem cells generated from patients with ALS can be differentiated into motorneurons. *Science* 2008;321(5893):1218–21.

31. Kim K, Zhao R, Doi A, Ng K, Unternaehrer J, Cahan P, *et al.* Donor cell type can influence the epigenome and differentiation potential of human induced pluripotent stem cells. *Nat Biotechnol* 2011;29:1117–9.

32. Abeliovich A, Doege CA Reprogramming therapeutics: iPS cell prospects for neurodegenerative disease. *Neuron* 2009;61(3):337–339

33. Takahashi K, Tanabe K, Ohnuki M, Narita M, Ichisaka T, Tomoda K, *et al.* Induction of pluripotent stem cells from adult human fibroblasts by defined factors. *Cell* 2007;131:861–872.

34. Yu J, Vodyanik MA, Smuga-Otto K, Antosiewicz-Bourget J, Frane JL, Tian S, *et al.* Induced pluripotent stem cell lines derived from human somatic cells. *Science* 2007;318:1917–1920.

35. Wilmut I, Schnieke AE, McWhir J, Kind AJ, Campbell KH. Viable offspring derived from fetal and adult mammalian cells. *Nature* 1997;385:810–813.

36. Shiels PG, Kind AJ, Campbell KHS, Waddington D, Wilmut I, Colman A, *et al.* Analysis of telomere lengths in cloned sheep. *Nature* 1999;399:316–317.

37. Jaenisch R, Wilmut I. Don't clone humans! *Science* 2001;291:2552.

38. Glasier A. Emergency postcoital contraception. *NEJM* 1997;337:1058.

39. WHO Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998;352(9126):428–33.

40. Mikolajczyk RT, Stanford JB. Levonorgestrel emergency contraception: a joint analysis of effectiveness and mechanism of action. *Fertility and Sterility* 2007;88(3):565–571.

41. Galton F. *Inquiries into Human Faculty and its Development*. Londres: J. M. Dent and Sons; 1913:17.

42. Lippman A. Prenatal gene screening and testing *American Journal of Law and Medicine* 1991;17:16-19.

43. Dunne C, Waren C. Lethal autonomy: the malfunction of the informed consent mechanism within the context of prenatal diagnosis of genetic variants. *Issues in Law and Medicine* 1998;14:165-202.

44. Asch A. Prenatal diagnosis and selective abortion: a challenge to practice and policy. *Journal of Public Health* 1999;89:1649-1657.

45. Butler D. Ethics treaty to target genome implications. *Nature* 1994;371:369.

CAPÍTULO VI

Temas éticos en el envejecimiento y la calidad del ciclo vital¹¹

Introducción

Hay tres hechos relevantes a un planteamiento ético en relación con la vejez, que atañe a cada individuo, y con el envejecimiento, vinculado con el proceso de cambio de la estructura etaria de la sociedad.

El primero es de naturaleza demográfica. En todos los países del mundo, tanto en cifras absolutas como relativas, la cantidad de los adultos mayores han aumentado en los últimos decenios. Se espera que las mejores condiciones de vida permitan a la población de muchas naciones aumentar sus años de vida, hasta alcanzar límites de longevidad mayores, si bien aún inciertos. El segundo, de naturaleza social, nos mostrará una convivencia intergeneracional de un tipo hasta ahora inédito: individuos muy jóvenes convivirán con otros muy ancianos; adultos de edad media se relacionarán con adultos mayores en condiciones de una creciente igualdad física y mental que los obligará, en particular al interior de la familia, a recrear las formas de convivencia y de solidaridad. El tercero, y ligado a lo anterior, es que la longevidad se acompañará de una demanda de servicios en las edades finales de la vida de proporciones sin precedentes. La compresión de morbilidad esperable hará necesario tomar decisiones sobre la provisión de ayuda y sobre las formas que deberá asumir la organización social para enfrentar las crecientes y diversificadas necesidades.

Por otro lado, en un clima de progresiva conciencia de los derechos de los grupos de opinión y de presión, se ha llegado a un “mosaicismo social”: cada minoría aboga por sus derechos, se delimita de otras y logra su nicho en el cuerpo social, a veces de manera combativa. Ha ocurrido así con grupos naturales y artificiales. En la sociedad estadounidense, por ejemplo, los afrodescendientes,

¹¹ Este capítulo está basado en los siguientes artículos que han sido actualizados: Lolás-Stepke, F. El proceso de envejecer y la “Calidad del ciclo vital”. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas* 2003;32(2):61-68.

Lolás Stepke F. Las dimensiones bioéticas de la vejez. *Acta Bioethica* 2001;7(1):57-70. Disponible en: https://www.gerontologia.uchile.cl/docs/lolas_02.pdf

las mujeres, los homosexuales y los pacientes, por nombrar solo algunos grupos, se han organizado para afianzar su independencia y luchar por sus derechos (1). La paradójica ambigüedad en que se encuentra la ancianidad es, por una parte, su mayor grado de dependencia y de desvalimiento frente a la necesidad creciente de luchar con mayor vigor y organización por sus derechos o por el reconocimiento de ellos.

Dilemas éticos: deber y virtud

Existen dos grandes tradiciones éticas relevantes. Una de ellas tiene su expresión más acabada en la obra de Kant, con su énfasis en los deberes de las personas entre sí. La otra ha puesto el acento en las cualidades del agente moral y suele encontrarse aludida en el concepto de virtud. Desde este segundo punto de vista, lo bueno es aquello que hace bueno al que ejecuta la acción, lo que le permite acceder a su perfección inherente, que es el concepto más clásico de virtud (*areté*). El carácter virtuoso es el resultado de hábitos virtuosos, de allí la doble connotación de la propia voz “ética”, que se refiere tanto al hábito y la costumbre como al carácter moral, siendo este el resultado de un sabio cultivo de la naturaleza a través del conocimiento (*mathesis*) y del ejercicio (*askesis*).

Ambos planteamientos encuentran un lugar en la discusión sobre la vejez y el envejecimiento. De hecho, en todos los países del mundo se plantea la pregunta por los deberes y derechos de las personas en relación con su edad. En todos, se plantea la pregunta por aquello que constituye una vida plena y humanamente vivida. A diferencia de la toma de decisiones éticas bajo condiciones de emergencia -sin duda relevante en muchas circunstancias que afectan a la ancianidad- cobra especial relieve el planteo relacional.

Se trata de disponer de un código relacional -el cual no puede sino basarse en la fuerza imprecisa de la rutina cultural- que facilite la convivencia y sea, al mismo tiempo, apropiado y justo, tanto para los ancianos como para quienes no lo son. Ello implica una identificación de los temas pertinentes a la convivencia intergeneracional y de los principios más relevantes para su concreción exitosa.

La finitud de la vida humana es, quizá, su carácter más universal. Entre las metas de la medicina, especialmente a partir del siglo XIX, siempre se ha encontrado su superación. La muerte aparece como una derrota de la ciencia y de la técnica que debe evitarse o, al menos, postergarse. Las expectativas que la tecnociencia ha generado, si bien no todas atribuibles a su expansión y desarrollo, producen frustración y enojo cuando no se cumplen.

Existen varios motivos para que la idea ancestral de una vida ilimitada y en buenas condiciones de salud no sea factible. En primer lugar, el límite biológico de la especie humana debido a su historia evolutiva. En segundo, la modernidad, si bien parece producir vidas más placenteras que en el pasado, no

conduce necesariamente a una longevidad feliz; el progreso técnico se asocia también a numerosos peligros y amenazas como la contaminación ambiental, las dietas malsanas y el sedentarismo. En tercer lugar, aunque el desarrollo tecnológico permite condiciones favorables para la prolongación de la vida, ellas no son accesibles a segmentos amplios de la población mundial por oportunidad y costo.

La medicina contemporánea ha adquirido las formas discursivas de las ciencias naturales empíricas. Uno de los mandatos en el contexto intelectual de esas disciplinas es realizar todo lo factible, hasta el límite de su capacidad. Tales disciplinas, en particular las relacionadas con el cuerpo humano -cuyo paradigma es la fisiología- proveen la normatividad esencial que preside las nociones de salud y normalidad.

Proporcionan, también, las metáforas que permiten reinterpretar la vida social como un cuerpo sano, que puede perder algunas de sus partes pero que se conserva intacto en lo general. La transición entre la fisiología, como disciplina del cuerpo humano normal y la medicina, como fijadora de normas y reparadora de yerros en la sociedad general, se encuentra en autores tan diversos como Rudolf Virchow en Alemania y Walter B. Cannon en Estados Unidos, y no fue ajena a las teorizaciones de la sociología temprana de A. M. Henderson y de Talcott Parsons. Esto relega el tema substantivo de la muerte a una consideración de orden intermedio, entre la sociedad mayor y la microestructura de los procesos celulares. Solo la muerte individual adquiere el valor sentimental necesario para ser materia de reflexión y duelo.

La asociación entre el envejecimiento, como proceso que cruza lo biológico, lo social y lo biográfico, y la muerte, también interpretable desde estos ángulos, es tan natural que casi es consubstancial a la cultura. El proceso de "desvalimiento" en tanto obsolescencia individual y social caracteriza al "reloj cultural": a medida que se envejece, se espera que cambien las obligaciones, los papeles y las expectativas. El ascendente de que se goza se modifica o se pierde. Las limitaciones físicas e intelectuales hacen sentir su peso.

No está ajeno a este cuadro un trasfondo valórico que convierte todo estudio científico, por muy empírico, en una reiteración de convicciones básicas, en realidad no derivadas de evidencias, sino de prejuicios. Al cifrarlo todo en los rendimientos perceptibles, cuantitativos, de la vida laboral y de la contribución al bienestar social, el proceso de envejecer es aludido ambiguamente. Por un lado, como fuente de respeto y aprecio. Por otro, como factor de marginación.

Ello se refleja en las actitudes frente a los ancianos, a quienes se dice querer, mas no se los respeta y que, aun en las sociedades con estructuras familiares más cohesionadas, significan una carga no siempre deseada.

Para las profesiones de ayuda es importante distinguir entre curar dolencias, sanar enfermedades y cuidar menoscabos, pues esta distinción encierra la percepción que de sí mismos tienen quienes solicitan ayuda y quienes la ofrecen. Una de las tareas menos adoptadas por la medicina contemporánea

es la de cuidar, con actitud empática, que implica a veces simplemente acompañar al doliente y hacer sentir compasión. En particular en la edad proveya, muchas intervenciones no pueden en rigor cumplir la dorada esperanza de la inmortalidad o la felicidad y deben ser limitarse a metas más prosaicas y accesibles.

Sobre la vejez y la muerte existe más de un discurso. Desde luego, el *biológico*, entendido como el fundamento tecnocientífico de su definición. Lo “biológico” en realidad epitomiza lo “científico”, en el imaginario social, como paradigma de lo racional. De este modo, lo biológico -y por extensión, lo “biomédico”- equivale a aquellos procesos sometidos a leyes o principios supraindividuales e ineluctables.

El espacio semántico de este discurso es uno de reglas de enunciación universales y cosmopolitas, en el cual imperan la propiedad y la rigurosidad. Su cultivo y cuidado se entrega a expertos acreditados que adquieren un poder jurisdiccional sobre sus enunciados. En tal sentido, como discurso nuclear o basal, lo biológico impregna muchos modos de concebir la vejez, el envejecimiento y la muerte y obliga a una uniformidad en el tratamiento disciplinario: lo social se biologiza y algunos autores sugieren transformar otras experiencias humanas según el modelo de las llamadas ciencias básicas.

La calidad de la vida y el ciclo vital

El sintagma técnico “calidad de vida” ha sido objeto de un discurso amplio y plural. Tal vez su primera connotación se relacione con su origen en la ideología del mercado, en la cual tiene el término calidad el valor de un postulado. Se dice, a menudo, que los clientes no quieren servicios sino Servicio, esto es, un tratamiento que refleje lo que los expertos suelen llamar “calidad total”.

En una segunda aproximación, puede comprobarse que el término calidad de vida alude a la íntima plenitud que acompaña a la satisfacción y tiene, por lo tanto, gradaciones. Puede incrementarse o disminuirse, puede mejorar o empeorar, puede verse más o menos afectada por condiciones exteriores. Es usual que los planificadores urbanos asocien la calidad de la vida de las personas con los atributos positivos de los ambientes. Se supone que un ambiente saludable es precondition de una vida buena. Se supone también que el desarrollo económico traerá mayor holgura y que mayor ingreso significa más felicidad y, por ende, mejor calidad de vida.

No cabe duda de que el contexto en que se desenvuelve la vida es condición necesaria, pero no suficiente, para obtener y tener una buena calidad de vida. La disociación frecuente entre el nivel socioeconómico y la satisfacción o, a la inversa, entre condiciones de menoscabo y alegría de vivir señalan que los factores externos a las personas no tienen el carácter causal y necesario que suele atribuírseles.

Atributos del constructo calidad de vida

Como hemos señalado antes (2), el constructo calidad de vida, tal y como se representa en las publicaciones internacionales y en los instrumentos diseñados para su evaluación, tiene varios atributos dignos de reiterado análisis. Para los fines de este capítulo nos contentaremos con definirlo como la percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida en relación con su entorno cultural, a sus valores, a sus deseos y a sus preferencias.

Subjetividad

El primer rasgo de la calidad de vida, a tenor de la definición dada, es su carácter subjetivo. Comunicar la sensación personal de satisfacción o plenitud es difícil. La virtud social de la simpatía, que puede concebirse como un recurso moral que atesoran las comunidades, puede profesionalizarse como intuición empática y es de ayuda en el ejercicio de las profesiones éticas, que tratan con personas. Sin embargo, incluso para personas cuyos talentos y recursos naturales han sido ampliados y refinados por una educación sistemática, aun es incomprendible que personas con graves limitaciones, inválidas o discapacitadas, ansien preservar su vida y tener alegrías. Del mismo modo, causa estupefacción que personas dotadas de inteligencia y habilidades, con recursos económicos suficientes, no sean tan felices como parecería dictar el sentido común.

De lo anterior se infiere que la evaluación de este carácter de la calidad de vida requiere de especial cuidado en lo metodológico. Como el dolor, como la emoción, como todo estado vivencial interior, el objetivar la satisfacción supone transformar una sensación o un afecto en una percepción, “externalizar” y convertir a expresión concreta lo que puede ser vaga e imprecisa afección. Toda una substantiva tradición en psicometría ha abordado el complejo problema de objetivar estados subjetivos con la finalidad de comunicarlos, compararlos y mensurarlos. De esta tradición emerge una sencilla división entre estados, relativamente transitorios, y rasgos, disposiciones menos mudables y más duraderas del comportamiento, la ideación y el afecto. El sistema de rasgos de una persona, como estructura abstracta para describir y predecir, suele conocerse con el apelativo de “personalidad” (3). Aunque se la entiende modulada por estados transitorios, permite anticipar el comportamiento y los afectos de las personas en determinadas circunstancias. La experiencia enseña que hay personas naturalmente predispuestas a encontrar dificultades y problemas (el clásico pesimista) y otras para quienes la vida parece fluir con mayor facilidad (optimistas). Aplicado al concepto de bienestar, el estado debiera diferenciarse del rasgo, al cual bien puede darse el nombre de “bien-ser”. El bien-ser es un estado de permanente pensamiento y afecto positivos.

La relativa insuficiencia de los recursos disponibles para estudiar “afectos positivos” complica la elaboración de un instrumento apropiado para evaluar este aspecto. Existen más escalas y procedimientos para evaluar la depresión, la angustia y la hostilidad o la ideación suicida que las disponibles para medir estados de satisfacción o de alegría. Nuestros propios estudios realizados mediante el análisis de contenido de la expresión verbal permitieron evidenciar las dificultades de construir escalas o diseñar instrumentos para evaluar la satisfacción, el bienestar o el bien-ser (4). Tradicionalmente, los médicos y terapeutas han estado abocados a los estados negativos del ánimo y no puede por ello sorprender que requeridos a hablar de bienestar terminen siempre refiriéndose a enfermedades o estados negativos.

En relación con el ciclo vital y el envejecimiento, aunque puede esperarse que los rasgos esenciales de las personas varíen poco, es de observación corriente que tienden a destacarse con la edad y a incrementar las diferencias entre personas.

Multidimensionalidad

La calidad de la vida es un atributo que se extiende a muchos dominios de la experiencia. La salud corporal, la salud psicológica, el ambiente externo, la satisfacción de la necesidad de significado y las relaciones interpersonales son aspectos que, aunque no siempre pueden disociarse, es conveniente tratar analíticamente como diversos. Ello tiene por objeto un estudio más diferenciado de cada aspecto.

Desde hace algunos años, es de estilo en la psiquiatría lo que se conoce como “clasificación multiaxial” (5). Con ello se quiere indicar que el cuadro clínico de presentación de un paciente es apenas uno de los aspectos que el especialista debe tomar en consideración al proponer un pronóstico e indicar un tratamiento. Junto a la tipificación del cuadro clínico de presentación, los psiquiatras acostumbran a tipificar, además, la personalidad del sujeto, diagnosticar alguna enfermedad o síndrome concomitante, indicar el nivel de adaptación y precisar el grado de estrés vital al que se encuentra sometido el o la consultante. La postura multiaxial es un intento algo tosco de capturar la diversidad y complejidad de las personas que acuden al psiquiatra y permite una diferenciación de la mirada diagnóstica útil para la práctica.

La multidimensionalidad a la que aludimos cuando nos referimos a instrumentos para evaluar calidad de vida es semejante a la multiaxialidad del diagnóstico psiquiátrico actual, pero más profunda. Se trata de capturar, en un número finito de dimensiones, los aspectos que contribuyen al bienestar de las personas. Por ejemplo, es evidente que la salud corporal es uno de tales

aspectos. También lo es la salud psicológica y el ambiente, en la medida que este es percibido por los sujetos en sus aspectos materiales y simbólicos. La espiritualidad y el deseo de trascendencia forman parte natural de las dimensiones relevantes.

De manera metódica, algunos de estos aspectos son más fáciles de objetivar que otros. Así, por ejemplo, la salud somática puede quedar caracterizada por ausencia de dolencias graves o de quejas, pero no es fácil reducir la percepción del ambiente, especialmente lo que hemos llamado su “dimensión humana” (6), a un guarismo simple. Caben, por ende, aproximaciones categoriales, basadas en ausencia o presencia de atributos, y aproximaciones dimensionales, basadas en cantidades o magnitudes.

En relación con el ciclo vital y el envejecimiento, es de hacer notar que algunas dimensiones o aspectos de la vida cobran más importancia en ciertas etapas de la vida y que por ende el afán inclusivo de todo tiene una misión básicamente descriptiva.

Complejidad

El atributo complejidad debe entenderse, en el contexto de los estudios sobre calidad de vida, indicando que no todas las fuentes de satisfacción son iguales en su capacidad de satisfacer. Por ejemplo, es bueno un cierto grado de tensión y demanda, pero superado un cierto nivel se hace negativo. Tener dinero puede considerarse universalmente valioso, pero siempre habrá personas y grupos que no tengan exactamente la misma estimación del dinero como un bien indispensable. Hay por ende aspectos que debieran estar en *plus* y otros en *minus*, y eso produce una constelación de preferencias y valoraciones que decididamente reafirma el carácter personal de la calidad de la vida, con fuerte influencia de las valoraciones grupales. No debe olvidarse, al estudiar la complejidad, la influencia del “efecto de cohorte”: hay épocas históricas más plenas de acontecimientos de importancia vital que otras y hay una modulación cultural de las preferencias y rechazos societarios. Como veremos más adelante, una generación que vive en un período no tiene solo una experiencia histórica diferente. Los componentes de esa experiencia y su valoración variarán a tenor de movimientos amplios del cuerpo social.

Variabilidad

El constructo calidad de vida tiene un carácter dinámico (7), cuya comparación a lo largo de la vida exige un especial cuidado. El ejemplo más sencillo es advertir que los satisfactores pueden ser los mismos en la niñez y en la vejez

(por ejemplo, comer chocolate) pero la intensidad con que se los aprecia difiere de manera notable. También es evidente que los umbrales críticos para que un placer sea considerado tal son variables a lo largo del ciclo vital y las transiciones se caracterizan, en más de un sentido, por mutaciones en las fuentes de satisfacción. Hay algunas que en la adultez tienen gran importancia, pero cuya gravitación en el total de satisfactores disminuye en la edad propecta. Cicerón advierte que la Naturaleza, sabiamente, no solo nos quita placeres, sino que también nos remueve la apetencia por algunos de ellos o nos modifica la forma escogida para obtenerlos.

Este atributo —lo dinámico— convierte la tarea de establecer comparaciones entre viejos y jóvenes en una empresa rayana en lo imposible. Si dentro de la propia vida se producen mutaciones de magnitud, es esperable que, al comparar personas distintas, la comparabilidad sea prácticamente nula o carente de significado. Que alguien, por limitaciones físicas, no pueda ya practicar el deporte favorito de su juventud, puede ser motivo de enorme sufrimiento, pero al mismo tiempo, convenientemente entendido y aceptado, fuente de satisfacciones y reemplazo por aficiones distintas. Toda vez que la vejez es vista como edad de menoscabos y obsolescencias, es interesante comprobar que pocas veces los ancianos son quienes dan ese testimonio. La mala reputación de la vejez parece provenir de las fantasías de hombres y mujeres en la plenitud de sus vidas que anticipan privaciones y sufrimientos, pues cuando se interroga a los ancianos sorprende que —removiendo la cutícula de esperables quejas a que nos tiene acostumbrados la imagen habitual— suelen, en su mayoría, ser autovalentes y encontrar placer en numerosas e inimaginables formas.

El patrón o medida que usamos de modo inconsciente para calibrar y evaluar nuestros satisfactores mutan con nosotros. Por ende, también cambian el “punto de comparación” y el “umbral” que permiten rotular las experiencias como agradables o desagradables y, por ello, la comparación se hace difícil.

Aun reteniendo la noción de dinamismo con que antes aludíamos a este factor de criterio deslizante, escogemos ahora la palabra variabilidad, más simple y descriptiva. Por cierto, ella se puede usar también para reflejar la dificultad de la comparación transcultural y trans-histórica. Lo que la cohorte de personas que envejeció con la guerra de Vietnam tuvo de experiencias no es en modo alguno comparable con lo que sintieron quienes envejecieron viendo la guerra actual contra el terrorismo. Sus experiencias formativas definieron, para cada grupo, un contexto de experiencias reales y posibles que no admite parangón. De otra parte, es evidente que quienes envejecieron en Estados Unidos de Norteamérica tuvieron experiencias distintas de quienes lo hicieron en Somalía o Kenya. Por ello, el concepto de variabilidad en la apreciación de la calidad de la vida tiene ahora para mí la significación de mudanza en

lo histórico personal, en lo histórico social y en la comparación intercultural. Obsérvese que además de la experiencia histórica adquiere valor el elemento de complejidad, esto es, de modulación “intraexperiencial” (aun con experiencias iguales, la ponderación de sus componentes puede variar).

Hacia una bioética como filosofía social moral

Hemos entendido el discurso bioético como el empleo creativo del diálogo para formular y resolver (o disolver) los dilemas humanos en relación con el progreso tecnocientífico. Lejos de constituir tal progreso un aditamento a la naturaleza humana, parece ser substantivamente constitutivo de ella y por eso puede extenderse la idea de bioética hasta abarcar, en tanto discurso, las proporciones de una filosofía social (8). No de otro modo la concebía uno de los introductores del término, Van Rensselaer Potter, cuando la rotulaba como “ciencia de la supervivencia” y aludía a una “ética global”. Aunque la regulación de los asuntos prácticos de la vida ha sido siempre motivo de reflexión filosófica, y especialmente después de la Ilustración, materia de razonamiento, lo cierto es que los componentes irracionales de la experiencia humana y las sinrazones de la convivencia ocupan parte importante de la vida consciente. Una bioética que solo replicara las formas argumentativas de la filosofía pura cometería los mismos errores históricos que condujeron a la relativa despreocupación por la reflexión que caracterizó a la segunda mitad del siglo XX. Las crisis epistemológicas y los fracasos en la empresa de la paz perpetua (por emplear la conocida expresión de Kant) hicieron que generaciones de científicos y líderes desconfiaran de la filosofía en tanto origen de directrices para la vida buena. El discurso bioético, al centrarse más en lo procedimental que en el contenido, ha recapturado la importancia de la deliberación participativa para plantear y resolver los dilemas de la contemporaneidad.

Hay cuatro aspectos que caracterizan el empleo del discurso bioético. Ellos son la formulación, la fundamentación, la justificación y la aplicación de valores, principios y normas de comportamiento. Los valores, en tanto universales de sentido que guían la acción humana, se encuentran en un plano distinto de las normas conductuales, que señalan la forma de vivirlos y mostrarlos. Entre ambos, como generalizaciones cuasi empíricas, podemos situar aquellos principios *prima facie* que nos acompañan en el trabajo cotidiano. Son estos principios los que deben ser formulados, justificados y fundamentados de manera reflexiva, teniendo en cuenta que esas operaciones no siempre son equivalentes a la aplicación y, en especial, a la aplicación en situaciones de conflicto.

El diálogo es la herramienta más importante que el discurso bioético ha venido a aportar a las sociedades modernas. Si bien la medicina es una metáfora social básica, las formas de ayuda y de inserción social deben incorporar una

sensibilidad especial hacia las relaciones de poder, los contextos en que se interpretan las relaciones humanas y factores culturales que inciden en el trato otorgado a las personas de edad avanzada.

La conflictualidad inherente al envejecimiento

No es posible disociar ningún discurso de una concepción, explícita o implícita, de lo que significa ser humano. Como horizonte siempre se encontrará una antropología. El caso de la medicina es particularmente revelador, pero solo ejemplifica lo que acontece con otras disciplinas relacionadas con personas (9). La vida humana es fuente inagotable de metáforas: río, camino, sucesión de estadios, etc. Cuando hablamos de conflictualidad, empleamos este término como algo distinto de conflictividad. Esta muestra el aspecto problemático, negativo, de un asunto. En cambio, la conflictualidad es una propiedad inherente a la cultura, en el sentido de plantear la convivencia dilemas que exigen reflexión y decisiones. La conflictualidad es casi una dimensión de todo quehacer humano.

En los procesos asociados al envejecimiento humano, la conflictualidad, esto es, el conflicto positivo o dilemático, se expresa en muchas formas y con muchos matices. En primer término, envejecer, en todas las culturas, plantea problemas a las personas. Por una parte, los propios del decaimiento físico y las limitaciones inherentes a la mayor vulnerabilidad. La forma de resolver este aspecto depende de la personalidad, la experiencia previa, los ejemplos relevantes, la educación y otras variables. Ya Cicerón observaba que la clave para una vejez digna es la resignación y el haber tenido una vida virtuosa. No obstante, ello, como el *self* (el sí mismo) parece no envejecer (a los ochenta se siente interiormente como a los veinte en muchos sentidos), es difícil tratar con esta conflictualidad intraindividual: significa una renunciación o un cambio en esferas de la vida que se consideraban importantes.

Aparte de la conflictualidad individual, el enfrentarse uno consigo mismo a dificultades, está la conflictualidad social. Muchas sociedades contemporáneas dejan espacios artificiales para los viejos, en el sentido de que les quitan el significado y la sensación de utilidad. Este proceso, conocido en inglés como *disablement* (10), es fuente de perplejidad y dolor. Sus efectos son semejantes al duelo, porque implican pérdida de ascendiente, de influencia, de respeto y de ingresos. Esta problematicidad no se elimina ni reduce con admoniciones más o menos ponderadas ni consuelos cosméticos. Es conflictual y puede ser también conflictiva.

La relación intergeneracional es un tema que plantea conflictos. En el largo aprendizaje de modos de comportarse recíprocamente, no están los más

ancianos en mejores condiciones que los más jóvenes, pues toda situación es inédita y no hay experiencia transferible. En particular, durante los últimos decenios, los muy viejos (ya no de la tercera sino de la cuarta edad) han aumentado en número y entran a convivir con muy jóvenes. Muy jóvenes no solamente en el sentido cronológico del término, sino también en un sentido social. Los largos años de preparación para la vida en sociedad hacen que se sea estudiante o al menos alumno hasta muy tardíamente en la vida. La incubación extrauterina que proporcionan la cultura y las instituciones de socialización se ha extendido al punto que hoy no se es profesional, por ejemplo, sino hasta bien entrada la segunda década de la vida. De la misma manera, las oportunidades laborales plenas suelen darse más tardíamente en otros estratos, de modo que puede decirse que hay jóvenes-jóvenes y jóvenes-muy jóvenes que conviven con viejos-viejos y viejos-muy viejos. Esta relación es un desafío de proporciones interesantes. Obliga a los productores de bienes y servicios a planear cuidadosamente sus mercados, a segmentarlos convenientemente y a dirigir sus prácticas de mercadeo en forma más específica. Obliga y obligará a los políticos y otros agentes elegidos a responder a necesidades en un amplio abanico de opciones. Y obliga y obligará a los extremos de los grupos etarios a buscar formas de interacción y relación hasta ahora no conocidas en la historia humana.

La idea de que los más jóvenes tienen obligaciones para con los viejos es muy antigua. Está implícita en la idea misma de familia como engranaje de generaciones. Sin embargo, cuando se la examina con mayor detenimiento se revela insuficiente e incorrecta. La tesis de una obligación contractual de hijos hacia padres, por ejemplo, es insostenible. No puede haber contrato allí donde no hubo intención de contraer vínculo. Es el caso de los hijos, que nacieron sin poder oponerse a ello y sin dar expresa manifestación de voluntad. La idea de contrato como fundamento de obligación no es útil.

La noción de necesidad también ha sido invocada. Tiene límites relativamente obvios y diferencias muy marcadas según las personas. La compasión no puede fundar obligaciones. A lo sumo, una tendencia a ayudar.

La idea de solidaridad puede descomponerse al menos en dos aspectos. La solidaridad vertical, de todo el cuerpo social hacia sus superiores y gobernantes y la horizontal, de sus miembros entre sí. En la primera forma, se debiera apoyar a los viejos para que sean ciudadanos cabales. En la segunda, se los debiera ayudar para que entren al diálogo intergeneracional.

En el diseño de políticas para la vejez y el envejecimiento saludables, cualquier disquisición sobre la relación intergeneracional y sus fundamentos exige hoy una sofisticación conceptual inédita. No basta con la admonición amistosa o la indicación pontificante. Las demandas que el envejecimiento poblacional impone a las sociedades no son evitables ni subsanables con meras declaraciones. Se trata de distribución de recursos y del bienestar global de la comunidad.

La ética de la calidad de vida en la vejez debe fundarse y fundamentarse sobre expectativas sobrias, modestas y realizables. Hay que respetar la subjetividad que supone, los múltiples aspectos que deben considerarse, la complejidad de los planos, la extrema variabilidad entre las personas y el hecho de que ellas cambian a lo largo de los años.

Lo que a los planificadores y terapeutas puede parecer evidente, o lo que algunos consideren esencial, si no contempla la opinión de los propios ancianos y su esperable mutación con la marcha de la edad, se hace impracticable o inútil. En la medicalización de la vida que hoy se impone como la metáfora esencial de los sistemas de ayuda, es importante legitimar las decisiones tomando en consideración la opinión de todos los actores (II).

La misma longevidad plantea y planteará problemas que son conflictos. No hay circunstancia que preocupe más a las personas que lo que ocurrirá con sus vidas cuando ya no sean necesarios sus servicios o sus familiares piensen en la obsolescencia de sus cuidados. El negocio de las compañías aseguradoras consiste ahora en advertir que vivir hasta los noventa años no será raro en el futuro cercano y que habrá que anticipar la forma de vida y ahorrar dinero para afrontar la vejez. El espectro de la debilidad, la dependencia y el dolor amenaza a las personas y las hace temer una vejez desdichada, plena de enfermedad y limitaciones. Las propias expectativas, ya gastadas, ya probadas, no todas realizadas ni satisfechas, se convierten en ese residuo de omisiones penosas que los poetas lamentan y que los remordimientos no atenúan. Disponer de más tiempo libre parece ser una suerte de nirvana moderno, pero pronto se convierte en un infierno y las jubilaciones siempre son causal de melancolía.

Calidad del ciclo vital

Es de común experiencia que el discurso conmisericordioso y en apariencia solidario no ayuda a todas las personas. Una clave para el uso creativo del diálogo en la soledad la dio Michel de Montaigne (1533-1592) cuando reconoció que sus libros eran interlocutores de incalculable valor. Su afirmación cobra todo el carácter de un postulado en el contexto de la bioética como diálogo. Pues la primera forma —la primigenia forma— de tal diálogo siempre se establece con la propia conciencia, con el propio pasado, con las propias esperanzas y frustraciones.

Casi todas las metáforas relacionadas con la vida humana —pensemos en el río, en el camino, en la escalera— aluden a la transitividad. Se es niño para ser joven, se es joven para ser adulto, se es adulto para ser maduro, en fin, se es siempre “siendo” en camino hacia algo diferente. Las etapas vitales son construcciones artificiales y artificiosas, que permiten solamente definir edades cuya impronta y carácter varían según la cultura. Más hay una edad o una etapa en la cual la transitividad cesa, y es justamente la vejez. Allí solo cabe

esperar el fin. Que puede ser digno o indigno, doloroso o indoloro, feliz o triste. Pero siempre será fin. Por lo tanto, la vejez es aquella edad, o etapa, en la cual cesa la transitividad del mundo sensible y de la vida terrenal imaginable. Quienes abrigan creencias en lo trascendente miran entonces hacia ese futuro. Quienes no tienen tal perspectiva anticipan el fin de todo. Pero hay un vuelco cualitativo en la forma de la esperanza y, por ende, en la relación consigo mismo y con otros, en la forma del diálogo. Pues todo diálogo es algo que acontece en una duración, se extiende en el tiempo, hacia el pasado en tanto pasado, hacia el futuro en tanto porvenir. Si es cierto, como dice el filósofo, que se es lo que se ha sido y que el pasado es lo sólido, el futuro provee las claves que dan sentido al diálogo perenne de la vida.

El sentido último de una reflexión bioética de la calidad del ciclo vital, expresión que proponemos reemplace la más sencilla de calidad de vida, es tematizar aquello que Daniel Callahan (1930-2019) (12) trata de definir cuando dice que la vida plenamente vivida o cumplidamente vivida no tiene el tiempo cronológico como referencia, sino la completitud del diálogo consigo mismo, la realización auténtica de las metas vitales, esa redondez de la obra que se intuye mas no siempre se puede reducir a cifra o algoritmo. Es verdad que Callahan emplea este argumento para la discutible tarea de racionar los recursos que la sociedad entera debe aportar para el cuidado de la salud en la vejez y que tal postura le ha valido críticos y detractores. Con la razón que pudiera asistirle —que no es tema de este escrito— el significado profundo de la idea de ciclo vital cerrado o completado de manera satisfactoria es un balance entre deseos, necesidades, satisfacciones y demandas. Es el fruto de una confrontación dialógica que acepta e incorpora esa dimensión de lo conflictivo positivo, la conflictualidad, y la conciencia de que toda la vida humana es dilema y plantea problemas cuyas soluciones son, a su vez, otros problemas. El centro del argumento de Callahan está constituido por dos críticas. Una se refiere a la negación de la vejez y el decaimiento como parte de la vida. La otra, a suponer que en el grupo de los viejos no debiera prestarse atención a las necesidades individuales. La propuesta de racionar los recursos considerando la edad como criterio se entendía aplicable en el futuro, dando por supuesta la noción de “duración natural de la vida” que el autor elabora. Las críticas se han referido a casi cada uno de estos supuestos.

La vejez como estadio vital: una construcción social

Uno de los hechos más significativos en la evolución del pensamiento sobre la vejez es que se ha constituido en una *etapa vital*. Siempre se ha hablado de jóvenes y de viejos, mas ahora la *etapa vital* llamada vejez se configura con caracteres especiales.

Es, por de pronto, determinación biológica. Y aunque puede discutirse cuándo empieza en realidad, hay marcas y señales que permiten identificarla. El discurso profano y el discurso científico indican que la vejez es una etapa de menoscabo y pérdida. Tanto en el plano de lo visible como en el de los rendimientos, el cuerpo biológico deja de ser lo que era. Se transforma en sentido negativo.

Debe señalarse, sin embargo, la diferencia entre el cuerpo propio y el cuerpo visto por otros. No es infrecuente, en personas sanas que envejecen, encontrar que el yo carece de edad. Es, como se dice en inglés, un *ageless self*, que el espejo devuelve transformado e irreconocible y que los demás perciben diferente del sujeto. A veces ocurre el fenómeno inverso. El poseedor del cuerpo lo siente pesado, achacoso y vulnerable y esa percepción no es compartida por quienes le rodean. Parece como si las antinomias y las discrepancias se acentuaran.

Está demostrado que no todo el organismo envejece al mismo ritmo. Cada sistema orgánico tiene el suyo propio, a menudo influido por factores genéticos. Dentro del sistema nervioso central, los procesos degenerativos no son uniformes (13). Este factor debe tenerse en cuenta al hacer afirmaciones sobre el envejecimiento. La heterogeneidad, que es de regla en el comportamiento, se encuentra también en el substrato biológico de la conducta y la vivencia.

Si bien tal reduccionismo ha sido celebrado como la clave de importantes progresos en la concepción de la vida y del mundo, no anula del todo una corriente de pensamiento que tenazmente resiste su imperio. Desde el punto de vista individual y social hay fenómenos y estados que no se pueden reductivamente asimilar al discurso biológico. Esta esfera de lo experiencial individual puede denominarse “*biográfica*”, pues su tejido de enunciaciones está en un espacio semántico diferente, con reglas combinatorias de otro orden. “El corazón –decía Pascal¹²– conoce razones que la razón desconoce”.

Este segundo ámbito encuentra también expresión en las experiencias colectivas que marcan a una cohorte completa e imprimen su sello a las generaciones. No es lo mismo envejecer durante la guerra de Vietnam que durante la Segunda Guerra Mundial. Vivir la revolución informática desde sus comienzos implica una experiencia grupal distinta de conocerla ya avanzada.

Lo biográfico y lo generacional (la experiencia individual y social) cualifican el discurso sobre la vejez y la muerte de modo distinto que lo biológico y lo científico en sentido tradicional. Lo más esencial parece residir en la universalidad y cosmopolitismo de los enunciados, pues en el primer discurso son atributos substantivos y en el segundo, no lo son.

Junto a estos dos ámbitos discursivos, el biológico y el biográfico, existe un tercero, *el ámbito social*, al que cabe llamar valórico. Está imbricado con los anteriores de modo tal que su segregación solo es producto del análisis. La norma ética es una amalgama de naturaleza y cultura y se afirma en ellas según el contexto histórico. En relación con el envejecimiento y la muerte, los límites

12 Blaise Pascal, matemático, físico, teólogo católico, filósofo y escritor francés (1623-1662).

entre lo “natural” y lo “cultural” o lo “artificial”” han sido revisados profundamente en los últimos decenios. Lo más significativo es que el discurso sobre la muerte se ha biologizado al grado de exigir para ella el carácter de “hecho” o “evento” datable precisamente en el eje del tiempo y fuera del discurso biográfico y societario. De allí que esta región de lo valórico se coloree en ocasiones de debate sobre lo que es apropiado según el arte, lo que es bueno para las personas y lo que es justo para la sociedad: lo propio, lo bueno y lo justo.

Esta región de lo valórico es la región social del “se”. Se hacen o se dicen ciertas cosas en ciertos momentos y todos los miembros de una comunidad reconocen si está bien o mal. El reloj social prescribe el comportamiento según la edad y anticipa qué es correcto y qué incorrecto. La muerte se hace digna o indigna según quién y cuándo la contemple.

De manera crucial, la vejez es una etapa biográfica. Señalada por ciertos atributos exteriores, de acuerdo con el reloj social de cada comunidad, tiene asignados deberes y derechos. Internamente, es etapa marcada más por lo que se es que por lo que se hace. No es infrecuente encontrar personas afectadas por la opinión que de ellas tienen los otros, mantenida a lo largo de años, que contrasta con la opinión propia.

Sentido y significado de la vejez y del envejecimiento

La dualidad entre la consideración externa y la interna es crucial para entender algunos problemas psicológicos asociados a esta etapa de la vida. El *sentido* que dan los demás a una vida contrasta a veces agudamente con el *significado* que a sí mismas se dan las personas. El sentido social, por ejemplo, está asociado a una ética del trabajo. *Hacer* es considerado más importante que ser y es la base de la categorización usual entre adultos: constituye la primera pregunta después del nombre y el estado civil. El significado personal, en cambio, es una construcción individual de identidad. Y así como hay una discrepancia entre el cuerpo percibido por las propias personas y el mismo cuerpo percibido por otros, también la imagen interna difiere al ser construida por el sujeto o por el grupo al cual pertenece.

Sentido y significado de la vejez rara vez coinciden. Armonizarlos, o al menos aceptar sus diferencias, es una tarea vital. Se relaciona con el principio de realidad que cada persona experimenta durante el proceso de maduración. La diferencia reside en que la etapa de la vejez se asocia a irreversibilidad e imposibilidad de cambio.

El proceso de desvalimiento u obsolescencia (*disablement process*) que se observa en las sociedades contemporáneas puede equipararse a una forma de desvalorizar lo que las personas de edad pueden hacer. La vejez va asociada a una pérdida de aprecio, que es como decir una pérdida de precio de los servicios de los viejos. Esa pérdida de precio se transforma insensiblemente en pérdida de valor. Ya hemos observado el contraste entre el sentido externo y el

significado interno, lo que permite dar un contexto apropiado a la noción de “muerte social”, tan reveladora de él. Mueren socialmente personas que siguen biológicamente vivas: los leprosos, los sidosos y los estigmatizados sociales. Aunque reclamen derechos, aunque deseen continuar en la vida y contribuir a la sociedad, esta los declara excluidos.

En algunas tribus primitivas, y en no pocas sociedades modernas, en efecto, quienes sufren exclusión y estigma se enferman, decaen y hasta mueren. Muchos ancianos experimentan los efectos de ese proceso de pérdida de precio y valor y con la edad se produce de manera más dolorosa, porque es gradual y plenamente sentido por quienes lo padecen. De a poco, se destruyen los lazos significantes y significativos. Tal vez por eso la cultura moderna celebra la muerte súbita como preferible a los antiguos rituales de despedida, ahora tabuizados.

La hegemonía del discurso tecnocientífico relega toda pregunta por el significado a una posición marginal. Los debates sobre la “muerte cerebral” han mostrado cómo se puede hacer ingeniería conceptual para servir los fines de la tecnociencia. Sin ese concepto-herramienta, toda la tecnología asociada a los trasplantes de órganos no existiría. Al desplazar el centro de gravedad de la definición a lo tecnocientífico, se intenta substraerla a la influencia de lo sentimental, lo biográfico o lo personal.

Tal vez el desafío más crucial para una bioética del diálogo y de la responsabilidad sea dar nuevos sentidos a la vida en la vejez y contribuir a desarrollar una “medicina sostenible”. Esto es, una medicina que, sin renunciar a sus exigencias internas de progreso disciplinario, ofrezca equidad de acceso y verosimilitud de promesa para sus practicantes y sus usuarios.

Una medicina realista en sus aspiraciones y mesurada en sus logros es, sin duda, una práctica social distinta de las tecnociencias. Está fundada en la solidaridad entre las personas, a quienes le permite expresar sus demandas y les ofrece servicios acordes. Tal es la misión de cuidado, que necesita urgentemente ser restablecida para una medicina que no solo sane y cure sino, también, cuide. Una medicina bioéticamente inspirada que fusione lo apropiado según el arte, lo bueno según la virtud y lo justo según el uso social.

La identidad de las personas que envejecen

La proximidad e inminencia de la muerte cualifica en forma especial a la vejez. Siempre está presente en la vida, pero en la vejez se hace presente con mayor nitidez y proximidad. El deseo de morir aparece con cierta frecuencia. Sin embargo, como en esta etapa de la vida los procesos depresivos son frecuentes, puede confundirse el deseo de morir como elección libre con un síntoma de un estado patológico. Distinguir ambos estados no siempre es sencillo.

La importancia de delimitar y especificar lo que determina el comportamiento a medida que progresa la senescencia reside en las implicaciones éticas. Tanto la enfermedad como el progreso de la edad inducen dependencia, incapacidad de hacer algo que antes se hacía. Restricción de la libertad, en suma.

La libertad es el ámbito de la moral. Toda norma de comportamiento carece de sentido si no hay libertad para aceptarla o rechazarla. O si no hay libertad para entrar al diálogo que constituye la vida social. Cuando se ha perdido, la propia identidad como agente moral o como persona autónoma se resiente o pierde.

La otra fuente de la propia identidad deriva también del contacto con otros. La noción de “sí mismo” (*self*) es pertinente. El *self* no es yo simple, aislado de contacto, sino el yo reflejado en las opiniones de los demás. Se construye con lo que aporta el contacto social, y en él se recogen muchas facetas. Se es siempre alguien para otro con alguna cualificación especial: hijo de un padre, hermano de un hermano, discípulo de un maestro. Se vive en una malla de relaciones, cuyo producto final contribuye a la identidad. El *self* no es toda la identidad, pero sí es un componente muy decisivo.

La construcción del sí mismo y de la identidad tiene características especiales en la vejez contemporánea. Como ya hemos mencionado, en ninguna otra etapa histórica la convivencia de las generaciones ha sido más polarizada, en términos etarios, que en esta. Lo que ello significará para la construcción de las identidades de unas y otras debiera ser materia de análisis y reflexión. Nuevas formas de relación deberán surgir, pues las nociones de solidaridad, necesidad y retribución, entre otras, no son suficientes cuando se trata de elaborar relaciones, diseñar sistemas sociales de apoyo o planear el retiro de la vida laboral activa.

Como la identidad se devela en el contacto, la relación y el diálogo, es importante observar que, por ejemplo, ser proveedor de bienes y servicios no suele asociarse con la idea del hombre viejo. En los países desarrollados se ha generado una identidad accesoria para los ancianos y ancianas: ser “consumidor”. Son personas que pueden, si tienen dinero, comprar tiempo libre, gozar bienes y adquirir propiedades.

En algunas sociedades, la identidad de los viejos está fundada en ser reservorio de la memoria ancestral o repositorio de sabiduría. Tal identidad tradicional ha quedado relegada a un segundo plano con la invención de las formas objetivas y concretas de memoria, el libro primero, el computador después. Las experiencias de un grupo de ancianos en tanto cohorte etaria en el curso de sus vidas, lejos de constituir una ventaja, son negativas.

La generación que vivió las guerras tiene experiencias no solamente desconocidas para quienes no las tuvieron. Producen, además, rechazo o desprecio. La irrepitibilidad de los sucesos históricos que cada generación vive hace fácil entender la idea de obsolescencia de lo que los viejos cuentan de su conocimiento de la vida. Se les reconoce la experiencia, pero puede ser experiencia

irrelevante. La identidad como memoria colectiva ha perdido vigencia y sería vano intentar recuperarla.

La memoria no es lo mismo que el recuerdo. En otros contextos, hemos hecho alusión a esta distinción, crucial para entender misteriosos aspectos de la vida en la tercera edad. La memoria es la facultad de reconstruir. El recuerdo es el arte de revivir (14).

Olvidados los pormenores, queda la atmósfera. Desaparecidos los detalles, persiste la tonalidad. Las personas en la edad avanzada, aunque carecieren de informaciones vigentes o fueran irrelevantes, mantienen vivos los recuerdos. Y los recuerdos los mantienen vivos a ellos.

Envejecer: algunas consecuencias personales y sociales

Hay tres formas de dependencia que pueden considerarse consecuencias individuales del proceso de envejecer.

La primera es la deficiencia o el menoscabo, reversible o subsanable. En la edad proveyta, los individuos suelen tener limitaciones que se experimentan como incapacidades transitorias. Ya no se puede correr lo mismo que antes, algunos placeres no solo deben ser moderados, sino modificados. Pero las deficiencias son minoraciones transitorias, que solo implican cambios cuantitativos en el discurrir vital. Son subsanables en el sentido de que pueden anticiparse sus efectos y por ende tienen los individuos la capacidad de adaptarse.

La segunda forma de venir a menos, la discapacidad, significa una objetiva merma irreversible en alguna o varias funciones sociales. La vista, el oído, el gusto, por sólo mencionar la sensorialidad que tanto interesa en sus recuerdos a don Santiago Ramón y Cajal¹³, sufren deterioro cualitativo. Esto es, no solo disminuyen en agudeza, cambian de carácter. Hay, definitivamente, acciones que no pueden realizarse, y su pérdida se vivencia como tal, con duelo, reproche, queja y nostalgia.

Se puede tener menoscabos y discapacidades sin ser minusválido. La minusvalía, tercera forma de dependencia, implica un reordenamiento total de la vida en función de las discapacidades o incapacidades que se sufren. Si uno puede admitir una discapacidad parcial, es distinta la discapacidad global e irreversible. Esta globalidad e irreversibilidad marcan el definitivo cambio en el modo de vida que señalan algunos como la principal demanda a las capacidades de adaptación. Es, sin duda alguna, algo que merece anticipación razonada, preparación consciente, una real gerogogía (15).

Tanto en lo heteroplástico como en lo autoplástico, esto es, en lo que puede cambiarse en el entorno y en otras personas, como en lo que puede modificarse en el interior de la persona misma, reconocer las formas de la dependencia,

¹³ Médico español (1852-1934), padre de la neurociencia moderna, fue también artista, fotógrafo, jugador de ajedrez y editor.

aceptarlas y, si es posible, sacar lo mejor de ellas constituyen enseñanzas necesarias y útiles. Fundan, en rigor, el discurso relacional.

Cualquier reflexión sobre la vejez y el envejecimiento debe tomar en cuenta la noción de desvalimiento, relacionado con el proceso de incompetencia, desvinculación o incapacidad progresiva (*disablement*) que las sociedades y las personas definen. La noción de “desvalimiento” la empleamos no solo como desamparo y falta de ayuda sino también, como la incapacidad y desvinculación que se le asocia al proceso de envejecer. Del mismo modo, el término incompetencia tiene más connotaciones que incapacidad, si bien este también podría emplearse.

El proceso de envejecer es valóricamente ponderado en cada sociedad humana, tanto de manera positiva como negativa. En los países occidentales, la retórica habitual consiste en ensalzar la vejez, pero en la práctica es esta una etapa de soledad, abandono y pérdida. Precisamente en aquellos aspectos en los que suele invocarse la solidaridad social suele percibirse un discurso ambiguo, cuando no equívoco. La mayor demanda de servicios asistenciales en la edad propecta suele aparecer como un lastre para los rendimientos societarios.

La doble condición de individuo y miembro de un grupo (la conocida noción de *homo duplex* debida a Durkheim¹⁴) hace necesario distinguir entre aquellos cambios desvinculantes que son deseados y aquellos que son impuestos por el grupo. La mayor parte de las tensiones éticas en las decisiones agudas suelen poderse reducir a un contraste entre lo que es individualmente apropiado y lo que es grupalmente justo. Así, por ejemplo, la decisión de salvar la vida a toda costa -y a todo costo- puede parecer, en un análisis clínico-casuístico, como la única postura defendible.

Poblacionalmente, sin embargo, la suma de decisiones de ese tipo podría generar un impacto económico imposible de solventar. Por otra parte, no siempre “condenar a la vida” es la mejor decisión, pues la vida a medias vivida tras medidas heroicas pudiera no ser la mejor para los que deben vivirla. La paradoja del éxito consiste en que es ambiguo. Una acción exitosa puede ser un fracaso mirada en perspectiva societaria si, en mirada abarcadora, termina siendo injusta.

Por lo tanto, es de interés destacar que el *proceso de desvalimiento o incompetencia* merece un examen detallado; no solo en términos abstractos, mas también en los muy concretos que plantea la cultura de una sociedad determinada.

En los últimos años se ha establecido la práctica de negar el proceso de incompetencia o desvalimiento. Se proclama, en una ilustrada apología de la ciencia y de la medicina, que el envejecimiento puede ser una incómoda pero subsanable inconveniencia, que más valiera ignorar. A la espera, por supuesto,

14 Émile Durkheim (1858-1917), filósofo francés, considerado el padre de la sociología como disciplina.

de los avances milagrosos de la racionalidad instrumental, que derrotarán la vejez y la muerte.

Tal perspectiva, por parecer sentimentalmente más humana, lleva a demandas y a la proclamación de un ideario benevolente que es desmentido por la sociedad. Al medicalizar el problema, no se hace sino reducirlo a uno de sus aspectos, tal vez el más saliente, pero en todo caso no el único, con la consiguiente tecnificación de sus posibles planteamientos y soluciones. Una de las consecuencias de la tecnificación temática es la lejanía en que se encuentra del mundo cotidiano toda alusión a algo específico, substrayéndose así a la opinión y experiencia personales (16-18).

Como es evidente que puede haber menoscabos sin discapacidades y discapacidades sin minusvalías, es evidente también que el proceso de desvalimiento, incapacidad o incompetencia -enfocado individual y societariamente- no es invariante biológica, sino desarrollo biográfico. Al ser biografía y no biología, su construcción social es asunto relativo a la cultura, al lenguaje y a las creencias. Puede proponerse, no obstante, que existe un *quantum* de desvalimiento progresivo que se estima en lo personal y en lo social y que constituye la adición de menoscabos, discapacidades y minusvalía y que se expresa en distintas esferas. Por ejemplo, hay un desvalimiento situacional, que excluye a las personas, según su edad, de ciertos contextos; hay un desvalimiento o incompetencia cognitivo, que permite relativizar los rendimientos atencionales o mnémicos y hasta esperar un coeficiente de pérdida funcional; existe, en el plano diario, un desvalimiento de orientación y conciencia, por el cual se ponderan los esfuerzos de un anciano; entre otros, el desvalimiento de locomoción suele adquirir una capital importancia al momento de proclamar políticas generales de reemplazo para los senescentes, que este factor encarece o complica de modo importante.

La noción de un complejo proceso de desvalimiento o incompetencia como matriz conceptual para plantear problemas relacionales no disminuye la importancia de decisiones en contextos agudos: medidas ordinarias y extraordinarias para salvar o prolongar la vida, prioridades de atención en servicios médicos, entre otras. Se plantea aquí como herramienta complementaria para elaborar un estatuto relacional para miembros de generaciones diferentes y de allí examinar la aplicación de puntos de vista, principios o modelos de eticidad.

El proceso es complejo en varios sentidos. Primero, porque contiene una dimensión personal y una dimensión social, no siempre concordantes. Segundo, porque se configura sobre la base de menoscabos, discapacidades y minusvalías y se expresa en situaciones, rendimientos y vivencias. Tercero, porque contiene dimensiones valóricas implícitas, no siempre evidentes, que al generalizarse pueden no hacer justicia a ciertos grupos dentro de la población que envejece. Cuarto, porque necesariamente una homogeneidad en la conceptualización, si bien favorece el establecimiento de normas útiles para la generalidad, puede ser inaplicable en casos excepcionales, vulnerando principios de equidad y

justicia. Finalmente, porque permite elaborar un conjunto de procedimientos para plantear “casos” allí donde estos carecen de la urgencia de las situaciones inesperadas, heroicas o catastróficas, que suelen atraer la atención al punto de hacer pensar que constituyen lo más nuclear de la preocupación bioética (19, 20).

Estas consideraciones replantean la necesidad de una ética de la vida diaria como fundamento de cualquier planteo sobre calidad de la vida, autonomía, dignidad, beneficencia y justicia. Tal punto de vista debiera sin duda incorporar diversos registros metódicos y procedimentales y no olvidar que junto a lo que es propio, a lo que es bueno y a lo que es justo, debe buscarse también lo que es discursivamente posible. Discursivo alude aquí a lo trasdisciplinario o lo transtextual, aquello que emerge como principio defendible o norma posible más allá de lo religioso, de lo médico, de lo económico, de lo sociológico. Quiere decirse, más allá de los discursos técnicos, en la esfera de la substantiva humanidad de cada uno, que adecuadamente respetada, nunca queda reducida a ninguno de ellos y a todos trasciende (16, 21, 22).

Tentativamente, puede decirse que la dignidad de la vida humana exige no sólo la tradicional misión terapéutica de la *restitutio ad integrum* cuando ello sea posible. También demanda la *restitutio ad integritatem*, la recaptura del sentido de personal eficacia y singular autonomía que se pierde en el ineluctable, aunque negado, proceso de desvalimiento que, rectamente entendido, puede constituir un núcleo de cristalización para una bioética cotidiana que ilumine la condición de la ancianidad y el proceso que hacia ella lleva y que en ella se expresa, el proceso biográfico de envejecer.

Tanto la aceptación personal de este, con o sin resignación dictada por filosofía o religión, como la adecuada percepción social de sus matices y consecuencias, permitirán una preservación de lo que es apropiado técnicamente, bueno para los agentes morales y justo para el cuerpo social (23). Sin olvidar la dignidad, a la que cada día amenaza el desvalimiento.

Desde el punto de vista social, es bueno reflexionar en la identidad de votante o elector. Muchas democracias modernas no serían lo que son si impidieran votar o participar en la vida civil a los ciudadanos pasada cierta edad. Es anticipable que la proporción de electores de edad avanzada crecerá en los próximos años, lo que sin duda incidirá en la forma y el fondo de las campañas políticas, en los temas de la preocupación ciudadana y en el tipo de políticas que se adoptarán.

REFERENCIAS

1. Lolas F. Contemporaneidad y Bioética. *Persona y Sociedad* 1994;8:61-64.
2. Lolas, F. Ethics and quality of life in the elderly. En Weisstub, D.N., Thomasma, D.C., Gauthier, S. & Tomossy, G.F. (editores) *Aging: Decisions at the End of Life*. Kluwer Academic Publishers, Amsterdam, 2001.
3. Lolas, F. *Psicofisiología de la personalidad*. Bravo y Allende Editores, Santiago de Chile, 1998.
4. Gottschalk, L.A. & Lolas, F. *Estudios sobre análisis del comportamiento verbal*, Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 1987.
5. Lolas, F., Martin-Jacod, Vidal, G. *Sistemas diagnósticos en psiquiatría. Una guía comparativa*. Editorial Mediterráneo, Santiago de Chile, 1997.
6. Lolas, F., Marinovic, M. *La dimensión humana del ambiente*. Vicerrectoría de Asuntos Académicos y Estudiantiles, Universidad de Chile, 1995.
7. Lolas, F. *Escritos sobre vejez, envejecimiento y muerte*. Editorial Campus, Universidad Arturo Prat, Iquique, Chile, 2002.
8. Wildes, K.W.M. Bioethics as social philosophy. En: Paul, E.F., Miller, F.D., Paul, J. (editors) *Bioethics*. Cambridge University Press, New York, 2002.
9. Lolas, F. *La perspectiva psicosomática en Medicina*, 2ª edición. Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 1995.
10. Cfr. Lolas, F. *Escritos sobre vejez, envejecimiento y muerte*. Editorial Campus, Universidad 'Arturo Prat', Iquique, Chile, 2002.
11. Lolas F. Dimensiones bioéticas del cuidado médico en el anciano. *Revista Médica de Chile* 1997;125:1024-1026.
12. Callahan, D. *Setting Limits. Medical goals in an aging society*. Simon & Schuster, New York, 1987.
13. Dichgans J. Schulz JB. Altern in Teilen? Systemalterungen des Nervensystems. *Nervenarzt* 1999;70:1072-1081.

14. Lolas F. *Bioética y antropología médica*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2000.
15. Lolas F. *Ensayos sobre ciencia y sociedad*. Buenos Aires: Estudio Sigma-El Ateneo; 1995.
16. Lolas F. *Proposiciones para una teoría de la medicina*. Santiago de Chile: Universitaria; 1992.
17. Lolas F. Biomedicina y calidad de vida. Un análisis teórico. *Rev Méd Chile* 1990;118:1271-1275.
18. Lolas F. La medicina como narrativa. *Rev Méd Chile* 1992;120:810-815.
19. Phillips MJ. Damaged goods: oral narratives of the experience of disability in American culture. *Soc Sci Med* 1990;30:849-857.
20. Robinson I. Personal narratives, social careers and medical courses: analysing life trajectories in autobiographies of people with multiple sclerosis. *Soc Sci Med* 1990;30:1173-1186.
21. Lolas F. La integración de las ciencias del comportamiento y la biomedicina. Necesidad de una metateoría. *Bol Of Sanit Panam* 1990;109:38-45.
22. Lolas F. The psychosomatic approach and the problem of diagnosis. *Soc Sci Med* 1985;21:1355-1361.
23. Andersson L. The service system at the crossroad of demography and policy-making. Implications for the elderly. *Soc Sci Med* 1991;32:491-497.

CAPÍTULO VII

Eutanasia y cuidados paliativos¹⁵

Introducción

En los últimos años, ha habido un considerable debate acerca de la eticidad de permitir la eutanasia activa voluntaria y el suicidio asistido para enfermos terminales. Existe una tendencia a escribir en las revistas científicas en favor de aceptar la moralidad de la eutanasia en un esfuerzo de conquistar el consenso público para su legalización. En varios países, la eutanasia ha sido despenalizada desde hace tiempo y es motivo de debate en varios parlamentos a nivel mundial. El suicidio asistido significa que el médico provee los medios necesarios para que el paciente finalice su vida. La eutanasia activa significa que el médico administra personalmente una droga letal. La muerte se busca para finalizar una vida que ha llegado a ser intolerable por el sufrimiento a causa de que el paciente no quiere continuar viviendo o porque la vida ha adquirido tal condición mínima que no merece ser considerada digna.

El avance considerable de la Medicina en los últimos años ha llevado a evaluar si es obligatorio usar todos los medios posibles para mantener a una persona viva o si se ha de usar toda la terapia disponible, aun cuando hay pocas posibilidades de obtener algún progreso. Se discute la cuestión del derecho a morir con dignidad. Para algunos, morir con dignidad significa morir sin dolor por intervención médica directa o suicidio asistido. Cualquier muerte que sea acompañada por el sufrimiento es considerada como indigna en la mentalidad de la sociedad de hoy. En este contexto, la muerte sin dolor puede ser provocada por la administración de una droga con la intención de finalizar la vida y al mismo tiempo el sufrimiento. Esta intervención activa se selecciona porque acaba rápidamente con la vida del enfermo y se propone hacerlo cuando no hay posibilidad de curación y el enfermo ha manifestado su deseo de no

¹⁵ Este capítulo está basado en los siguientes artículos que han sido actualizados: Lolas F. Evitar la distanasia tecnocrática. Objetivos de los cuidados paliativos. *Ars Medica* 2005;34(2):5-9. Rodríguez Yunta, E. La Eutanasia y sus argumentos. Reflexión Crítica. *Ars Medica. Revista de Estudios Médicos Humanísticos* 2000;2(2):45-57.

continuar viviendo. Para otros, el derecho a la muerte con dignidad implica la no aplicación o la interrupción de terapias de soporte vital para enfermos terminales, para permitir que el enfermo sucumba por la enfermedad, de esta forma liberándolo de la esclavitud del llamado “encarnizamiento terapéutico” o “distanasia tecnocrática” que consiste en tratar al enfermo con terapias excesivas por no tener ya ninguna efectividad y someterlo a un prolongado sufrimiento.

Ha habido también un debate sobre el alcance del término eutanasia. El término ha sido dividido en eutanasia pasiva y eutanasia activa. Con el término de eutanasia pasiva se ha querido significar el favorecer el proceso de la muerte al remover el equipo de soporte vital o al terminar con los procedimientos médicos cuando estos son considerados vanos. Con el término de eutanasia activa se ha querido significar el provocar inmediatamente la muerte por la aplicación de un agente letal. Sin embargo, desde el punto de vista de la ética profesional, se ha objetado que es irrelevante el terminar la vida del enfermo por acción o por omisión de un tratamiento que es considerado válido y necesario para que este pueda vivir, ya que la muerte es provocada intencionalmente en ambos casos. Para evitar confusiones, la definición de eutanasia es mejor entendida como el finalizar deliberadamente la vida de un enfermo que está sufriendo o tiene una enfermedad incurable, ya sea por acción o por omisión (1). Por otra parte, no hay que considerar que hay eutanasia en la mal llamada “eutanasia pasiva” al remover sistemas de soporte vital que no son terapéuticos y permitir que el enfermo sucumba por la enfermedad o en negarse a recibir un tratamiento médico que es considerado vano, ni hay eutanasia en la muerte provocada por el “efecto doble” de drogas que se administran para aliviar el dolor, pero pueden acortar la vida. No hay obligación de recibir o de prolongar un tratamiento que es considerado ineficaz por la profesión médica. Esta práctica es considerada como ética y legal siempre que la intención del médico sea aliviar el dolor y otros síntomas y no provocar la muerte (2, 3).

Argumentos en favor de la eutanasia y respuesta crítica

En el presente capítulo se analizan los argumentos en favor de la eutanasia y los contraargumentos para emitir un juicio ético sobre si existe el derecho a cometer suicidio o de pedir una acción eutanásica para enfermos terminales.

El argumento de la pobre calidad de vida

Aquellos que defienden la eutanasia, argumentan que en algunas circunstancias vivir es peor que morir, ya que el dolor y el sufrimiento causado por una enfermedad terminal pueden hacer la vida tan agonizante y difícil de llevar que la muerte puede constituir un “acto humanitario” y se considera racional que

el médico ayude al suicidio como una forma de morir con dignidad (4). Para el enfermo terminal, el sufrimiento puede ir más allá del dolor como resultado de las condiciones en que se encuentra y estas hacer la vida insoportable, como, por ejemplo, la progresiva pérdida de movimiento y actividad, la pérdida de libertad asociada con la dependencia de otros, molestias físicas como náuseas, vómitos o disnea, la incapacidad de tragar o de hablar, el miedo a morir, la incontinencia, la debilidad, la pérdida de la dignidad personal, la demencia (5). La vida pierde toda calidad y significado, de forma que la muerte es preferible.

Contrargumento: en el argumento de la calidad de la vida se confunde el valor de la calidad de la vida con el valor que la vida tiene. La vida humana tiene un valor intrínseco en sí misma. La buena salud no puede dotar de dignidad a la vida humana, ya que la salud no posee vida en sí misma, más bien participa de la vida. La salud es un bien que se ha de disfrutar y cuidar, pero no es un bien absoluto al que haya que subordinar todo. La salud es para el ser humano y no el ser humano para la salud. La dignidad de la persona no desaparece por la enfermedad. Más bien, la pérdida de dignidad se imputa al enfermo por las reacciones de los profesionales de la salud y de la familia del enfermo a la apariencia externa que este ofrece. El enfermo mismo nos enseña con su estado que la salud, aun siendo muy importante, no es un valor absoluto. Juzgar qué calidad tiene una vida, tiene un fuerte carácter subjetivo. Muy fácilmente el profesional de la salud puede sustituir sin darse cuenta su concepto de calidad de vida con aquel que tiene el paciente. No es posible juzgar que a partir de conceptos existenciales individuales de la calidad de vida se pueda decidir el acabar activamente con una vida. El morir con dignidad no ha de entenderse como un derecho a la eutanasia activa o el suicidio asistido, cuando uno se encuentra bajo una pobre calidad de vida por el dolor y el sufrimiento, sino como un derecho a morir en un entorno digno del ser humano, recibiendo de las personas cercanas contactos humanos sencillos y el derecho a no prolongar la vida por medio de una tecnología que no puede sanar. El sufrimiento no es solo causado por el dolor, a la persona se la ha de ayudar atendiendo a los valores que expresa que la hacen sufrir.

El argumento del respeto de la autonomía del enfermo

Los defensores de la eutanasia consideran que el respeto por la autonomía de las personas requiere el reconocer su derecho a decidir cómo vivir sus vidas. Esto incluye el proceso de la muerte y la habilidad de elegir el destino propio. De tal forma que se propone el derecho de evitar el sufrimiento intolerable ejerciendo un control sobre la forma de morir. Lo que está en juego es ser libre para tomar responsabilidades sobre la propia vida, parte de la cual la constituye la muerte. Cada persona tiene un nivel de tolerancia para el sufrimiento y por tanto no existe una respuesta objetiva que se pueda aplicar a todos acerca

de cuándo la vida se hace insoportable. Por ello es necesario que el paciente se manifieste ejerciendo su autonomía. Algunos autores creen que existe el derecho a cometer suicidio y que no debe haber restricciones irrazonables sobre la forma en que uno puede ejercer este derecho (6). El Estado no tendría derecho a privar al paciente de su libertad de quitarse la vida. Battin ha argumentado que existe un derecho fundamental al suicidio, pero no hay igualdad en su distribución (7). El derecho del paciente a la autodeterminación ha sido un argumento central en favor de la eutanasia (8). Pero a menudo se asume, sin argumento, que esto implica el derecho del paciente a pedir que otra persona intervenga en su ayuda para procurar la muerte (6). Un enfermo terminal puede no ser capaz físicamente por sí solo de ejercitar la opción del suicidio. Se considera que los enfermos terminales serían discriminados a causa de su incapacidad, ya que las personas con capacidad física sí tendrían la opción. Se disminuiría además la ansiedad en futuros pacientes si saben que existe la posibilidad de que un médico les asista en el suicidio. Además, hay que considerar que aun con un adecuado cuidado paliativo hay casos en que no es posible evitar el dolor (9).

Contraargumento: el enfermo terminal se encuentra en una posición extremadamente vulnerable, de forma que su capacidad de autonomía se halla comprometida, sufriendo de depresión, ansiedad, miedo, rechazo o culpabilidad. El pedir la muerte no tiene por qué reflejar un deseo duradero, voluntario, pasado por la reflexión. En las condiciones en que se encuentra el enfermo terminal o casi terminal es muy difícil tener una conciencia clara para tomar decisiones, y la tendencia es a seguir casi ciegamente las indicaciones y sugerencias del médico. El enfermo podría desear la muerte por deficiencias en la atención médica, como el no poder aliviar el dolor, no por una decisión libre. Además, no es lo mismo cometer suicidio que ayudar a un suicidio. Lo último es una forma de homicidio, aun cuando la razón por la que se haga sea por compasión. Aunque el intento de suicidio se haya des criminalizado, el Estado sigue teniendo interés en prevenir contra el suicidio, incluyendo la penalización de aquellos que ayudan a que otro se suicide. Por otra parte, tampoco tenemos derecho a cometer suicidio, simplemente porque la vida no nos pertenece por completo y, por tanto, nuestra autonomía se halla limitada. Nadie puede decir que se ha dado la vida a sí mismo. No todas las posibilidades acerca de la vida de uno mismo pueden ser consideradas como derechos que deben ser protegidos.

El argumento del principio de beneficencia o tener compasión por el que sufre

El médico actúa bajo el principio de beneficencia para aliviar el dolor y el sufrimiento de pacientes terminales (10). Bajo esta forma de pensar, la eutanasia es considerada un acto virtuoso. El no abandonar al enfermo ha sido parte del cuidado tradicional ejercido por el médico. Se juzga que el que el médico

asista al enfermo en su suicidio es una forma de ejercer el principio ético de no abandonarlo (11). Hoy día, los médicos son considerados los candidatos lógicos para buscar ayuda en el morir, ya que para muchos enfermos terminales el asistir en la muerte es considerado como una extensión del rol del médico de aliviar el sufrimiento y como una forma de ejercer su cuidado, consistente con la profesión (5).

Contraargumento: la compasión de que hablan aquellos que defienden la eutanasia refleja una visión distorsionada de esta actitud. La verdadera compasión no puede ser eliminar al que sufre, sino buscar el aliviar la causa del sufrimiento. De otra forma, se devaluaría la vida de los enfermos. Además, la compasión es una cualidad espiritual que significa “sufrir con”, estar presente al que sufre, no se trata de un principio o una razón autojustificante. El elegir el suicidio asistido corta toda posible relación y los lazos que nos unen a las personas que nos acompañan en los momentos difíciles de la cercanía de la muerte. Por otra parte, procurar la muerte por eutanasia no es competencia de la profesión médica. Asistir al suicidio no es consistente con el compromiso del médico a curar y tratar la enfermedad, va en contra de los códigos tradicionales de ética médica que derivan de la promesa hipocrática. Aceptar el suicidio asistido llevaría a una desconfianza de las personas en general hacia los médicos. Además, el profesional de la salud también tiene su autonomía y no debe ser presionado para actuar en contra de los valores profesionales.

El argumento de la experiencia positiva de la aceptación de la eutanasia en Holanda

Las personas en general y la profesión médica en Holanda consideran positiva la despenalización de la eutanasia, de forma que ningún médico que siga ciertas líneas puede ser penalizado por la justicia por cometer un acto eutanásico. Estas líneas son: el enfermo tiene que ser competente y pedir voluntariamente la muerte después de haber sido aconsejado; su sufrimiento tiene que ser insoportable, no puede haber forma de hacérselo soportable al enfermo, y el juicio del médico con respecto al diagnóstico y el pronóstico debe ser confirmado por otro médico.

Contraargumento: la experiencia de la eutanasia en Holanda y Bélgica ha demostrado la realidad del argumento de la “pendiente resbaladiza” (*slippery slope*). Se han dado pasos sucesivos en la relajación de criterios por los que la acción eutanásica es permitida. De aceptarse solo para enfermos terminales que hayan expresado su voluntad de terminar con la vida, se ha extendido a enfermos no terminales, a menores, a personas con el síndrome de Down, a pacientes con enfermedades mentales o con depresión grave o demencia, y se ha extendido a casos de eutanasia involuntaria bajo ciertas condiciones (12-14).

Esta realidad devalúa el efecto positivo que se argumenta tenga la despenalización de la eutanasia.

El argumento de la disminución del estigma de culpa asociado al suicidio

El estigma público adosado al suicidio ha disminuido en los últimos tiempos. En muchas jurisdicciones el suicidio o el intento de suicidio es un acto que no está penalizado. Los estudios de investigación demuestran que la mayor parte de los suicidios resultan de enfermedades mentales transitorias, en general la depresión (5). Sin embargo, se argumenta que la razón por la que los enfermos terminales desean acortar el proceso de la muerte es terminar con su sufrimiento. Esto hace surgir el concepto de suicidio racional.

Contraargumento: el suicidio sigue considerándose un mal en la sociedad y cuando se tiene noticia de que alguien intenta suicidarse se toman medidas para prevenirlo. No importa cuán enferma una persona esté, el hecho es que todavía se encuentra entre los vivos y por lo tanto se protege su vida. Los resultados de la investigación sugieren que el interés de los enfermos por la eutanasia se debe en la mayoría de los casos a depresiones o estrés psicológico, más que al dolor. Esto sugiere que la mayor parte del debate acerca de la eutanasia está siendo manipulado, ya que se enfoca en el dolor y se usa la eutanasia como una forma de liberarse del dolor, cuando de hecho el motivo principal por el que se pide la eutanasia no es el dolor (15). El sufrimiento de origen psicológico puede ser tratado con el asesoramiento adecuado y por intervención psiquiátrica o psicológica. Con el soporte adecuado, incluyendo el alivio del dolor, la terapia psicológica y espiritual, y la amistad, el enfermo puede morir de forma digna como miembro de la familia humana sin intervención eutanásica. Ninguna legislación presente permite el ayudar al suicidio a una persona que sufre de un período transitorio de depresión. Más bien, su depresión debe ser tratada. El legalizar la eutanasia contribuiría a hacer a la sociedad insensible al hecho del matar.

El argumento de la no diferencia moral entre matar y dejar morir

La distinción entre eutanasia “pasiva” y “activa” ha sido criticada por depender de concepciones de causación que son consideradas problemáticas y que se basan en la creencia de que la diferencia entre matar y dejar morir es relevante moralmente. El discontinuar las medidas de soporte vital y la eutanasia voluntaria activa son similares desde el punto de vista del paciente en que su deseo fundamental es una muerte más rápida y más confortable. Son también moralmente similares en que ambas son hechas con la intención de acabar con la vida (5). Se argumenta que la intención es moralmente irrelevante en

la evaluación de la moralidad de la acción. Por ejemplo, en el caso de dejar de alimentar artificialmente a un enfermo en coma, claramente se atenta contra su vida con la intención de acabarla, ya que la persona moriría de hambre. En el caso de discontinuar mecanismos de soporte vital y permitir que el enfermo muera, esto ocasiona días o semanas de sufrimiento. Bajo esta forma de pensar, la eutanasia activa parece ser éticamente preferible (16). Para algunos, discontinuar la ventilación mecánica no puede ser considerado negarse a recibir un tratamiento, sino una petición de procurarse la muerte (17). Para Patrick Hopkins (18) no existe una diferencia moral intrínseca que sea esencial entre una máquina que sustituya funciones orgánicas y órganos naturales del cuerpo; así que omitir un tratamiento, en que intervenga una de estas máquinas es una forma de matar, ya que priva a la persona de un órgano que puede solamente funcionar con la ayuda de una máquina o de tecnología médica y, por tanto, necesitamos poner a un lado nuestros prejuicios en contra de lo artificial y extender la opción de la buena muerte (eutanasia activa) a aquellos que han sido atrapados por la naturaleza al encontrarse en estado terminal. Si nuestra sociedad ha sido capaz de reconocer que la vida puede ser lo suficientemente irresistible bajo tratamientos de sostenimiento vital, tales como la ventilación mecánica o las máquinas de diálisis, y que estas intervenciones médicas pueden ser discontinuadas o abstenerse de ellas (lo que algunos llaman eutanasia pasiva), entonces también la vida puede ser lo suficientemente irresistible como para justificar la eutanasia activa.

Contraargumento: existe una relación especial entre el médico y el enfermo. Una omisión, si resulta en daño, puede traer responsabilidad legal. Si un enfermo competente se niega a recibir un tratamiento o a continuar con uno, el efecto legal es que el médico es absuelto de su deber de tratar al enfermo por el enfermo mismo. El médico deja de tratar al enfermo y la muerte resultante es causada por la enfermedad que tiene el enfermo. El médico por lo tanto no mata al enfermo, sino que deja que se muera. No puede ser prohibida la aceptación voluntaria de una muerte que la intervención médica solo puede posponer, ya que no hay posibilidad de curación. Una conclusión acerca de la causación simplemente refleja un juicio acerca de la forma correcta de asignar responsabilidades. Cuando una persona desconecta la ventilación mecánica de soporte vital sin autorización, está claro que causa la muerte del enfermo, pero cuando un médico sigue las directrices del enfermo de desconectar la ventilación mecánica cuando no hay esperanza de curación, no actúa equivocadamente, ya que no tiene el deber de continuar el tratamiento en contra del deseo del enfermo, aun cuando su acción está causalmente relacionada con la muerte resultante del enfermo. Además, el derecho a poder negarse a un tratamiento médico está basado en el derecho a resistirse a invasiones físicas que sean consideradas desproporcionadas, no en el derecho a acelerar la muerte, el cual no existe. A menudo en el diálogo existe una confusión entre la eutanasia pasiva y la eutanasia por omisión. La última lleva consigo responsabilidad

moral, pero no la primera, ya que la muerte natural no es un homicidio y por tanto no es ni ilegal ni inmoral y no está sujeta a responsabilidad. Se acepta el descontinuar la ventilación mecánica después de la muerte cerebral total, el no aplicar terapias en el caso de un coma irreversible, excepto los cuidados considerados ordinarios, la no aplicación e interrupción de las “terapias de sustento vital” en el caso de enfermos terminales, el no emplear técnicas de reanimación cuando su aplicación es considerada inútil u onerosa por la profesión médica, el no emplear terapias ineficaces que aumenten el dolor o claramente desproporcionadas en relación a los costos humanos y la utilidad para el enfermo. Se consideran cuidados ordinarios la hidratación, la alimentación, la higiene corporal, la medicación y la limpieza de las heridas. Estos cuidados deben ser considerados un derecho del paciente, así como el no incrementar el sufrimiento del paciente en la fase terminal de la enfermedad. Un ejemplo de que la intención tiene su lugar en la vida moral es que cuando la persona no muere después de parar el tratamiento, a esta se la deja continuar viviendo. Esto no ocurre con el suicidio asistido. Una cosa es desear la muerte y actuar para que ocurra de forma activa y otra diferente desear la muerte y permitir que ocurra. Una cosa es respetar el deseo del enfermo de rechazar el tratamiento y otra el atentar contra su vida. No es simplemente una diferencia psicológica, sino moral. Matar constituye siempre una lesión del principio de no maleficencia, pero permitir morir, bajo ciertas condiciones, no constituye una lesión de este principio. El consentir que alguien muera de una enfermedad de la cual no es responsable y que no puede ser curada, es permitir que la enfermedad sea la causa de la muerte. La intención en permitir la muerte es por compasión y no por desear la muerte, mientras que la intención de la eutanasia activa es procurar la muerte como medio de ejercer la compasión. Continuar el tratamiento a un enfermo cuando no hay posibilidades de curación (tratamiento ineficaz) es una forma innecesaria de hacer sufrir al enfermo y por tanto va contra su dignidad. Un tratamiento ineficaz ya no produce ningún beneficio al enfermo, sino más bien daño (19). No es lo mismo ayudar a vivir a alguien que está viviendo que prevenir morir a quien está muriendo. Un tratamiento es considerado ineficaz si solo preserva la inconsciencia o no permite acabar con la dependencia de la unidad de cuidados intensivos. Cuantitativamente, un médico puede considerar infructuoso un tratamiento para el que los datos empíricos demuestran que tiene menos de un 1% de probabilidad de ser beneficioso para el paciente (20). El optar por el tratamiento o el dejar morir no puede decidirse con absoluta certeza, simplemente porque no existe una relación estricta y específica entre la etiología y la enfermedad. Nuestro conocimiento de una realidad empírica es siempre aproximado, probable. No podemos pedir al médico un grado absoluto de certidumbre en sus decisiones. Por lo tanto, el enfermo está en su derecho de continuar con un tratamiento que es considerado ineficaz, ya que no existe una certeza absoluta. Para que una acción de omisión sea eutanásica, el tratamiento omitido o discontinuado debe haber sido considerado útil por la profesión médica.

El argumento de que el principio del doble efecto es una forma de eutanasia activa

A los médicos se les permite dar dosis en aumento de narcóticos cuando el dolor es severo o al menos se presume, siempre que la intención sea aliviar el sufrimiento, a sabiendas de que estas drogas pueden afectar la respiración y acelerar la muerte (5). Se argumenta que si la muerte de la persona que desea morir no es un mal que se inflige a la misma, entonces la doctrina del doble efecto no tiene relevancia para la permisividad de la eutanasia voluntaria.

Contraargumento: el principio del doble efecto se usa para determinar la licitud o ilicitud de una acción que produce o puede producir dos efectos, de los cuales uno es bueno y el otro es malo. La persona no es igualmente responsable por todos los efectos malos que se siguen de su acción, sino que existe una diferencia fundamental entre aquellos que intenta y aquellos que solo prevé o debe prevenir. A la persona no se le imputa el mal que se sigue, pues el efecto bueno (aliviar el dolor de un enfermo terminal) justifica por sí mismo el que se ejecute una acción que lleva consigo un efecto malo (vida acortada), previsto, pero no deseado. Se puede proveer un cuidado óptimo paliativo para aliviar el dolor a la mayor parte de los enfermos terminales (21). Las unidades de cuidado paliativo constituyen un ejemplo de cómo es posible proveer una existencia lo más confortable posible al final de la vida con cuidados de soporte que incluyen una atención integral a la persona. El legalizar la eutanasia desviaría los esfuerzos y los avances que se han logrado en el manejo del dolor y el cuidado paliativo hacia el camino fácil de acabar rápidamente con los enfermos difíciles por medio de la eutanasia. Por otra parte, el acelerar la muerte por intervenciones paliativas de manejo del dolor en pacientes terminales es aceptado éticamente y legalmente siempre que la intención del médico sea aliviar el dolor y otros síntomas y no el producir la muerte (2, 3). Los médicos deben tener cuidado de no introducir drogas como la morfina en grandes dosis, sin darle tiempo al paciente de que desarrolle tolerancia, ya que puede deprimir la respiración. Una sedación desproporcionada, además, puede causar la interrupción de la alimentación y la hidratación del paciente, que morirá de hambre o sed en un estado de inconsciencia. En este caso, la eutanasia puede hacerse de una forma escondida y es efectuada por una acción u omisión que conduce a la muerte del paciente. A esta forma encubierta de eutanasia se la denomina "criptoeutanasia". Éticamente, el médico debe buscar el método de alivio del dolor que tenga menos riesgo de abreviar la vida y todavía liberar al paciente de sufrimiento innecesario.

El argumento del deber de no imponer cargas pesadas a los parientes y seres queridos

John Hardwig ha argumentado que, cuando la Medicina moderna nos permite sobrevivir por mucho más tiempo del que podemos cuidarnos a nosotros mismos, existe un deber o responsabilidad de morir en consideración a los seres queridos, en quienes recae el peso económico, para no imponerles cargas pesadas (22). En una sociedad en que la disponibilidad de recursos para la práctica médica se halla muy restringida, puede no ser ético el embarcarse en tratamientos extremadamente caros para enfermos terminales. David Thomasma considera que podría llegarse a considerar ético el pedir suicidio asistido o eutanasia por amor a los parientes cercanos, considerando que en la doctrina cristiana hay instancias en que matar está justificado y a que se puede considerar que la aceptación de Cristo de la cruz, o la aceptación de la muerte de los mártires, es un acto equivalente al suicidio, ya que pudiendo evitar la muerte, la aceptaron, donando su vida por los demás (23).

Contrargumento: permitir que el médico asista al suicidio de enfermos terminales dejará un impacto en otras personas que sufren por enfermedad, edad o debilidad. Esto devaluaría las vidas de estas personas, que podrían verse presionadas a que ejerzan el suicidio asistido. Mayor presión es ejercida si existen dificultades económicas, pero el simple hecho de sugerir esto al enfermo es un signo de falta de generosidad. Los enfermos terminales perderían los lazos con las personas que los acompañan en los últimos momentos de la vida, tendrían que justificar su decisión de mantenerse vivos, en vez de aceptar que la familia y la comunidad tienen el deber de cuidar a la persona hasta el final, aunque resulte una carga y un sacrificio. El gesto de solidaridad que se pide a las personas que acompañan al enfermo es liberarlo de presiones extras, ya tiene suficiente con la enfermedad. Ayudar a descubrir, a través del sufrimiento, el significado de la vida en su condición presente puede liberar al enfermo del sentimiento de abandono y desesperación que significa encarar la muerte. Para que un enfermo se sienta tratado con dignidad, debe tener confianza en que las personas que lo acompañan van a estar con él hasta el final y proteger su derecho a la vida. Tampoco se puede interpretar la aceptación voluntaria de la muerte de Cristo como un acto de suicidio. Como ha señalado Engelhardt (24), Cristo nos ha enseñado que la vida tiene como meta la unión con Dios y su cruz fue una forma de ofrecimiento a Dios. El suicidio, en cambio, es un acto en que la persona se vuelve sobre sí misma y busca la muerte sin perseguir dicha unión. Los mártires nunca aceptaron la muerte bajo la premisa de evitar una carga sobre ellos mismos o sobre sus parientes o hermanos en la fe. Al contrario, aceptaron con humildad la indignidad y el sufrimiento de su muerte por una causa superior, la unión con Dios. Este criterio no tiene nada que ver con la eutanasia o el suicidio.

Limitación del esfuerzo terapéutico

La limitación del esfuerzo terapéutico consiste en un juicio médico que analiza la eficacia o futilidad de los tratamientos junto con la calidad de vida, teniendo en cuenta la situación del paciente, para determinar cuándo es éticamente aceptable retirar o no instalar medidas de soporte vital. Debido a que la decisión en primer lugar la toma el paciente si está en condiciones se permiten directivas anticipadas de retirar o no instalar previamente cuando el paciente está consciente. La determinación de futilidad (inutilidad) se realiza ponderando la probable efectividad o inefectividad de una intervención clínica en un contexto y objetivo determinado (25). Una intervención es fútil cuando existe una baja probabilidad de beneficio terapéutico significativo para un determinado paciente teniendo en cuenta la respuesta fisiopatológica esperable, la evidencia científica que lo sustenta y la estimación de calidad de vida esperable en las circunstancias que se analizan. Cuando un tratamiento no es indicado porque es desproporcionado para el paciente e inútil terapéuticamente hablando, si se realiza se cae en el llamado encarnizamiento terapéutico: al paciente se le mantiene con vida prolongando su sufrimiento.

Reflexión ética

Casi todas las tradiciones religiosas consideran la vida como un don de Dios, que nos es dado y retirado en el momento que Él elige, uno no elige morir, por lo que el suicidio no puede ser una opción ética. Ya Aristóteles afirmó (26) que el suicidio es un acto injusto y no puede ser permitido, no porque vaya en contra del individuo, sino porque va en contra de la comunidad. Además, la vida humana tiene un valor y dignidad en sí misma a causa de que se trata de la vida de una persona. La vida física es constitutiva de la persona y condición para su existencia, es el valor fundamental de la persona y por lo tanto no puede ser valorado con criterios que son menores y relativos y tampoco puede ser declarada a la disposición de otros. Parte del problema con el debate actual sobre la eutanasia está en que no se da ningún valor al sufrimiento, cuando este puede ser ocasión para que la persona profundice en su propia existencia, se reconcilie y encuentre un sentido trascendente a su vida. El dolor y el sufrimiento es algo que no interesa, que no conviene, de lo que es mejor no hablar. El hombre de hoy tiene muy poca tolerancia ante el dolor, más bien lo teme. Este temor se debe a poner una excesiva preocupación en el cuerpo, olvidándose del ser espiritual, a poner como meta placeres momentáneos de la vida, y al progreso de la técnica, en que gracias al tratamiento del dolor por analgésicos y por el uso de la anestesia, el hombre de hoy está mucho menos familiarizado con el dolor que sus antecesores y, por tanto, le teme más. Ha llegado a rechazarse tanto el dolor, que se acepta más la muerte que el dolor

o el sufrimiento. El proceso contemporáneo de no aceptación del sufrimiento está dando como resultado la aceptación social de la eutanasia. Sin embargo, la espiritualidad puede fortificar a la persona que sufre y la capacita para aceptar la condición en que se encuentra. El dar sentido al sufrimiento da sentido a una vida sufriente que tiene poca capacidad para relacionarse.

Aun considerando que la vida pueda llegar a ser irresistible, la cuestión final es que la vida no puede ser tomada y el suicidio no es ético desde el punto de vista racional. Tanto los creyentes como los no creyentes han de considerar que la vida y la muerte no nos pertenecen por completo, nos han sido dadas. No todo es autónomo en el ser humano. No nos damos la vida a nosotros mismos, la hemos recibido de nuestros padres y nos debemos a ellos y a la sociedad a la que pertenecemos. Por lo tanto, no tenemos un dominio absoluto sobre nuestra vida y no podemos tomarla. Este argumento refuerza todos los argumentos críticos en contra de la eutanasia, ya que la calidad de la vida no puede tener mayor valor que la vida misma, la autonomía del enfermo no puede ser absoluta en cuanto se refiere a su vida misma, la verdadera compasión no puede consistir en eliminar al que sufre, el sufrir no puede ser razón suficiente para aceptar el suicidio, el dejar morir está en el contexto de aceptar la muerte como un proceso de la vida misma, y aliviar el dolor y el sufrimiento es ayudar a la vida. Tratar el cuerpo como si fuera un objeto que puede ser destruido viola la dignidad intrínseca de la persona. Tenemos la responsabilidad y el deber de cuidarnos los unos a los otros hasta el final de nuestra vida. Debemos distinguir entre poseer algo como la vida y el hecho de poder asumirla. Nuestra vida la hemos recibido, no es un objeto que podamos poseer, más bien somos responsables de lo que hacemos con nuestra vida, somos capaces de tomar opciones y esta posibilidad nos hace ser capaces de asumir nuestra vida. Somos seres personales vivientes, pero no poseemos nuestra vida como si fuera un objeto.

Objetivos de los cuidados paliativos

El probable origen etimológico de la voz “paliativo” en la palabra latina *pallium*, que significa manto o cubierta, puede implicar que un cuidado o una medicina paliativa solamente “cubren” (o “encubren”) síntomas sin remover sus causas. La medicina científico-natural ha estimado siempre que el proceder técnico en la sanación o la curación de las dolencias consiste en descubrir qué las causa y “solucionar” la enfermedad atacando su etiología: destruir el microbio, remover el tumor, restablecer la normalidad de los indicadores fisiológicos (27). Cuando la causa no se puede establecer (como a veces sucede en la psiquiatría) o no se puede eliminar (como en la enfermedad crónica y terminal) pareciera que algo falta en el proceso técnico. Se produce perplejidad, insatisfacción, sensación de insuficiencia. “Paliar” significa, en este contexto,

una actividad adventicia, marginal, de segunda clase, pues en el fondo significa ocultar, distraer, no actuar científicamente.

De allí que la expresión “medicina paliativa” sea tan contraproducente. La medicina, en tanto locus de la técnica reglada, no puede permitir –salvo que renuncie a su estatuto disciplinario– una acción insuficiente como simplemente la de atenuar, cubrir. ¿Qué aportaría un médico que solo encubre sin efectivamente “tratar”, esto es, intervenir con decisión y conocimiento? Sería la irrelevancia misma. De allí que mucho de lo que se consigue con tecnificar lo paliativo es conducir a la futilidad médica, al encarnizamiento terapéutico, como si se intentara, con un activismo intenso, reivindicar el papel de la técnica.

Para no crear esta innecesaria tensión semántica es conveniente usar la expresión “cuidados paliativos”. No alude ella a medicina en un sentido técnico-profesional. Permite reconocer la importancia de lo simplemente humano, aquello que se redescubre cuando, por así decir, se instala la reflexión y la acción, en un “más allá” de la técnica. Se redescubre la vulnerabilidad y la finitud que las “distracciones tecnológicas” permanentemente nos ocultan. Los textos “serios” sobre cuidados paliativos se extienden sobre manejo de hidratación, sedación, nutrición, normas generales de cuidado, agregando que el calor humano y la compasión han de tener un sitio en la práctica, pero a menudo sin explicitar cómo, cuándo, por qué y, lo más importante, por quién.

Hay que reconocer que los cuidados paliativos corren el riesgo de producir rutina en la compasión y la solidaridad humanas, movimientos del alma que difícilmente se dejan estandarizar, provocar o inducir. Las emociones de quienes se involucran como “dadores de cuidado” (*caregivers*), sean profesionales o profanos, significan esfuerzo, causan desgaste y deben ser reconocidas como factores de la práctica social paliativa. El día del cuidador (generalmente “la” cuidadora, por la tradicional asignación del cuidado al género femenino en las culturas humanas) es un “día largo”, no de 24 sino de 36 y más horas. La vocación a veces no basta, el *burn-out* se hace sentir, los derechos del cuidador en tanto participante de un proceso de construcción de calidad de vida podrían olvidarse.

De allí que simplemente no basta describir qué debe hacerse (en el sentido técnico y políticamente correcto de este aserto). Es menester indagar por los condicionantes sociales, culturales, económicos que permiten aceptar la existencia de ciertas formas de cuidado que no remueven causas sino solamente acompañan. Como a menudo este acompañamiento es un acompañamiento para la muerte (aunque no es necesario que la voz “paliativo” se entienda solamente en el estadio terminal), la postura frente a la muerte (tanatofobia negadora o tanatofilia aberrante), la infraestructura asistencial y valórica de una sociedad, la formación profesional y el clima moral y religioso de una

comunidad deban ser tenidos en cuenta. La “medicalización de la muerte” no puede ser la única forma aceptable de terminar la vida. Mas tampoco puede ser la negación total de la técnica o la simplista afirmación de “autonomías” ilusorias o “episeguridades” superficiales y falsas, como las que ofrecen los seguros de la casa, el automóvil, el patrimonio, el cuerpo o la vida. La combativa postura anti-médica con que a veces se asocia lo paliativo, la indiferencia o el desdén de la profesión médica, el rechazo de la industria aseguradora, la paradójica insistencia en “hacer todo lo posible” restando a veces dignidad a la muerte, son algunos de los hitos en que debe detenerse la reflexión.

Dificultades para conceptualizar los cuidados paliativos

La tabuización de la muerte, las esperanzas en el progreso indefinido de las técnicas asociadas a la medicina, las emociones que despierta la agonía humana son algunos de los factores que complican la discusión ética sobre los cuidados paliativos y el trato que se da a los pacientes críticos y terminales (28).

Por de pronto, nadie desea oír hablar de la muerte, propia o ajena. Menos aún, discutir en qué consiste la dignidad de las personas bajo circunstancias excepcionales o habitualmente reprimidas como escenario, cuáles son las del moribundo o del enfermo sin remisión posible. De allí que nos enfrentemos a un tópico que deja de ser técnico para entrar de lleno en el campo de los deseos y las emociones.

Abandonar el tratamiento cuando la Naturaleza había hablado fue precepto para el médico hipocrático. La *anánke* –por oposición a la *tyche*– impedía al médico intervenir, con el fin de no contravenir el dictamen de lo natural y por ende de lo moralmente bueno. La esperanza en la técnica y en las tecnologías (fundamento racional de las técnicas y sus contextos de aplicación) es en buena medida creación de los investigadores y la industria. Callahan habla de “falsas esperanzas” para aludir al infundado deseo de erradicar la enfermedad y la muerte de la vida humana (29).

Sin duda alguna, la compasión y la caridad son virtudes que influyen sobre el trato que esperamos dar a los enfermos o recibir cuando enfermamos. La idea de no intentar todo lo imaginable es repulsiva a la imaginación moral de casi todas las personas en un entorno cristiano. De allí que un movimiento automático, prerreflexivo, de la mayor parte de las personas consista en repudiar cualquier sugerencia de interrumpir los cuidados en un paciente crítico o terminal o de no hacer nada que garantice descubrir causas y subsanarlas. A menudo se ignora que el activismo técnico sirve solamente como distractor que mitiga la angustia y produce la sensación, en la conciencia, de que se hizo “todo lo posible”. Llegar a esa convicción de lo inevitable por el

difícil camino de la inutilidad comprobada hace sufrir y causa sufrimiento. El papel de la deliberación bioética –aquí en un registro interaccional, dialógico y transdisciplinar– es precisamente anticipar escenarios y producir aquello que sea apropiado a la circunstancia, bueno para los agentes morales y justo para la sociedad y las personas.

El resultado de estas tres influencias, la muerte como tabú inmenconable (tanatofobia), la tecnología como última esperanza y la compasión como emoción, es una constante inquietud cuando se abordan los problemas que plantea el final de la vida. De hecho, ellos fueron cruciales en el establecimiento de la bioética como disciplina (30) y es un campo en el cual paradigmáticamente se enfrenta la ética de las convicciones con la ética de la responsabilidad, en el sentido que les dio Max Weber.

La muerte es problema para los vivos

Un buen principio de definición de los cuidados paliativos lo proporciona Jorge Luis Manzini (31), cuando dice: “Originados en el llamado ‘movimiento *hospice*’, consisten en el cuidado activo y total de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo. Consideran al paciente y a su grupo familiar como objeto y sujeto de los cuidados, tratando de satisfacer sus necesidades físicas, psíquicas, espirituales y sociales”.

En esta definición hay muchos puntos de interés, desde la alusión al movimiento que inaugurara Cecily Saunders en 1967 bajo el nombre *hospice* hasta la idea de cuidado activo y total en que intervienen tanto los médicos y el personal sanitario como los familiares y cercanos del paciente. Habría que recordar que no se trata solamente de un problema técnico –de allí que la palabra interdisciplinario no sea la mejor– sino esencialmente una tarea de humanidad respetuosa de otra humanidad sufriente. De allí que la clásica distinción entre “expertos” y “profanos” se difumine y que ante el hecho irreversible de la muerte próxima tanto valga el saber científico como el compasivo acompañamiento. Tal vez la noción clave sea la de “cuidador” genérico, más allá de las distinciones debidas a educación, conocimientos, experiencia o proximidad al sufriente.

Las metas clásicas de la medicina (curar y sanar), reflejadas en el clásico “papel de enfermo” (*sick role*) con que la sociología clásica describió las relaciones entre médicos y pacientes, no pueden cumplirse en dos condiciones: la primera es la enfermedad crónica, pues allí no existe la curación *ad integrum* sino, a lo sumo, la *restitutio ad integritatem*, es decir, el retorno a una vida aparentemente normal; la segunda es precisamente la enfermedad que amenaza la vida, la condición de paciente terminal (que no es lo mismo que paciente

crítico). Las tradicionales obligaciones y derechos de “ser paciente” se suspenden, del mismo modo que se ponen en entredicho muchos de los modos habituales de proceder por parte de los profesionales. Librados a la responsabilidad de tomar decisiones nunca plenamente satisfactorias, suelen optar por el “mal menor” o recurrir a las nociones de tratamiento proporcionado y desproporcionado y de “doble efecto” cuando deben dar cuenta de sus actos.

Tal vez uno de los principales problemas sea el de definir la muerte. Tanto el principio como el fin de la vida suelen producir discrepancias de naturaleza doctrinaria más que técnica. Porque la muerte, en el plano microcósmico de los cromosomas y los genes, no existe: la vida es un flujo continuo. Tampoco existe, en los agregados sociales, las comunidades que perduran, aunque desaparezcan algunos de sus miembros. La muerte personal es la única que tiene significado en el plano humano. Es la que sentimos y lloramos. Las otras son muertes impersonales, simple renovación de la naturaleza (32).

Se conocen las dificultades para definir el “momento” de la muerte. También las construcciones jurídico-médicas necesarias para permitir ciertas intervenciones (“muerte cerebral” y trasplantes, por citar un ejemplo). Aunque definir el momento exacto de la muerte constituya problema, más problemático es definir cuando una vida se extinguirá sin posibilidad de recuperación. Un terror engendrado por la tecnología es justamente quedar condenado a la vida o sufrir una muerte crónica, una mala muerte, o, como también suele decirse, una “distanasia” a manos de diligentes tecnócratas o juristas empecinados en defender un proceder profesional que satisface el purismo procedimental sin considerar los deseos de las personas. Hay varias formas de distanasia (33), pero la más deletérea es la “distanasia tecnocrática”, aquella engendrada por el activismo y encarnizamiento con que se atenúa la angustia del técnico abismado ante su propia inutilidad o presionado por emociones incontrolables de quienes desean preservar a un ser querido. Provocativamente puede decirse que a veces tales deseos no se manifiestan en pro del que sufre sino de los que sobrevivirán. Muchas demandas de intervención total no se hacen pensando en el bienestar de quien muere sino en el de quienes se satisfacen con su existencia, al modo de una presencia aliviadora pero que sirve intereses egoístas de los sobrevivientes, aunque nunca sean admitidos.

Hay que recordar la poética dádiva que recibió el centauro Quirón, expuesto al sufrimiento de una herida incurable: fue la “mortalidad”, la posibilidad de poner fin al sufrimiento, el don de morir. A veces, la vida de mala calidad y sin esperanzas, hace clamar por el alivio de la muerte. Descartada una condición patológica (depresión, por ejemplo), se puede entender ese deseo y compadecer a quienes llegan a tenerlo. Lo que se decida debe tener la densidad de lo justo, de lo propio y de lo bueno, producir símbolos positivos, generar identidades satisfactorias. Saber que se está haciendo lo que se debe es sin duda la

satisfacción más plena de cualquier imperativo categórico y la conclusión más completa de ese diálogo con la propia conciencia que es la marca de un profesional o una persona de bien.

Los contextos: valórico, social, cultural, económico, administrativo

Establecer cuidados paliativos como parte de la oferta de servicios sanitarios en una comunidad parece de una obviedad simple. Sin embargo, la concreción no se logra si antes no hay un diálogo social amplio, para iniciar el cual se requiere emoción. Emoción, esto es, movimiento causado por alguna situación espectacular, alguna necesidad sentida, algún ejemplo inolvidable. Trasplantar el *éthos* del *hospice* al estilo de los países anglosajones a la realidad latinoamericana sin análisis sería impropio. La humanidad no es una y la misma cuando de vivir y morir se trata. Lo mudable es lo estable en la naturaleza humana.

Lo económico, en tanto racionalidad y guía de lo usual, debe ser tenido en cuenta. Hay paradojas en los sistemas de salud. Se gasta en unos días lo que se ahorró durante toda una vida y se muere en medio del dolor y el aislamiento de una tecnologización a menudo trivial e inútil. Se niega el cuidado domiciliario o se lo realiza con descuido e improvisación. A veces, se prolonga la peor de las agonías, la agonía con esperanza, con mentiras piadosas, la distansia tecnocrática irrelevante.

Tal vez el papel de la reflexión bioética sea invitar e incitar al diálogo entre personas que honestamente difieren sobre cómo habría que encarar el vivir y el morir dignamente. Reconocer que hay problemas técnicos que ninguna técnica soluciona abre la puerta para los consuelos de la compañía compasiva, del rito aliviador, de la religión como satisfacción de la necesidad de creer y confiar (34).

Los cuidados paliativos, además de toda otra determinación, deben propender a evitar la distansia tecnocrática, a restablecer la compasión, la dignidad y la solidaridad en el *armamentarium* de los seres humanos, profesionales y legos, como parte del oficio de vivir y de la inevitable tarea de morir.

REFERENCIAS

1. Congregación para la Doctrina de la Fe. *Declaración sobre la Eutanasia*, 5 de mayo de 1980.
2. Emanuel, E. J. A phase I trial on the ethics of phase I trials. *Journal of Clinical Oncology* 1995;13:1049-1051.
3. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research; Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment. Washington, DC, US Govt Printing Office, 1983.
4. Brock, D. W. Voluntary Active Euthanasia. *Hastings Center Report* 1992;22:10-22.
5. McKhann, C. F. Is there a role for physician-assisted suicide in cancer? Yes". Important *Advances in Oncology*. VT DeVita, S H Hellman, SA Rosenberg (eds.). Filadelfia: Lippincott Raven Publishers; 1996:271.
6. Gunderson, M. A right to suicide does not entail a right to assisted death. *Journal of Medical Ethics* 1997;23:51-54:51.
7. Battin, M. P. *The Least Worst Death: Essays in Bioethics on the End of Life*. Nueva York: Oxford University Press: 1994:280-282.
8. Callahan, D. When self-determination runs aok". *Hastings Center Report* 1992; 22: 52-55. Y Jochemsen, H. "Euthanasia in Holland: an ethical critique of the new law". *Journal of Medical Ethics* 1994;20:212-227.
9. Quill, T.E., Cassel, C. K., Meier, D. E. Care of the hopelessly ill: potential clinical criteria for physician-assisted suicide. *NEJM* 1992;327:1380-1384.
10. Lowy, F., Sawyer, D. M. y Williams, J. R. Canadian physicians and euthanasia: 4 lessons from experience. *Canadian Association Journal* 1993;148:1895-1899.
11. Quill, T.E., Cassel, C. K. Nonabandonment: a central obligation for physicians. *Annals Internal Medicine* 1995;122:368-374.
12. Lerner BH, Caplan AL. Euthanasia in Belgium and the Netherlands: on a slippery slope? *JAMA Intern Med.* 2015;175(10):1640-1641.

13. Gillon R. Euthanasia in The Netherlands--down the slippery slope? *Journal of Medical Ethics*. 1999; 25(1):3-4.

14. Netherlands, Rummelink Commission, *Medical Practice with Regard to Euthanasia and Related Medical Decisions in the Netherlands: Results of an Inquiry and the Government's View*. Netherlands: Ministry of Welfare, Health, and Cultural Affairs 1991.

15. Emanuel, E. J. Pain and Symptom Control. Patient Rights and Physician Responsibilities. *Pain and Palliative Care* 1996; 10: 41-55.

16. Rachels, J. Active and Passive Euthanasia. *New England Journal of Medicine* 1975; 292: 78.

17. Lowe, S. L. The Right to Refuse Treatment is not a Right to Be Killed. *Journal of Medical Ethics* 1997; 23: 154-158.

18. Hopkins, P. D. Why Does Removing Machines Count as "Passive" Euthanasia?. *Hastings Center Report* 1997; 27: 29-37.

19. Jonsen, A.R. "Clinical Decisions to Limit Treatment". *Annals Internal Medicine* 1980 93: 764-768.

20. Schneiderman, L.J., Jecker, N.S., Jonsen, A. R. Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implications. *Annals Internal Medicine* 1990; 112: 949-954.

21. Patterson, W.B., Emanuel, E. J. Ethics Rounds: Euthanasia and the Care of Cancer Patients. *Journal of Clinical Oncology* 1994; 7: 1516-1521.

22. Hardwig, J. Is There a Duty to Die?. *Hastings Center Report* 1997; 27, no 2: 34-42.

23. Thomasma, D. C. Assisted Death and Martyrdom. *Christian Bioethics* 1998; 4: 122- 142.

24. Engelhardt Jr., H. T., Physician-Assisted Death: Doctrinal Development vs. Christian Tradition. *Christian Bioethics* 1998; 4: 115-121.

25. Niebroj L, Bargiel-Matusiewicz K, Wilczynska A. Toward the clarification of ideas: medical futility, persistent/obstinate therapy and extra/ordinary means. *Adv Exp Med Biol*. 2013; 755:349-56.

26. Ethics to Nicomachus, V, II: 1138a 12-15.

27. Lolas, F. *Proposiciones para una teoría de la medicina*. Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 1992.
28. Lolas, F. Nota bioética sobre el paciente crítico. Editorial. *Revista Chilena de Cirugía* 2000; 52(2):113-116.
29. Callahan, D. *False Hopes*. Simon & Schuster, New York, 1998.
30. Drane, J. *El cuidado del enfermo terminal* (edición de Fernando Lolas Stepke) Publicación Científica N°573, Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, USA, 1999.
31. Manzini, J.L. *Bioética paliativa*. La Plata: Quirón Editora; 1997.
32. Lolas, F. La muerte es tema para los vivos: una perspectiva socioética. *Anales de la Universidad de Chile* 1997; Sexta Series, N° 6: 83-90.
33. Pessini, L. Bioética y cuestiones éticas esenciales en el final de la vida. En Lolas, F., editor, *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de bioética en la OPS*. Unidad de Bioética OPS/OMS, Santiago de Chile, 2004.
34. Christian-Widmaier, P. *Krankenhausseelsorger und todkranker Patient*. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 1988.

FERNANDO LOLAS STEPKE
EDUARDO RODRÍGUEZ YUNTA

BIOÉTICA Y HUMANIDADES MÉDICAS

Charles Darwin (1809-1882), al publicar su obra *El origen de las especies*, presentó su teoría de la evolución natural que, pasados ciento cincuenta años, continúa siendo la base de la interpretación de la naturaleza de la biología moderna. El libro tuvo un gran éxito desde su primera edición, suscitó grandes polémicas y su influencia se hizo notar no sólo en la comunidad científica, sino en toda la sociedad.


HYGEA
EDICIONES

