

*Reflexiones latinoamericanas en Bioética* contiene una selección de trabajos especializados presentados en el segundo Congreso Internacional de Bioética, realizado por el Centro de Investigaciones en Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Las preocupaciones intelectuales que aquí se concentran permanecen estrechamente relacionadas con distintos temas en el campo de la Bioética. Cada reflexión detalla y argumenta, a favor o en contra, de los desarrollos epistemológicos de la Bioética o bien de ciertos criterios y procedimientos considerados éticos en la investigación biomédica. Costumbres y contextos sociales que vulneran la calidad de vida son materia para cavilar en una disciplina que establezca acuerdos competentes apegados a la dignidad humana.

La finalidad de esta compilación es estudiar al bien vivir - bien morir, los derechos humanos, la investigación médica y la construcción de marcos epistemológicos en la Bioética, así como los nexos de carácter prioritario en la agenda nacional de distintos Estados latinoamericanos que buscan resolver la necesidad y conveniencia de fijar algunos principios ante los dilemas y controversias que la ciencia y la tecnología suscitan para la especie humana y el ambiente.



ISBN 978-607-7945-54-3



9 786077 945543

Reflexiones latinoamericanas en Bioética

Márquez · Veytia · Guadarrama



# Reflexiones latinoamericanas en Bioética

Octavio Márquez Mendoza  
Marcela Veytia López  
Rosalinda Guadarrama Guadarrama  
(compiladores)

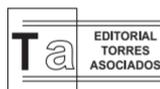


# **Reflexiones latinoamericanas en Bioética**

**Octavio Márquez Mendoza  
Marcela Veytia López  
Rosalinda Guadarrama Guadarrama  
(compiladores)**



**SIyEA**  
Secretaría de Investigación y Estudios Avanzados



Dr. en D. Jorge Olvera García  
*Rector*

Dr. en Ed. Alfredo Barrera Baca  
*Secretario de Docencia*  
Dra. en Est. Lat. Ángeles Ma. del Rosario  
Pérez Bernal  
*Secretaria de Investigación y Estudios  
Avanzados*  
M. en D. José Benjamín Bernal Suárez  
*Secretario de Rectoría*  
M. en E. P. y D. Ivett Tinoco García  
*Secretaria de Difusión Cultural*  
M. en C. I. Ricardo Joya Cepeda  
*Secretario de Extensión y Vinculación*  
M. en E. Javier González Martínez  
*Secretario de Administración*  
Dr. en C. Pol. Manuel Hernández Luna  
*Secretario de Planeación y Desarrollo  
Institucional*  
Mtra. en Ed. A. Yolanda E. Ballesteros  
Sentíes  
*Secretaría de Cooperación Internacional*

Dr. en D. Hiram Raúl Piña Libien  
*Abogado General*  
Lic. en Com. Juan Portilla Estrada  
*Director General de Comunicación  
Universitaria*  
Lic. Jorge Bernáldez García  
*Secretario Técnico de la Rectoría*  
M. en A. Emilio Tovar Pérez  
*Director General de Centros Universitarios  
y Unidades Académicas Profesionales*  
M. en A. Ignacio Gutiérrez Padilla  
*Contralor Universitario*  
M. en Ed. J. Amado López Arriaga  
*Coordinador del Centro de Investigación  
en Ciencias Médicas*  
Mtra. en Hum. Blanca Aurora  
Mondragón Espinoza  
*Directora de Difusión y Promoción de la  
Investigación y los Estudios Avanzados*

Primera edición: 2014

© Universidad Autónoma del Estado de México  
Av. Instituto Literario núm. 100, Col. Centro, Toluca,  
Estado de México

© Editorial Torres Asociados  
Coras, manzana 110, lote 4, int. 3, Col. Ajusco  
Delegación Coyoacán, 04300, México, D.F.  
Tel/Fax 56107129 y tel. 56187198  
editorialtorres@prodigy.net.mx

Esta publicación no puede reproducirse toda o en partes,  
para fines comerciales, sin la previa autorización escrita  
del titular de los derechos.

ISBN: 978-607-7945-54-3

## ÍNDICE

Prólogo	5
Algunas consideraciones en torno a la epistemología de la Bioética <i>Alfonso Llano Escobar</i>	9
Coexistencia entre los derechos de los seres vivos y los derechos de la Tierra <i>María del Rosario Guerra González</i>	19
La investigación clínica en contextos sociales de pobreza <i>Damián del Percio</i>	43
Exposición: ¿Qué es Bioética global hoy? <i>Alfonso Llano Escobar</i>	67
Bioética y adulto mayor: reflexiones en el siglo XXI <i>Joaquín Ocampo Martínez</i>	83
La eutanasia y el derecho a una muerte digna <i>Octavio Márquez Mendoza</i> <i>Marcela Veytia López</i> <i>Rosalinda Guadarrama Guadarrama</i>	105
Conflicto de intereses en la investigación biomédica <i>María Luisa Pfeiffer</i>	125

El consentimiento informado en los  
procedimientos de laboratorio:  
calidad y respeto en primer nivel de atención

*José Enrique Gómez Álvarez*

*Octavio Márquez Mendoza*

*Marcela Veytia López*

*Rosalinda Guadarrama Guadarrama*

143

## PRÓLOGO

En este momento de desequilibrio social, cuando la corrupción y la impunidad son males sociales que necesitan ser extinguidos, parece que toda la sociedad habla de ética. El problema no radica en la frecuencia con la que se exige ética, rama de la filosofía, sino en la situación por la que –de acuerdo con lo que decía Jaspers al respecto de la filosofía– todos se sienten competentes para hablar del tema, parecería que la sola condición humana es suficiente para hacerlos capaces. Así, se escuchan todo tipo de argumentos, la mayoría insostenibles, pero no todos los discursos son vacíos; este libro es un ejemplo de la actitud opuesta, quienes lo escriben se han dedicado a la investigación sobre el tema. Los especialistas en bioética aquí recogidos tienen una larga trayectoria dentro de la misma. En el curso de sus vidas profesionales y personales han encontrado algunas explicaciones acerca del ejercicio de la práctica del cuidado de la salud y han tenido claro que la ética toma en cuenta elementos del *deber ser*. Aunque en dicha práctica la escucha del inconsciente y la manifestación del deseo ofrecen una apertura distinta hacia el conocimiento del ser humano.

Otra situación que engendró esta publicación fue la necesidad de hablar de responsabilidad en un mundo que sólo reclama derechos. El pensamiento del siglo XVIII mostró la dignidad humana, la igualdad de todas las personas y lo impropio de los gobiernos despoticos, se señaló –teóricamente– que la construcción social debía estar basada en los derechos de los hom-

bres. Tanto la investigación como la práctica insistió en los derechos. Algunas voces hablaron de deberes, pero fueron pocas. El tiempo presente reclama acción por parte de todos, por ello, este libro ayuda en la reflexión actual en la temática de responsabilidad.

La responsabilidad en bioética es el compromiso de individuos y/o grupos por realizar acciones u omisiones que generen un impacto *directo*; el compromiso puede depositarse en una persona, una organización, el gobierno o empresa privada. Estas conductas son valoradas de manera positiva o de forma negativa por la comunidad.

En la caracterización anterior aparece el adjetivo *directo* con respecto al impacto, porque si bien toda acción a largo plazo produce consecuencias en este caso sólo interesa la conducta si el efecto se da en el momento próximo. Aunque no se pueden establecer límites precisos porque algunas situaciones se captan por acumulación, sí se deben fijar en los beneficios o perjuicios al ambiente.

La reflexión sobre bioética está enraizada en la situación actual. Los países desarrollados comienzan el tercer milenio en condiciones de bienestar generalizadas, superiores a las que tenían hace treinta años, pero la calidad de vida requiere algo distinto del simple crecimiento, la situación personal se ha deteriorado. Los países pobres están dispuestos a sacrificar lo que añoran los países desarrollados por disfrutar del crecimiento mecanicista. La producción requiere cada día menos personas de las que hoy están ocupadas. La generación de desechos aumenta. Los hombres encuentran dificultades para relacionarse. Por ello, la situación presente es vista como un desafío que supera

a los retos tradicionales, donde no sólo los principios clásicos que rigen la bioética necesitan ser pensados.

Es momento de luchar por la recuperación del cuidado del cuerpo, la sensibilidad, la conciencia, el sentido de servicio, de solidaridad y de respeto a todo lo que tenga que ver con la atención de la salud, esto hará que los derechos se concreten en una realidad, en esta sociedad globalizada y masificada es necesario comprenderse como seres humanos y diferenciar los buenos de los malos relatos éticos. Para esto, diversas disciplinas necesitan ser entrelazadas porque muchas áreas de saber repercuten, ineludiblemente, en la dimensión humana debido a muchos factores, sobre todo los que tienen que ver con implicaciones biológicas, psicológicas, espirituales, jurídicas, económicas y sociales.

Los valores éticos necesitan permear la cotidianidad profesional. Este texto hace un análisis de los valores implícitos en una rama específica: la bioética. Se presentan ideas actuales sobre una bioética de fundamento laico, se muestra el carácter interdisciplinario de la misma y su relación con los derechos humanos. Una de las formas de trabajar en esta rama del saber es a través de la teoría de los principios, hay páginas dedicadas a un cuidadoso análisis de los mismos: autonomía, beneficencia, justicia, entre otros.

De la teoría se pasa a la práctica, como una invitación a encarnar conductas fomentadoras de vidas dignas. Este libro, por lo tanto, hace un análisis de la teoría, de la acción que se necesita y además, muestra la realidad de las instituciones. Es un aporte valioso a la reflexión actual.

*María del Rosario Guerra González*



# ALGUNAS CONSIDERACIONES EN TORNO A LA EPISTEMOLOGÍA DE LA BIOÉTICA

*Alfonso Llano Escobar*  
Instituto de Bioética Pontificia  
Universidad Javeriana  
Bogotá, D.C. Colombia

Quien entienda qué es epistemología sabrá que hablar de la epistemología de la Bioética es ocuparse de un tema central de la Bioética. Acercándonos a la epistemología de ésta entenderemos mejor el tema, ya que la epistemología se ocupa de la naturaleza de la Bioética, de su estructura interna, de su fundamentación y su método. Entremos pues en materia.

Empecemos por la etimología de la palabra, pues arroja luz al tema. *Epistemología* viene del verbo griego *epi-stemi*: estar sobre, dominar. Los griegos antiguos distinguieron la opinión del conocimiento profundo –*episteme*–, entendiendo por “opinión” un conocimiento superficial y dudoso y por *episteme* un conocimiento racional, bien fundado, que hace al conocedor del objeto superior a éste; dueño y señor de él para usarlo de una manera apropiada.

Nos hacemos dueños de la Bioética en la medida en que conozcamos a fondo su *episteme*. Quien domina la epistemología de la Bioética domina la Bioética. Con esta breve nota, hablemos de la epistemología de la Bioética, como disciplina.

Daniel Callahan es posiblemente el primer autor que le prestó atención al problema epistemológico de la Bioética. En su interesante artículo “The Bioethics as a discipline”, publicado en 1973, en el primer número de la revista *The Hästings Center Report*, cuenta cómo en el diálogo con estudiantes de medicina se encontraba a distancia de ellos pues ocupados en distintas materias –ellos en medicina, él en ética como filósofo moralista– la naturaleza del conocimiento específico o *episteme* impedía la plática, ya que incluso la jerga utilizada era diferente. Fue necesario que pasaran varias décadas para que se desarrollara un estudio epistemológico a fondo, sobre las disciplinas que entraban en juego al hablar de Bioética.

El filósofo francés Jean Gayon advirtió el problema epistemológico de la Bioética y presentó en el Congreso Internacional de Bioética –organizado en México en el año 1994, por el profesor Manuel Velasco Suárez–, una ponencia sobre la epistemología de la Bioética en donde preguntaba quién debía enseñar la Bioética. A lo que respondió acertadamente: ni un médico ni un filósofo, sino un bioeticista.

Muchos estudios se han publicado en las últimas dos décadas y del año 1900 a la fecha, sobre epistemología de la Bioética.

Mención especial merece el seminario convocado por la UNESCO en el 2005, y realizado en Montevideo, Uruguay, publicado después bajo el título: *Estaduto epistemológico de la Bioética*, donde se recogieron todos los trabajos presentados.

Si queremos entender la Bioética no podemos sacarla del contexto ideológico de donde surgió. Se trató de un cambio del paradigma de cientificidad, de

un paso del concepto moderno de ciencia o epistemología de primer orden, al concepto actual, que dio origen a la epistemología de segundo orden. Veamos las características de cada una.

## **EPISTEMOLOGÍA DE LA MODERNIDAD O DE PRIMER ORDEN**

### *CARACTERÍSTICAS*

Figura al frente de este concepto de ciencia, ante todo, Descartes con sus dualismos exagerados, –cuerpo y alma, materia y espíritu, entre otros muchos– y la exposición de las tres edades del pensamiento, concebidas y difundidas por August Comte: la edad mítica, la edad metafísica y la edad científica. Superadas las dos primeras, sólo quedaba la edad científica que auguraba un progreso sin límites y la felicidad completa de los seres humanos.

Según este paradigma de ciencia:

1. Todo puede ser conocido, predicho y manipulado. Era ingenua y simple pero ambiciosa.
2. Gustaba de afirmaciones absolutas y ponía a la ciencia por encima de todo otro conocimiento que apenas merecía el nombre de tal.
3. La ciencia lo era todo, y todo se podía esperar de ella. En el siglo XX bien conocemos sus fracasos. La razón se convirtió en “la diosa razón”.
4. Es posible conocer todo el alcance y las posibilidades de utilización de las acciones humanas.
5. Todas las disciplinas eran independientes y, en cierta medida, autosuficientes.

6. Aceptaba la distinción entre cuerpo y alma, materia y espíritu, objeto y sujeto, entre otros.

Este modo de pensar y de entender la ciencia creó un estado de cosas que, tras una aparente solidez, escondía una cada vez menos disimulada fragilidad. De allí se pasa a la epistemología de *segundo orden*, la actual.

Dicho cambio cualitativo puede expresarse como el proceso en marcha de construcción colectiva de un ideal nuevo de racionalidad. Tales cambios conciernen a los modos de concebir y producir conocimientos, a la comprensión del sentido y alcance del conocimiento y a su relación con los valores humanos: por ende, a la relación entre ciencia y ética. Por lo mismo, semejante contextualización temporal es imprescindible para aprehender y caracterizar adecuadamente, en todo su alcance, el estatuto epistemológico de la reflexión y práctica de la Bioética.

## **RUPTURA CON EL IDEAL CLÁSICO DE LA RACIONALIDAD**

Los distintos problemas creados por la biotecnología y las urgencias éticas nuevas, generadas por tales circunstancias, no podían dejar de exigir la construcción de un saber y de una práctica; entre otras, las de la Bioética.

La reflexión y la práctica bioéticas están siendo condicionadas por una amplia y profunda mutación cualitativa que está teniendo lugar en el pensamiento y en la praxis de nuestra época. Tales circunstancias

no son aún suficientemente comprendidas ni aceptadas por todos.

- **Marco:** cambio de paradigma cósmico, planetario y antropológico

Superación de la división entre materia y espíritu, entre cuerpo y alma, entre sujeto y objeto, y así por el estilo.

Estas nuevas circunstancias epistemológicas en que nació la Bioética produjeron una profunda transformación de la vida cotidiana, a partir de ella se impone la multiculturalidad, la tolerancia, el respeto y el recurso a la deliberación interdisciplinaria.

Se impone, igualmente, la necesidad de recurrir al pensamiento complejo, del que se ocupa a fondo el profesor Edgar Morin.

Algunos temas en torno a la epistemología de la Bioética:

- **Reflexividad** (Sotolongo). Es un elemento clave de la epistemología de la Bioética.

Por reflexividad se entiende el tener en cuenta, a la hora de hacer Bioética, el contexto del sujeto y del objeto de dicha disciplina, ya que influyen ambos en la valoración y deliberación, lo cual lleva a superar la dicotomía entre objeto y sujeto.

Se dan grados en la reflexividad: de la naturaleza y seres sin vida; a seres con vida; con vida intelectual y a la sociedad.

Todo esto lleva al reconocimiento de la interacción entre sujeto y objeto, además, conviene notar que

la reflexividad enfatiza el carácter activo del conocimiento.

- **Libertad en la Bioética** en cuanto ciencia social (Trevijano)

Otro elemento esencial de la epistemología de la Bioética es tener en cuenta que se trata de una ciencia social, por lo que comprende la libertad para la deliberación, escoger la fundamentación y decisiones por el estilo.

La libertad enriquece mucho pero a la vez problematiza el ejercicio de la Bioética. Por ejemplo, algunas de sus deficiencias se deben al ejercicio de la libertad, como su imprecisión y cierta vaguedad o el no poder recurrir a afirmaciones absolutas, sino relativas y aún provisionales.

La Bioética es una disciplina social, inter y transdisciplinaria, que se usa para deliberar y valorar múltiples problemas generales y casos concretos. En ellos entra la libertad, por lo tanto, ésta se inscribe no sólo en la selección de la fundamentación y del método sino en el ejercicio de ella misma.

- **Aristóteles y la deliberación** como medio de superación de los fundamentalismos (Diego Gracia).

Según Aristóteles, una forma de superar los fundamentalismos es la deliberación: aquí entra la sensatez, el equilibrio. Máxime cuando entra la discusión y deliberación en un grupo inter y transdisciplinario. Digamos una palabra sobre ellas.

## LA INTER Y LA TRANSDISCIPLINARIEDAD EN BIOÉTICA

Otro elemento esencial, como el que más, al tratarse de la epistemología de la Bioética, es la inter y la transdisciplinariedad.

La interdisciplinariedad apela a la comunicación profunda entre los dos saberes fundacionales de la Bioética y los muchos que han entrado en juego con los años. Se debe entablar el diálogo entre profesionales y miembros de una clase, o cualquier grupo de Bioética, que quieran valorar científica y éticamente algún problema general o particular. Para esto se tiene que dar influjo mutuo entre los dos saberes y entre los diversos miembros de un grupo o comité que quiera trabajar bioéticamente.

En este diálogo interdisciplinario es donde aparece lo esencial de la Bioética y su gran aporte a la solución de los problemas planteados por la Biotecnología al hombre contemporáneo. Cuando es profundo el diálogo, surge la vida que no se da pura, sola, sino fecundada por la ética y viceversa. Algo parecido a lo que sucede en química:  $H_2O$  no es hidrógeno más oxígeno sino agua, algo nuevo que no es suma sino combinación química de dos elementos puros.

En el diálogo interdisciplinario cada profesional entra y actúa como tal, desde su disciplina pero tratando de fecundar las otras al dejarse fecundar por ellas.

La transdisciplinariedad es algo más complejo y difícil que la interdisciplinariedad. La condición *sine qua non* de la transdisciplinariedad, como su nombre lo indica, es la trascendencia. Los participantes trascienden sus propias disciplinas; ya no actúan como

médico o abogado, sino como bioeticista médico o abogado: debe prevalecer la búsqueda del elemento trascendental. Entrar en el mundo de los valores, principios y fundamentos es trascender la propia disciplina, en busca de un valor que ilumine el problema o el caso desde un nivel superior: el valor moral. Dígase lo mismo cuando la discusión es filosófica, por ejemplo cuando leemos las obras de Aristóteles o bien hoy día, las de Hans Jonas, que invitan a trascender hacia el ser no abstracto sino hacia el que subyace en los entes u objetos concretos, como el caso del organismo y del metabolismo.

### **INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA BIOÉTICA COMO DISCIPLINA**

Exige por lo menos cuatro elementos o condiciones, a saber:

1. Que se trate de un saber nuevo, inteligente, con método propio.
2. Que sea estudiado y enseñado por expertos.
3. Que sea reconocido como tal por pares de otras disciplinas.
4. Que sea de interés y utilidad social.

No bien un discurso crea su objeto, fija su método, se enseña y establece un diálogo con la sociedad, se convierte en disciplina, lo cual ya está sucediendo con la Bioética.

El estatuto se va perfilando y parece muy cercano el día en que se pueda hablar de él como de algo ya aceptado por la Academia.

## REFERENCIAS

- Baker, R. (1998), "A theory of International Bioethics: Multiculturalism, Postmodernism, and the Bankruptcy of Fundamentalism"; "A Theory of International Bioethics: the Negotiable and the Non-Negotiable" en *Kennedy Institute of Ethics Journal*, vol. 8, núm. 3, pp. 201-231 y 233-274.
- Bellino, F. (1993), "Bioética-fundamentiepistemológico" en Bellino, F., *I fundamentidella Bioética-aspettiantropologici, ontologici e morali*, Città Nuova, Roma.
- Díaz De Kóbila, E. (1995), *Para una genealogía de la epistemología*, Editorial U.N.R., Rosario.
- Espina, M. (2004), "Complejidad y pensamiento social", ponencia preparada para el 2º *Seminario Bienal Internacional acerca de las Implicaciones Filosóficas, Epistemológicas y Metodológicas de la Teoría de la Complejidad*, La Habana, del 7 al 10 de enero.
- Garrafa, V., Kottow, M. y A. Saada (2005), *Estatuto Epistemológico de la Bioética*. México, Universidad Nacional Autónoma de México Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética de la UNESCO.
- Navarro, P. (1990), "Tipos de sistemas reflexivos", en Ibáñez, J. (ed.), (1990), *La investigación social de segundo orden*, suplemento 22, octubre, Barcelona.

- Olivé, L. (2000), *El bien, el mal y la razón. Facetas de la ciencia y la tecnología*, Paidós, México.
- Reichlin, M. (1994), "Observations on the Epistemological Status of Bioethics" en *The Journal of Medicine and Philosophy*, 19, pp. 79-102.
- Smith Iltis, A. (issue ed.), (2000), "Specification, Specified principlism and Casuistry" en *The Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 25, núm.3, junio, s.p.
- Sotolongo, P. L. (2003), "Los retos de los cambios cualitativos en el saber contemporáneo y el pensamiento social crítico. El modelo cultural en construcción por el enfoque 'de la complejidad', la bioética global, el holismo ambientalista y la epistemología hermenéutica", ponencia preparada para la Conferencia Internacional *La Obra de C. Marx y los desafíos del Siglo XXI*, La Habana, mayo.
- Toulmin, S. (1981), "The Tyranny of Principles" en *Hastings Center Report*, vol. 11, pp. 31-39.

## COEXISTENCIA ENTRE LOS DERECHOS DE LOS SERES VIVOS Y LOS DERECHOS DE LA TIERRA

*María del Rosario Guerra González*  
Instituto de Estudios sobre la Universidad  
(IESU) UAEM

Cada derecho ha tenido una evolución histórica. La *libertad*, por siglos fue teóricamente compatible con la defensa de la esclavitud, de la misma forma el derecho a ser electo en procesos democráticos era negado a las mujeres y este planteamiento se consideraba válido. De manera similar, actualmente el derecho a la vida de animales es objeto de investigación porque se cree que la postura usual, —los hombres que usan sus habilidades técnicas para crear jaulas y divertirse, no ya como circo romano, pero sí con pruebas acrobáticas— es injustificable. Es el tema actual y por lo tanto las ideas que se expresan ahora son provisionales, falta la decantación que produce la historia.

El problema se presenta desde la ética, en especial dentro de una concepción de la justicia, no se hablará extensamente de las investigaciones de los etólogos pues el lector puede remitirse a ellas.

Antes de continuar con el tema se recordará la forma en que se estudiaba biología; se empleaba una frase como recurso mnemotécnico: “El rey era un tipo de clase ordinaria pero su familia era generosa”. En primer lugar se debe recordar la clasificación y ubicación: reino, tipo, clase, orden, familia, género y es-

pecie. Mentalidad aristotélica. Conceptos específicos ordenados hasta llegar a la idea genérica y de ahí al género supremo. Si el género tiene una propiedad también la posee la especie. Así se pensaba la ciencia y la filosofía. Compartimientos, casilleros, cajas mentales donde se ubicaba cada idea, eso sí, cuidadosamente ordenadas; verdadero y falso como opuestos, reino absoluto del principio de tercero excluido: es o no es, no hay tercera opción. La reflexión ética se hacía desde esta postura, no desde la duda ni con un modelo de ser vivo formado por átomos con enorme vacío entre sus partículas. Como en su momento expresó Bachelard, se concebía un mundo de sólidos quietos.

En este texto se van a presentar dudas, problemas y se va a dejar abierta la puerta a posibles soluciones, por lo tanto, no se esperan conclusiones seguras. Hay una adhesión a las palabras de Jaspers: filosofía es ir de camino, sus preguntas son más importantes que sus respuestas y cada respuesta conduce a una nueva pregunta. Sólo esto se hará.

El tema es “Derecho a la vida: compatibilidad de existencias, los animales humanos y no humanos”. Desde una teoría de la justicia se enfoca el objeto de estudio. La pregunta es: ¿qué consecuencias teóricas o filosóficas trae intentar pensar la vida de los animales humanos con similar dignidad a la de los animales no humanos? Se ha dicho *similar* sin establecer grados de identidad o diferencia. Esta actitud es un adelanto del tema: una de las conclusiones a la que se arribará es borrar los límites precisos. Es similar a lo planteado por Kim Ki Duk en su película “Por amor o por deseo”: la joven protagonista y su amiga quieren dinero para hacer un viaje a Europa, surge la solución en

la prostitución y se muestra cómo en esas relaciones sexuales hay una mezcla de dinero, deseo y amor, imposible de seccionar al estilo aristotélico. Lo real es así; sólo nuestro pensamiento delimita los objetos de estudio. El problema consiste en olvidar que se trata de una delimitación metodológica y no puede implantarse luego en las soluciones y decisiones concretas.

¿Por qué hablar de una película para referirse a la Bioética? Porque la postura que se asume incluye diversas maneras de acercarse a lo real, una de ellas es el arte, no inferior a la racionalidad privilegiada por los clásicos y especialmente valorada en las consideraciones que nos ocupan.

En este texto se presentarán concepciones filosóficas de vida justa, luego se mostrará la ausencia de la vida animal dentro de los mismos y para concluir se hará una reflexión final.

## **MODELOS FILOSÓFICOS DE VIDA JUSTA**

Antes de presentar el pensamiento filosófico-político, se necesitan ubicar en el tema dos corrientes opuestas: los liberales y los comunitaristas. Para los primeros, los derechos a salvaguardar son, antes que nada, principios derivados de la condición de persona. Los comunitaristas no insisten en la autonomía humana; un ejemplo lo constituye la actitud antikantiana, propia de Charles Taylor cuando dice: “saber quién soy es una forma de conocer a dónde estoy. Mi identidad es definida por las obligaciones e identificaciones que proporciona el marco u horizonte dentro del cual puedo tratar de determinar, de caso en caso, qué es bueno

o valioso, o qué debe hacerse o qué debo aprobar o rechazar” (Taylor, 1996:28).

Esta postura entiende que el pensamiento liberal ha defendido valores que descansan en una noción atomística del individuo, con una destrucción de los lazos culturales de los pueblos. Los derechos humanos serían, aún con buena intención, una imposición más de Occidente. Algunos autores comunitaristas se oponen al secularismo, están contra la desvalorización de las cosmovisiones religiosas; otros consideran que el liberalismo, al tener como base los derechos del individuo, justifica el uso y abuso de los recursos naturales e, indirectamente, ampara el predominio de las leyes del mercado, extrapoladas a diversos sectores de la vida.

Frente a los planteamientos anteriores, el pensamiento liberal responde que si se le acusa de universalizar una postura, la misma actitud tiene el comunitarismo: absolutiza los parámetros morales de las culturas específicas. Privilegiar las creencias de los grupos condujo a las guerras de las religiones. Para evitar estos conflictos Occidente concibió el concepto de tolerancia y respeto por los derechos de las personas. Además, generalmente, en los lugares donde se reclama mantener las costumbres de cada pueblo –por encima de los derechos de los individuos– suelen minimizarse los derechos de las mujeres, los infantes, la libertad de expresión, la libertad de culto, la libertad de conciencia y otros derechos básicos.

Otra razón contra el comunitarismo la expresa Meza cuando dice:

Las comunidades son artificiales en el espacio y provisionales en el tiempo. Sus lugares de implantación son

producto del encuentro con un medio adecuado, pero sobre todo de la conquista y de la expulsión o del exterminio de otras comunidades. Su relatividad en el tiempo y en el espacio la observamos en las cartografías. Las fronteras de los atlas históricos nos hablan sobre todo de constantes modificaciones (Meza, 2005: 129).

Una vez esbozadas las dos corrientes es oportuno adelantar que en este texto se asume una postura que se ha llamado *libertad en la diversidad*, o, dicho con otras palabras, se parte de los derechos de cada persona, de la autonomía moral en un mundo con diferentes culturas y desde ahí se construye, pero esto no significa que no se vean los peligros ya citados. No se defienden las prácticas morales, propias de cada sociedad, limitadas en el tiempo y en el espacio, como criterio ético. Éste implica una fundamentación racional, una explicación de los motivos por los que se ha hecho la elección, incluyendo las consecuencias teóricas y prácticas de la misma. Por las razones anteriores se ha elegido *la teoría de las libertades*, dado que desde su seno aparecieron las corrientes que permitieron el “fenómeno” de los derechos humanos, parafraseando a Eduardo Rabossi. Dentro de este pensamiento se hablará de una justicia distributiva aplicada en el marco de la globalización y, simultáneamente, respetuosa de las particularidades nacionales y regionales; así como de los diversos patrimonios históricos, culturales y religiosos de los pueblos.

Lo inmediato que se presenta al pensar en “patrimonio cultural” es un cuerpo que necesita cuidados para permitir un florecimiento. Desde el nacimiento ese cuerpo se asocia con un género: “es un niño”, “vive como hombre” o “sé mujer”, pues la noción de

desarrollo está unida, en la actualidad, a la idea de cultura. Anteriormente se pensaba que los planes que buscaban este bienestar debían respetar las tradiciones de los pueblos, mientras en el presente se ve el tema de otro modo: parte del desarrollo es el esplendor cultural de cada comunidad.

En el físico aparece la primera impresión: cuerpos con un color, con una vestimenta; piénsese en la mujer mazahua con su traje típico en los mercados mexicanos, primer anuncio del mundo cultural que hay detrás. En esta imagen el cuerpo femenino es la expresión más fuerte. La segunda idea que aparece es la presencia de un aspecto físico que en millones de casos revela el estado de pobreza e inequidad.

Se había llegado a un enfoque del desarrollo centrado en las mujeres –Women-in-Development– que minimizaba las relaciones entre los géneros porque privilegiaba en el análisis las situaciones de poder. Se había asumido una actitud ingenua pensando que la mujer podía generar una vida ecológicamente sostenible y equitativa; se pospuso la compleja situación social de crisis financiera y económica, realidad permanente en donde aparecía ese cuerpo femenino desnutrido y que, simultáneamente, procreaba.

Durante los años ochenta se hablaba de la opresión a la que estaban sometidas las mujeres, sin diferenciar aspectos culturales; diez años después comenzó el debate sobre multiculturalismo e identidad. Como lo señala el “Informe de la Comisión Mundial de Cultura y Desarrollo” la cultura afirma la identidad y además asegura la obediencia forzada a sus normas, incluyendo el castigo para quien no las cumpla. Den-

tro de un grupo hay asentimiento pero también existe el disenso (Pérez de Cuellar, 1996).

Actualmente se estudia el desarrollo uniendo el concepto de cultura con los roles de ésta y las jerarquías establecidas por una diferencia de género, así se han encontrado complejas estructuras sociales con una división sexual del trabajo. Es indispensable tener presente que en este punto los teóricos dedicados a trabajar sobre derechos humanos han sido claros: aunque se pueda entender el significado cultural de prácticas opresivas como la mutilación de los órganos genitales femeninos, la incineración de viudas, el infanticidio de niñas o un menor salario al trabajo femenino, no son eximidas de una enérgica condena. Este punto de acuerdo es claro, pero los matices que se deja a la diversidad en otras áreas son diversos. Se continuará con quienes sólo admiten las libertades clásicas.

### **MODELO DE VIDA JUSTA DENTRO DEL SISTEMA LIBERAL**

El autor representativo de esta corriente es John Rawls; este pensador norteamericano cambió el debate sobre el tema, al proponerse crear una teoría sobre la justicia que incluyera el principio de igualdad entre todos los seres humanos y que también tomara en cuenta las diferencias que hay entre una persona y otra. En el tema que nos ocupa las divergencias son entre los pueblos:

queremos preguntar si el pluralismo razonable dentro o fuera de los pueblos es una condición histórica con la cual debemos reconciliarnos. Si bien podemos ima-

ginar lo que sería un mundo feliz, en el cual todos y cada uno de los pueblos tendrían la misma fe que nosotros, este ejercicio queda excluido por la naturaleza y la cultura de las instituciones libres. Para mostrar que no hay que lamentar el pluralismo razonable, debemos indicar que, dadas las alternativas socialmente factibles, su existencia da paso a una sociedad con más justicia política y con más libertad (Rawls, 2001:24).

En 1971 Rawls publica *Teoría de la justicia*, plasmando sus dos principios dentro de la vida que acontece en el interior de un Estado. Éste no es el libro que se analizará, sino su trabajo alrededor del concepto *derecho de gentes*; esta es una expresión creada para indicar lo que tienen en común todas las leyes de los pueblos, dicho de otra manera, un conjunto de principios de justicia aplicables a todos los grupos sociales en todos los lugares.<sup>1</sup> El derecho de gentes es un conjunto de conceptos políticos, principios de derecho, justicia y bien común, similares, aunque más generales, a las ideas presentadas en *Teoría de la Justicia*. Es importante señalar que para Rawls no hay un sólo derecho de gentes sino que varios derechos razonables reúnen las condiciones exigidas, la diversidad está presente. Al autor le interesa aplicar los principios de la justicia, propios de una entidad nacional, a la comunidad internacional. Para hacerlo analiza “los límites de la tolerancia”, qué condiciones debe reunir

<sup>1</sup> A pesar de que Rawls escribió posteriormente el libro *Derecho de gentes* (1999) se citará el artículo aparecido en *Isegoría* dos años antes, porque no contradice lo expresado en el libro y es más breve. Se sugiere al lector prestar atención a la forma en que están escritos los títulos de ambos textos para no confundir las referencias.

toda organización política del presente para ser incluida en la comunidad de naciones. Esta parte del texto es la que interesa en el tema que se está planteando. Estos límites están directamente relacionados con el concepto de derechos humanos.

En el planteamiento de Rawls se puede observar una preocupación similar a la de Garzón Valdés, aunque movido por un objetivo propio del pensamiento político –no se propone hacer una reflexión ética– busca superar los enfrentamientos entre “universalistas”, “multiculturalistas” y “comunitaristas”. Distingue las sociedades liberales (bien ordenadas) y las sociedades jerárquicas que pueden estar bien ordenadas. Una sociedad jerárquica bien ordenada, que incorpora la “idea liberal de justicia del derecho de los pueblos”, necesita cumplir con tres exigencias.

La primera dice que es necesario que la sociedad sea pacífica y persiga sus fines a través de la diplomacia, el comercio u otro medio pacífico –la religión que se supone influye en la política gubernamental no tiene legitimidad si es expansionista, Rawls señala cómo ésta fue la actitud de los Estados europeos en los siglos XVI y XVII–.

La segunda exigencia establece que el sistema jurídico imponga deberes y obligaciones morales a todas las personas residentes en su territorio, se guíe por una justicia que incluya el bien común, lo que implica tener en cuenta los intereses de todos los miembros del grupo, de manera imparcial y, además, que los jueces y administradores jurídicos confíen, de buena fe, en que el derecho está orientado por esa concepción de justicia. Las ideas anteriores implican la existencia de diversas formas, apropiadas según los casos, para que

los miembros del grupo sean escuchados, según los valores religiosos o filosóficos de esa sociedad, lo que significa que haya posibilidad de disenso. Como se puede ver, estos principios garantizan una libertad de pensamiento y expresión que permite la evolución de la sociedad o, por lo menos, el ejercicio de la libertad. El estilo de vida que ese grupo tiene, existe porque el mismo grupo así lo desea, si no hubiera aceptación de las prácticas existentes se podría manifestar tal oposición y sería posible luchar para modificar la situación. Este autor condena las imposiciones por medio de la fuerza, defiende un orden fundado en procedimientos jurisdiccionales basados en la aplicación del derecho.

El tercer requisito exige que todos los miembros de una sociedad jerárquica tengan una serie de derechos mínimos que garanticen: subsistencia y seguridad –derecho a la vida–, libertad –frente a la esclavitud, servidumbre y ocupación armada– propiedad personal, igualdad formal –tratamiento igual de los casos iguales–, libertad de conciencia, asociación y posibilidad de emigrar –para quien no estuviera de acuerdo con el pensamiento dominante–. En suma, este tercer requisito exige el respeto a derechos humanos fundamentales y se deriva del segundo.

Con respecto a la libertad de conciencia, Rawls establece una distinción que vale la pena pensar en el tema que nos ocupa. Entiende que “no son irrazonables” las posturas religiosas y filosóficas que niegan la absoluta libertad de conciencia. Tampoco quiere decir que sean razonables, porque establece tres niveles: razonable –total libertad de conciencia–, no irrazonable e irrazonable –niegan la libertad de conciencia–. Las doctrinas tradicionales permiten una limitada libertad

de conciencia. Además, una sociedad jerárquica suele tener una religión con el visto bueno del Estado y frecuentemente es la autoridad suprema dentro de la sociedad, pero no hay dificultades si esa sociedad no se extiende políticamente a otras sociedades y si ninguna religión es perseguida o impedida para realizar sus prácticas.

Rawls entiende que es difícil rechazar racionalmente estas exigencias mínimas y replicar que son demasiadas para ubicar a un régimen como “decente”. Por esta razón considera que no es válido decir que los derechos humanos son de corte liberal o propios del pensamiento occidental, para él son “políticamente neutrales” (Rawls, 1997:26).

En palabras del filósofo:

Entre los derechos humanos se encuentran el derecho a la vida (a los medios de subsistencia y a la seguridad); el derecho a la libertad (libertad respecto a la esclavitud, la servidumbre y el trabajo forzado, y libertad de conciencia, de pensamiento y de religión); el derecho de propiedad; y el derecho a la igualdad formal, expresada en las reglas de justicia natural –casos similares deben ser tratados de manera similar. Así entendidos, los derechos humanos no pueden ser rechazados como peculiares del liberalismo o de la tradición occidental (Rawls, 2001:79).

Fortalece su postura aplicando el razonamiento de Hegel. Toma como base la objeción presentada por quienes dicen que en las sociedades tradicionales hay conceptos diferentes a los de las sociedades liberales y que, por lo tanto, no son comparables. Por ejemplo, no se trata de seres humanos que son ciudadanos con

derechos, sino miembros de un grupo, sea éste una comunidad, una asociación o una corporación. A continuación Rawls recuerda el rechazo de Hegel a la idea “un hombre, un voto”, porque ahí está implícita la noción de que cada persona es un átomo de una decisión política. En el “Estado racional, bien ordenado” las personas pertenecen a haciendas, corporaciones y asociaciones, estos sistemas representan los intereses racionales de sus miembros en una jerarquía consultiva justa. Rawls toma el enfoque de Hegel, donde no todos los individuos están tomando decisiones, y de allí deriva que en un “Estado jerárquico, bien ordenado”, con su jerarquía consultiva, los derechos humanos fundamentales pueden ser protegidos. No le interesa que estos derechos no sean reconocidos a ciudadanos, lo que importa es que sean reconocidos.

Rawls propone cinco tipos de sociedades. La primera está constituida por *pueblos liberales razonables*; la segunda por *pueblos decentes*, o *pueblos jerárquicos decentes*; ambos son pueblos “bien ordenados”; en tercer término están los *Estados proscritos*, en cuarto lugar los *Estados lastrados por condiciones desfavorables* y finalmente los *absolutismos benignos*. Respetan los derechos humanos pero no son pueblos bien ordenados porque sus miembros no toman las decisiones políticas (Rawls, 2001: 14). El objetivo de la clasificación anterior y de establecer los principios del derecho de gentes no es presentar un manual de derecho internacional, sino mostrar la posibilidad de una “utopía realista”. Tal plan queda expresado en sus propósitos:

Dos ideas principales motivan el derecho de gentes. Una es que los grandes males de la historia humana –guerra injusta y opresión, persecución religiosa y denegación de la libertad de conciencia, hambre y pobreza, genocidio y asesinato en masa– se derivan de la injusticia política y de sus crueldades y atrocidades. (Aquí la idea de justicia política es la misma que la del liberalismo político, del cual proviene el derecho de gentes.) La otra idea principal, obviamente relacionada con la primera, es que una vez que las peores formas de injusticia política sean eliminadas mediante políticas sociales justas o al menos decentes y se establezcan instituciones básicas justas o al menos decentes, los grandes males finalmente desaparecerán (Rawls, 2001:16).

Con esta utopía realista tres problemas contemporáneos desaparecerían o tendrían otro enfoque: la guerra injusta, la inmigración y las armas nucleares y de destrucción masiva. Las democracias no libran guerras entre sí, salvo en legítima defensa o al intervenir en sociedades injustas para proteger los derechos humanos. Con respecto a la inmigración, es función del gobierno ser responsable del territorio, del tamaño de la población y de la conservación del ambiente. Una causa de inmigración es la persecución de las minorías religiosas y étnicas, otra, las hambrunas. Si cada pueblo tuviera libertad religiosa y de conciencia, libertad política, justicia de género, es decir, existiera la utopía realista, la inmigración se eliminaría. Con respecto a las armas nucleares su uso entre pueblos liberales y decentes estaría prohibido, pero para Rawls es necesario conservarlas mientras existan Estados proscritos.

Se excluyen de la “justa sociedad de los pueblos” a los Estados que violen los derechos humanos; el respeto por estos derechos, para Rawls, fija el límite a la soberanía, porque ellos son aplicables a todas las naciones después de la Segunda Guerra Mundial. Dice:

1. Son condición necesaria de la legitimidad del régimen y de la decencia de su orden jurídico.
2. Cuando operan en debida forma, resultan suficientes para excluir la justificada intervención de otros pueblos mediante sanciones económicas o, en casos graves la fuerza militar.
3. Fijan un límite al pluralismo entre los pueblos (Rawls, 2001:94).

Para este autor los derechos humanos son diferentes de los derechos constitucionales y de los derechos de la ciudadanía democrática, en el vocabulario de Judith Shklar, porque establecen un paradigma necesario pero no suficiente de decencia. Llama “derechos humanos propiamente dichos” a los ilustrados en el artículo tercero de la Declaración Universal: “todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona” y en el artículo 5: “nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”. Una segunda clase de derechos son los incluidos en las convenciones contra el genocidio (1948) y contra el *apartheid* (1973). En Rawls hay derechos que es más correcto llamarlos *aspiraciones liberales*, como el artículo 1 de la Declaración Universal.

Los derechos humanos respetados en regímenes liberales y jerárquicos decentes son universales porque son inherentes al derecho de gentes y tienen un

efecto político y moral aunque no se cumplan en cada lugar. Son obligatorios también en los Estados criminales o proscritos; su inobservancia puede provenir de dos situaciones diferentes: existen regímenes que desconocen estos principios porque no los consideran válidos, por ejemplo el sistema nazi o aquéllos que se imponen con el terror, como España, Francia y la dinastía de los Habsburgo, que intentaron someter a Europa, o cualquier régimen que diga expandirse para difundir la verdadera religión y cultura; existe también otra causa de inobservancia: hay pueblos cuyas circunstancias históricas, sociales y económicas dificultan o imposibilitan la organización de un régimen liberal o jerárquico bien ordenado. Se trata de sociedades que carecen de tradiciones, capital humano, tecnología y recursos materiales para ser sociedades bien ordenadas. Este segundo caso es el que nos interesa en el tema. Rawls propone que estas sociedades sean apoyadas para suplir sus condiciones. Aquí no vale el principio de la diferencia, dice:

Si bien considero que el principio de diferencia es razonable para la justicia doméstica en una sociedad democrática, no resulta factible para tratar el problema general de las condiciones desfavorables entre las sociedades. [...] Pues la concepción ideal de la sociedad de los pueblos que sostienen las sociedades bien ordenadas dispone que en su momento todas las sociedades deben alcanzar, o ser ayudadas para alcanzar, las condiciones de posibilidad de una sociedad bien ordenada. Ello implica el reconocimiento y la garantía universal de los derechos humanos y la satisfacción de las necesidades humanas básicas (Rawls, 1997:31).

La idea de que “todas las sociedades deben alcanzar las condiciones de posibilidad de una sociedad bien ordenada” es discutible; hay pueblos nómadas, donde es difícil establecer si se satisfacen las “necesidades básicas”, sin embargo, desean seguir viviendo así. Grupos del norte de Rusia, integrados obligatoriamente a la URSS, una vez desintegrada, volvieron a vivir como nómades y en este estilo de vida no está claro si las personas gozan de condiciones para satisfacer, por ejemplo, el derecho a la salud. Pero, para el autor, lograr aquella meta es la base del deber de asistencia, conducir a cada pueblo a que se haga cargo de su vida política manteniendo instituciones políticas y sociales decentes, lo que significa que cumplan con los tres requisitos ya citados. Considera que es probable que en las sociedades jerárquicas los problemas mayores sean: gobierno opresivo, élites corruptas, sometimiento de las mujeres y sobrepoblación. Rawls insiste en que cada sociedad tiene derecho a elegir su forma de vida, no propone que las sociedades jerárquicas abandonen sus instituciones religiosas si cumplen con las condiciones exigidas, pero dice: “No obstante, si estas condiciones se violan, puede justificarse la presión externa de una clase u otra según la severidad y las circunstancias del caso. La preocupación por los derechos humanos debería ser parte de la política exterior de las sociedades liberales y jerárquicas” (Rawls, 1997:35).

Es oportuno citar las palabras del mismo autor con respecto a su trabajo, porque muestran una visión amplia donde la diversidad está presente: “de antemano, no estoy seguro de que este enfoque sobre el derecho de gentes sea adecuado, ni que otras aproximaciones sean incorrectas: tanto mejor si hay otros caminos

para llegar a la misma meta” (Rawls, 2001: 20). Se deja lugar a la diferencia, puede irse más lejos y propiciarla e incluir a otras especies no humanas.

### AUSENCIA DE LA VIDA ANIMAL DENTRO DE LOS MODELOS DE VIDA JUSTA

Martha Nussbaum incluye el tema entre los límites de la teoría de Rawls. Ella parte de una sentencia judicial del Tribunal Superior de Kerala –India– en junio de 2000 donde se establece:

Aunque no sean *homo sapiens* [los animales] son también seres que tienen derecho a una existencia digna y a un trato sin crueldad ni tortura. [...] Por consiguiente no sólo es nuestro deber fundamental mostrar compasión por nuestros amigos animales, sino reconocer y proteger sus derechos. [...] Si los seres humanos tienen derechos fundamentales ¿por qué no los animales? (Nussbaum, 2007: 322)

Es difícil decir qué significa “vida digna”, pero la resolución estaba referida a la vida de los animales del circo y establecía su condena a las jaulas sucias, sin espacio, donde los animales viven hambrientos, aterrorizados y apaleados. Nussbaum deduce que en el caso de los animales “vida digna” significa:

Disfrutar de oportunidades de nutrición y actividad física; vivir libres de dolor, miseria y crueldad; disponer de libertad para actuar del modo característico de cada una de las especies (sin estar confinados ni, como en el caso aquí mencionado, obligados a

realizar acrobacias ridículas y degradantes); vivir sin miedo y gozar de oportunidades para entablar relaciones gratificantes con otras criaturas de la misma especie (o de otras distintas) y tener la opción de disfrutar de la luz y el aire en tranquilidad (Nussbaum, 2007: 322).

La autora propone que se amplíe la teoría de la justicia para que sea “interespecie”.

Para enfocar el tema adecuadamente es necesario ubicar la concepción cultural a la que se pertenece. El tribunal citado es hindú, en la India hay una relación con el animal muy diferente a la practicada en Occidente. En la cosmovisión imperante en India no es extraño pensar en la trasmigración del alma, ésta puede pasar después de la muerte del hombre a habitar un cuerpo animal o puede producirse el proceso opuesto: la evolución del animal lo lleva a un cuerpo humano, en otra vida. En este pensamiento cada ser sintiente tiene un proceso de evolución y el hombre no tiene derecho a interrumpirlo. En Occidente la idea de evolución es básica para pensar el cuerpo, en otras visiones también evolucionan las almas, vida tras vida; los animales son un momento de esa evolución, el hombre otro, pero esto tiene también otra dirección: un humano puede posteriormente ser animal.

El pensamiento judeo-cristiano rechaza la trasmigración. La idea de la reencarnación del alma humana fue condenada en el Concilio de Constantinopla II, en el 553; después de siglo VI el cristianismo afirmó que el alma vive una sola vida. Este pensamiento se puede remitir al estoicismo, en esta postura la dignidad radica en la capacidad de usar la razón y realizar elecciones morales, los animales, por tanto, quedan fuera.

En la hipótesis del *Contrato social* se tiene una actitud similar. Kant no se refiere al tema en el contrato sino en *Lecciones de ética*. Allí plantea deberes para con los animales y espíritus; concluye que los primeros son medios para los fines del hombre, los deberes con los animales son deberes indirectos con la humanidad. Si los hombres se comportan con gentileza con un animal, se acostumbrarán a esto y también serán gentiles con las personas. Para Kant la capacidad de raciocinio moral es quien confiere estatus ético.

Rawls delimita su teoría a la situación de la sociedad bien ordenada, los animales quedan fuera. Sólo se refiere al tema indirectamente, presenta obligaciones con los animales de compasión y de humanidad, expresa:

No hay duda de que la crueldad con los animales está mal. [...] La capacidad que los animales tienen de experimentar tanto sensaciones de placer y de dolor como modos de vida diversos, impone, sin lugar a dudas, unos deberes de compasión y de humanidad en su caso. No trataré de explicar las ideas así planteadas. Se encuentran fuera del alcance de una teoría de la justicia y no parece posible que la doctrina del contrato pueda ser extendida de tal modo que las incluya de forma natural (Rawls, 1997a: 512).

Bajo el título *Bases de la igualdad* Rawls argumenta que los animales no tienen las propiedades de los hombres “en virtud de que éstos han de ser tratados conforme a los principios de la justicia”. “Nuestra conducta con los animales no está regulada por estos principios, o, al menos, eso es lo que generalmente se cree” (Rawls, 1997a: 504).

Rawls sigue a Kant, por lo tanto es coherente que exija capacidades reflexivas morales para incluir a alguien en el contrato.

Después de un extenso análisis Nussbaum concluye que el problema está en basar la convivencia justa en un contrato hipotético: “El tipo de inteligencia que los animales poseen no es el que necesitamos postular para hacer concebible un proceso contractual” (Nussbaum, 2007: 330).

Para ella es complejo establecer por qué los animales deben ser incluidos en una teoría de la justicia –propósito de su reflexión-. Aclara que “injusto” significa que alguien sea tratado de manera tal que no merezca ese tratamiento. El punto esencial al que llega es pensar que los animales tienen un *bien* que realizan a través de su vida, y que tienen *derecho a realizar ese bien*. No sólo se trata de la relación del animal con el hombre, también es básica la vida animal por ella misma, en palabras de la autora: “El territorio de la justicia es territorio de derechos básicos. Cuando digo que el maltrato a los animales es injusto, quiero decir que no sólo está mal de nuestra parte que los tratemos así, sino que ellos tienen un derecho de índole moral a no ser tratados de ese modo. Es injusto para ellos” (Nussbaum, 2007, 332). La diferencia con las teorías tratadas radica en que para Nussbaum el animal es un fin en sí mismo, su enfoque de las capacidades permite esperar el “florecimiento” de todas las criaturas.

Si Kant y Rawls dejan fuera a los animales ¿qué actitud ha tenido el utilitarismo de Bentham o de Mill?

En primer lugar han reconocido al sufrimiento animal como un mal. Además, los contractualistas consideran como derivadas las obligaciones hacia quienes

no contratan. Quienes se fijan en los resultados –como los utilitaristas– consideran como primarios los intereses de seres no lingüísticos.

Para Bentham hay supremacía del valor del placer y maldad en el dolor; para Peter Singer en su “utilitarismo de la preferencia” debemos producir las consecuencias que favorecen los intereses de los directamente afectados, por lo tanto es liberal.

Nussbaum considera que estas concepciones, aplicadas a los animales, crean serias dificultades porque podría argumentarse que los espectadores del circo viven un enorme placer frente al dolor del animal que hace la demostración, queda fuera la idea de lo “intolerable”. Además, no es posible establecer las preferencias de los animales, aquellos que viven en cautiverio suelen no saber vivir en libertad en su medio natural, es una “preferencia deformada”. Para la autora el enfoque de las capacidades es más adecuado porque incluye una rica variedad de experiencias vitales, puede extenderse del ámbito de los humanos –objeto de la teoría– a los animales no humanos. Extrapolando su idea “la tragedia que supone que una criatura viva dotada de una capacidad innata o ‘básica’ para ciertas funciones valoradas como importantes y buenas no tenga nunca la capacidad de realizarlas” (Nussbaum, 2007: 342).

Para lograr esta extensión la autora, en primer lugar, establece un nuevo propósito para la cooperación social: vivir dignamente en un mundo donde múltiples especies tratan de florecer. De acá se deriva que a ningún animal se le truncaría la oportunidad de llevar una vida floreciente de acuerdo con su especie. Se destaca que los animales son considerados agentes y no seres hacia los que se siente compasión.

## REFLEXIÓN FINAL

La exposición de las teorías de la justicia con los problemas no resueltos al excluir a los animales no puede continuarse.

Para finalizar y con respeto por todas las creencias, con el objetivo de tener presentes a otras cosmovisiones, se terminará diciendo que, si se tratara de un congreso budista, finalizaríamos con la expresión: “ofrecemos este esfuerzo de pensar para aliviar el sufrimiento de todos los sintientes”. En un afán para recordar que hay otras formas de pensar y sentir.

El tema está lleno de preguntas sin respuestas, no es fácil incluir a todos los seres vivos en los modelos de justicia cuando millones de humanos se alimentan de animales. Más que respuestas hoy se necesitan las dudas para avanzar, aunque sea lentamente.

## REFERENCIAS

- Meza, J. (2005), “Comunidad e individualismo” en Aspe, V. (2005), *Filosofía política y derechos humanos en el México contemporáneo*, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México.
- Nussbaum, M. (2007), *Las fronteras de la justicia*, Paidós, Barcelona.
- Pérez de Cuéllar, J. (1996), *Nuestra diversidad creativa*, Informe de la Comisión Mundial de Cultura y Desarrollo, UNESCO, México.
- Rawls, J. (1997a), *Teoría de la justicia*, Fondo de Cultura Económica, México.

\_\_\_\_\_, (1997b), “El derecho de gentes” en *Isegoría*, mayo, pp. 5–36.

\_\_\_\_\_, (2001), *El derecho de gentes*, Paidós, Barcelona.

Taylor, Ch. (1996), *Las fuente*



**LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA  
EN CONTEXTOS SOCIALES  
DE POBREZA  
DE VULNERABILIDADES Y AUTONOMÍAS**

*Damián del Percio*

Estudio Maglio y Asociados Abogados  
Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)  
Fundación para la Ética y la Calidad en  
Investigación Clínica Latinoamericana (FECICLA)

*Es evidente que el bien que buscamos no es la riqueza, pues  
la riqueza es meramente útil y no un fin en sí misma.*  
Aristóteles

*Es completamente cierto, y así lo prueba la historia, que en  
este mundo no se consigue nunca lo posible si no se intenta  
lo imposible una y otra vez. Pero para ser capaz de hacer  
esto no sólo hay que ser un caudillo, sino también un héroe  
en el sentido más sencillo de la palabra. Incluso aquellos  
que no son lo uno ni lo otro han de armarse desde ahora de  
esa fortaleza de ánimo que permite soportar la destrucción  
de todas las esperanzas, sino quieren resultar incapaces de  
realizar incluso lo que hoy es posible...*  
Weber

La profunda consternación provocada por el tremendo aumento de la pobreza en Argentina durante la última década (PNUD, 2003), explica la razón del tratamiento de un tema que nos hermana con realidades similares de otros países. Parecería incluso que dado el preocupante contexto social que generan los altos niveles de

pobreza, reflexionar sobre sus implicancias en diferentes ámbitos más que una elección se ha impuesto como una obligación.

Uno de los espacios donde la reflexión sobre estos extremos es procedente es en la investigación clínica multicéntrica multinacional. En ella intervienen gran cantidad de actores, con una correlativa heterogeneidad de intereses, niveles de poder, estructura organizacional, etc. En especial, esta disparidad de poderes y de situaciones relativas plantea serios problemas a la hora de evaluar los requerimientos a tener en cuenta para que una investigación clínica sea ética –particularmente desde el punto de vista de la equidad en la selección de los sujetos de investigación y en el respeto por su autonomía-. Basta considerar que en un extremo de la ecuación se encuentran multinacionales de gran capacidad financiera, con recursos que frecuentemente superan con holgura las partidas presupuestarias en salud de países subdesarrollados, y en el otro extremo encontramos personas, en muchos casos enfermas, y que además, sobreviven en contextos sociales de pobreza en países en vías de desarrollo.

Este artículo propone la reflexión sobre el actor más débil del reparto: el sujeto de investigación. El análisis se centrará en deliberar sobre el concepto de vulnerabilidad, brindando una posible clasificación de las diferentes poblaciones vulnerables e introduciendo el concepto de “contexto social” como un elemento a tener en cuenta en la determinación de una población como vulnerable. En el siguiente punto se evalúa la situación del sujeto vulnerable en situación de pobreza, dividiendo a la misma en dos estados: pobreza y pobreza absoluta. Este análisis se utiliza para evaluar

la incidencia de cada tipo de pobreza sobre uno de los requisitos a tener en cuenta para que la investigación clínica sea ética: el respeto por la autonomía del sujeto de investigación.

A modo de brújula orientadora de la lectura del artículo, se plantean las siguientes interrogantes a las que se pretenderá dar una posible respuesta:

¿Cómo conceptualizar la “vulnerabilidad” y qué importancia tiene el contexto social en la definición?, ¿existe alguna relación entre pobreza, pobreza absoluta y autonomía de las personas en el ámbito de las investigaciones clínicas? por el contrario, ¿La autonomía transita por otro carril, independientemente de la condición de excluidos sociales de los potenciales sujetos de investigación?

## VULNERABILIDAD Y CONTEXTO SOCIAL

Tradicionalmente se ha entendido que las personas que reúnen las características del sujeto de investigación a quien nos referimos en este trabajo: *personas enfermas que viven en condiciones de pobreza en países subdesarrollados*; indudablemente son acreedoras del término “grupos vulnerables”.

CIOMS-WHO refiere a los grupos vulnerables como: “personas que reciben beneficios o asistencia social y otra gente pobre, desempleados [...] algunas minorías étnicas y raciales [...] miembros de comunidades no familiarizadas con los conceptos de la medicina moderna”. (CIOMS-WHO, 2012)

Como se observa en este acercamiento, se prioriza la casuística en lugar de recurrir a un grado de

abstracción mayor que al objetivar, permita ahondar en la nota común que anudaría diferentes tipos de vulnerabilidades. Por eso, el alcance de este tipo de definiciones basadas en ejemplificaciones es algo vago e incluye tal cantidad de disímiles situaciones, que parece necesario realizar una reflexión previa sobre el concepto “vulnerabilidad”.

Dos cuestiones relacionadas con este concepto tienen un nivel de vaguedad que es preciso acotar. Primero encontramos la cuestión terminológica intrínseca del concepto ¿qué quiere decir vulnerable? Y entonces, principalmente, ¿cuál es la cadena invisible que jalona los diferentes tipos de vulnerabilidades?, y segundo ¿cuál es el alcance que tiene el concepto?, ¿sirve para dar cuenta del contexto social, donde cada situación de vulnerabilidad se inscribe o, en ocasiones, al primar el enfoque sobre la persona o grupo vulnerable, dicho contexto queda en un segundo plano casi imperceptible?

En relación con la primera cuestión, el significado del término “vulnerabilidad” aludiría a una falta de capacidad del individuo o grupo para ejercer una protección efectiva sobre sus derechos e intereses. Esta falta de capacidad está asociada a una situación previa, de base, donde no existe una razonable libertad que implique para la persona poder elegir entre diferentes opciones de acción, ya que de un modo u otro el individuo se encuentra supeditado a ciertas circunstancias que determinan o condicionan su accionar.

No se aplica aquí la crítica que condena las definiciones de conceptos por la negativa, toda vez que la propia “vulnerabilidad” refiere a una debilidad en el agente o grupo, que lo hace susceptible de una protección externa que compense la falta del propio am-

paro. En algún punto, y debido a múltiples circunstancias, las personas vulnerables no están “completas”, sino que se encuentran en una situación de desmedro o privación. Sólo a modo de ilustración –y no de definición- de lo dicho, un ejemplo paradigmático del “sujeto vulnerable” es la persona enferma; la palabra “enfermo” alude al latín *in firmus*, es decir, literalmente quien “no está firme”, y por lo tanto señala una integridad incompleta.

En cuanto al segundo punto, el eslabón que enlazaría los diferentes tipos de vulnerabilidad y que se convertiría en la cuestión objetiva de fondo, sería la incapacidad de las personas –ya sea que la hubieran perdido, nunca la hubieran tenido o aún no la tuvieran– para defender sus propios derechos e intereses en forma autónoma, ya que debido a múltiples causas, no poseen el grado de libertad que implica poder decidir sus propias acciones.

El punto central de este tema se enfoca en considerar al contexto social de forma tal que sólo a través del mismo se pueda evaluar la vulnerabilidad de determinados grupos. Se entiende por contexto social la particular estructura que presenta una sociedad, en relación con las características que presenta su organización social –dividida en clases, estamentos, castas, etc.–; económica vcapitalista, en todas sus variantes, o socialista–; religiosa –teocracia, existencia de diversidad de cultos, etc.–; étnica –presencia de diversas culturas en un mismo país entre otras características relevantes que le otorgan a esa sociedad una determinada identidad. Además de estas categorías mencionadas, el contexto social dependerá también de las características propias de cada una de ellas. Así, caracterizar a una

sociedad como capitalista aporta pocos datos concretos sobre, por ejemplo, la forma en que se distribuye la riqueza en su seno; o caracterizarla como pluricultural nada dice sobre los niveles reales de tolerancia hacia las minorías. El contexto social entonces, se integra por las categorías relevantes para caracterizarlo y por las especificidades propias de cada una de ellas.

Debería tomarse la cuestión objetiva de fondo que anuda las vulnerabilidades y aplicarla a los diferentes grupos en cada contexto social específico, a fin de ponderar el impacto del mismo en la configuración de una población como “vulnerable”. Por ejemplo, comúnmente se observa que sólo por cuestión de género, a las mujeres se las ha considerado, por mucho tiempo, como “grupo vulnerable”. Pero para que esta categorización sea acertada deberá observarse el contexto social específico a la luz de la definición objetiva de vulnerabilidad precitada y evaluar si las mujeres pertenecientes a una determinada comunidad son o no personas con “incapacidad –sea que hubieran perdido la capacidad, nunca la hubieran tenido o aún no la tuvieran- para defender sus propios derechos e intereses en forma autónoma, ya que debido a múltiples causas, no poseen el grado de libertad que implica poder decidir sus propias acciones”; y sólo en el caso en que esta definición se amolde a la realidad que viven las mujeres en una comunidad particular, deberán ser consideradas como “grupo vulnerable”. Este ejercicio debe realizarse especialmente con distintos grupos catalogados *a priori* como “vulnerables” por su relación con el contexto social, más que por sus características biológicas intrínsecas, y que sólo luego de pasar por el tamiz de la definición de “vulnerabilidad” –ya sea la

aquí se cita u otras factibles— podrán mantener o cambiar su condición de tales.

Una posible categorización de este vasto universo de las “vulnerabilidades”, lo delimitaría a cuatro grandes grupos; incluyendo en el último de ellos todas las posibles interrelaciones entre los otros tipos.

En el primer grupo, la vulnerabilidad estaría enlazada con alguna característica propia del individuo y a la vez “científicamente objetiva”,<sup>1</sup> que pueda provocar una falta de capacidad en la defensa de sus derechos e intereses enfermedad física o psíquica, minoría de edad, género —en algunas culturas—, etcétera.<sup>2</sup>

En el segundo se evalúa al sujeto en relación a una determinada posición o situación subordinada que él mismo ocupe en un medio grupal jerarquizado específico, empleados administrativos de clínicas u hospitales, presos, reclutas de fuerzas armadas, estudiantes de ciencias médicas o afines, etcétera.

El tercer grupo se refiere a grupos o personas representantes de determinados grupos discriminados negativamente en su contexto social por cuestiones de posición social, etéreas, de género, religiosas, de origen étnico, por ser portadores de determinada enfermedad, etcétera.

<sup>1</sup> En este apartado, la característica de la persona que pueda provocar esta incapacidad para defender sus derechos e intereses debe ser “científicamente objetiva”. Las discriminaciones negativas basadas en cuestiones subjetivas que tengan como efecto generar la incapacidad precitada estarían citadas en el tercer grupo.

<sup>2</sup> No es adecuado que las mujeres deban ser consideradas población vulnerable, excepto que sean discriminadas negativamente en su contexto social.

En el cuarto grupo se encuentran los diferentes tipos de interrelaciones que pueden existir entre los tres tipos de vulnerabilidades referidas, pudiendo comúnmente presentarse las tres juntas, como sería el caso, por ejemplo, de una menor pobre, encarcelada y con sida.

De acuerdo con esta categorización, todos los ítems tienen directa o indirectamente relación con el contexto social. Si bien es fundamental centrar el análisis en el individuo, pues quienes participan en ensayos clínicos son personas –únicas e irrepetibles–, ello no debe realizarse al costo que ese enfoque deje en la penumbra al contexto social del cual proviene.

En síntesis, siempre se debería evaluar al “grupo vulnerable”, en relación con su medio social, para diferenciar situaciones que, de otro modo pasarían como similares y, por ende, adaptar a través de una contextualización más refinada, la evaluación de los requisitos éticos que debe tener una investigación clínica –particularmente en la selección equitativa de sujetos y la ponderación de los riesgos y beneficios–, por parte de los investigadores y de los Comités de Ética en Investigación Clínica, a fin de extremar los cuidados en la defensa de los derechos de las personas.

## **POBREZA Y VULNERABILIDAD**

Tradicionalmente la pobreza ha sido definida como carencia de consumo o de ingreso. Desde esta óptica las personas son pobres:

Cuando su ingreso o consumo cae por debajo de cierto umbral, socialmente definido como un mínimo de vida socialmente aceptable en una determinada comunidad. La carencia de medios, en particular el ingreso, fue utilizada como aproximación a los fines. Así por ejemplo, el costo monetario de la canasta alimentaria básica es un indicador de medios, mientras que el estado nutricional lo es de fines o resultados últimos. El supuesto que subyace a esta conceptualización es que la superación de la pobreza es el resultado necesario del crecimiento económico (PNUD, 2003: 76).

Pero esta definición de pobreza, centrada en el ingreso es deficiente porque muestra una imagen parcial de la problemática, ya que hay muchas formas en las que se puede ser “pobre” al estar excluido, o tener un acceso insuficiente, a ciertos “bienes sociales”; y además, es claro que la privación se define en un determinado contexto histórico y social.

Por ejemplo, los analfabetos están *excluidos* del aprendizaje y de la comunicación con el otro; quienes no participan en los procesos de toma de decisiones que afectan su vida, son también *excluidos* en el área de la política; quienes no disponen de tratamientos probados para sus dolencias son *excluidos* del derecho al acceso a la salud. Estos y otros ejemplos de “exclusiones” son invisibles para un abordaje focalizado en el ingreso o consumo de las personas.

Por ello el paradigma del Desarrollo Humano propone una concepción de la pobreza abarcadora de las múltiples dimensiones de la misma. En esta perspectiva, *la pobreza significa la privación de una vida larga, sana y creativa; del disfrute de un nivel decente de vida; de la libertad, la dignidad y el respeto por sí mismo y por los demás* (PNUD, 2003).

Uno de los grupos vulnerables de mayor importancia a escala mundial, lo configura el de los sujetos en situación de pobreza. El PNUD estima que en el año 2000, había 1.100 millones de pobres en el mundo, lo que representa cerca del 20% de la población mundial; además 831 millones se encontraban en estado de desnutrición (Roxin, 1972).

Pero en el mundo actual, diverso y pluricultural, pueden existir tensiones entre visiones localistas y universalistas. Por lo que es posible que los propios individuos que son vistos como pobres a los ojos de otros, no opinen lo mismo ¿qué hacer frente a esta cuestión?, ¿con qué herramientas se podrá definir entonces quién es pobre? Una posible solución consiste en tomar datos objetivos de las situaciones en que se encuentran las personas y definir estándares mínimos a alcanzar; y cuando estos índices, indicadores y estándares son producto de una agencia internacional como el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) que depende de la ONU, sus cálculos poseen la legitimidad que proviene de utilizar criterios de medición que pueden ser revisados por diferentes países.

En especial, para el caso de la medición de la pobreza humana, el PNUD posee dos índices distintos según el grado de desarrollo de los países, uno mide la pobreza humana en países en desarrollo (IPH-1)<sup>3</sup>, y el otro en países seleccionados de la OCDE (IPH-2). El

<sup>3</sup> El *Informe sobre Desarrollo Humano de 1997* introdujo el índice de pobreza humana (IPH), el cual se centra en la proporción de personas que viven bajo un cierto umbral en relación con aspectos básicos del Desarrollo Humano, al igual que el recuento de la pobreza mide la proporción de personas que están por debajo de un cierto umbral en materia de ingresos.

PNUD toma como base el índice de Desarrollo Humano y mide las privaciones en sus tres aspectos básicos:

1. Disfrutar de una vida larga y saludable: la vulnerabilidad de morir a una edad relativamente temprana, medida según la probabilidad al nacer de no vivir hasta los 40 años.
2. Disponer de educación: exclusión del mundo de la lectura y las comunicaciones, medida según la tasa de analfabetismo de adultos.
3. Tener un nivel de vida digno: falta de acceso a suministros económicos generales, medido según el promedio ponderado de dos indicadores, el porcentaje de la población sin acceso sostenible a una fuente de agua mejorada y el porcentaje de niños con peso insuficiente para su edad (PNUD, 2004).<sup>4</sup>

Pero no toda pobreza es equivalente. Cuando alcanza límites intolerables, incompatibles con la satisfacción de las necesidades básicas de las personas, —que en términos económicos el PNUD ha establecido para aquellas personas que sobreviven con menos de un dólar diario— se habla de pobreza absoluta. La di-

<sup>4</sup> Originalmente, la medida de privación de un nivel de vida digno también incluía un indicador de acceso a los servicios de salud. Sin embargo, debido a la falta de datos fiables de los últimos años sobre acceso a estos servicios, la privación de un nivel de vida digno en el Informe de este año (2004) se mide con dos en lugar de tres indicadores: el porcentaje de la población sin acceso sostenible a una fuente de agua mejorada y el porcentaje de niños con peso insuficiente para su edad. *Informe sobre Desarrollo Humano 2004. La libertad cultural en el mundo diverso de hoy*. PNUD, Mundi-Prensa Libros Madrid-Barcelona-México, 2004.

ferencia de grado que existe entre pobreza y pobreza absoluta implica también una diferencia cualitativa. Amartya Sen<sup>5</sup>, en un lúcido abordaje, enseña que la pobreza es “un ataque contra la libertad”, ya que –podemos inferir– restringe severamente y/o elimina en los hechos, aquellas opciones que el individuo pudo haber configurado en su fuero interno al trazar su plan de vida. Lo que la pobreza no permite es un desarrollo adecuado de las capacidades fundamentales –o como las llamaría Sen “libertades”– del individuo –nivel de asociatividad, de educación, etc.–, necesarias para alcanzar sus objetivos. Al no permitir un correlato entre las aspiraciones –fines– del individuo y la obtención de los medios indispensables para alcanzarlas, la pobreza genera frustración y modela ciudadanos “incompletos”. Pero a pesar de ésta y otras tantas graves consecuencias, los pobres están incluidos en los márgenes del sistema.

Ahora bien, cuando se habla de “pobreza absoluta” en situaciones de exclusión social, más que una referencia a este tipo de variables –que estarían enfocadas a cristalizar en los hechos las opciones que el individuo ha elegido para su vida–, la referencia es hacia aquellas personas que no pueden acceder ni siquiera a las condiciones básicas indispensables para cubrir por completo sus necesidades fisiológicas, y hasta tanto resuelvan este tipo de urgencias, no podrán pasar a una etapa ulterior del desarrollo personal, como es la que tiende a que la persona pueda lograr en la práctica aquellos objetivos trazados en su plan de vida. Lo que

<sup>5</sup> Amartya Sen es premio Nobel de Economía.

no permite la pobreza absoluta es simplemente vivir; en ella se pasa a un nivel de mera supervivencia.

Llegados a este punto, es necesario remarcar una diferencia sustancial entre pobreza y pobreza absoluta, relacionada con el tema que nos ocupa: las personas en situación de pobreza conservan, en principio y en relación con esa variable, la posibilidad de ejercer su autonomía, es decir, de poseer la capacidad de tomar decisiones, de darse para sí sus propias normas voluntaria y razonadamente. Es importante resaltar que en este trabajo se entiende como autonomía a una capacidad del individuo y que depende de su intelecto. Esta capacidad intrínseca es la que permite que el individuo fije sus metas y fines. A fines analíticos, la autonomía tendría dos componentes. Uno se encuentra en el fuero interno de la persona: la razón. La capacidad de razonar permite a la persona darse sus propias normas, así como fijarse sus fines y metas en su plan de vida. El otro componente está estrechamente vinculado con el medio social, y se identifica con la libertad que tiene el individuo para obtener los medios necesarios que efectivicen su plan de vida.<sup>6</sup>

En contextos de pobreza, uno de los componentes de la decisión autónoma, la “libertad”, se relativiza y se restringe fuertemente, sobre todo si pensamos que

<sup>6</sup> Las teorías sobre el autocontrol y la autorregulación de la propia vida, tales como las propuestas de Piaget, Kohlberg, Bandura, señalan que la autonomía procede de la heteronomía. El desarrollo de la autorregulación y de la autodeterminación requiere la internalización de normas y valores. En el origen, la conducta de una persona es regulada por los agentes externos, a través de distintos medios de presión, y la regulación autónoma se hace posible cuando el sujeto internaliza y hace suyos esos controles que inicialmente eran externos.

dicho contexto puede transformarse en un condicionante del accionar de la persona y ejercer una fuerte presión sobre sus decisiones, pero aun así la restricción no sería sobre el componente del fuero interno de la autonomía (razón), sino sobre el abanico de opciones que potencialmente podría seleccionar y que la pobreza le restringe. Es necesario remarcar que esta observación tiene fines analíticos y que en el proceso cotidiano de la toma de decisiones estas disquisiciones pasan desapercibidas; aunque no por ello sus consecuencias en la ética de la investigación serán nulas.

Acceder a las opciones que el individuo se representa en su fuero interno, depende de un correlativo desarrollo de sus capacidades fundamentales a través de la adquisición de los medios necesarios para cristalizarlas. En principio, las personas en situación de pobreza continúan en posesión de la potencialidad psicofísica necesaria para desarrollarlas. Pero esto es, justamente lo que pueden no poseer quienes se encuentran inmersos en la pobreza absoluta. En tanto ella ataca la posibilidad de obtener el sustento básico que permita una vida psicofísica normal, puede conllevar, entre otros efectos adversos, a la desnutrición.

Es importante detenernos en este potencial efecto debido a las graves consecuencias que trae adosadas. Es sabido que la desnutrición altera distintos órganos y sistemas. Una de las consecuencias más serias para las generaciones futuras es que la desnutrición afecta el sistema nervioso, en especial *el desarrollo cerebral intrauterino y conduce a una disminución persistente del número de células y del tamaño cerebral, por lo cual cuando ésta es severa y temprana hay deterioro irreversible del desarrollo*

*intelectual* (Montero y Senderey, 1997). Si la autonomía del sujeto depende, en primer lugar, del desarrollo de su capacidad para tomar decisiones en forma consciente y razonada; altos niveles de este tipo de pobreza persistentes en el tiempo, pueden dar lugar a futuras sociedades compuestas por personas carentes de autonomía, o con dicha capacidad gravemente disminuida.

En relación a los efectos sobre las funciones psíquicas de la desnutrición en adultos, está comprobado que las mismas *se alteran a pesar de la aparente indemnidad del sistema nervioso central*. (Montero y Senderey, 1997). De todas formas, las consecuencias son menos nocivas que en el caso de los neo-natos, ya que “las facultades intelectuales se conservan hasta etapas premortales” (Montero y Senderey, 1997), pero “se alteran las actitudes y la conducta” (Montero y Senderey, 1997); además de presentarse “dificultades para la concentración y retención de la memoria [y] gran inestabilidad emocional [...] en estos casos el sentido social se pierde, con evidente egocentrismo y una falta de control sobre sí mismo” (Montero y Senderey, 1997). Estas consecuencias, si bien no eliminan de plano la autonomía como capacidad del sujeto para tomar decisiones conscientes y voluntarias, pueden relativizar su valor e incidir en la calidad de las mismas. En este supuesto la autonomía también podría verse afectada y el grado de afectación dependería siempre del sujeto de referencia.

Se presenta una situación en la que debemos distinguir entre pobreza y pobreza absoluta, para determinar si la persona posee autonomía suficiente para una toma de decisiones razonada. Podríamos considerar que las personas pobres conservan su capacidad de

razonamiento, pero pierden algo, gran parte o toda la libertad necesaria para poder llevar adelante su plan de vida. Las personas absolutamente pobres, además de perder su libertad, pierden o ven disminuida, en ocasiones, su capacidad de razonamiento debido al efecto psicofísico que produce sobrevivir en condiciones paupérrimas.

Es cierto que en la práctica existen gradaciones entre ambos tipos de pobreza, lo que a menudo tornará difusa la frontera entre ambos conceptos, pero aun así la distinción es oportuna porque apunta a considerar a la persona en estado de pobreza como un ser con obvia capacidad de razonamiento, aunque no completamente libre, y por tanto con su autonomía dañada en uno de sus componentes. Ello porque no puede decidir entre un amplio abanico de opciones sobre las que potencialmente podría seleccionar, ya que la pobreza se lo restringe. En la práctica esta dilucidación acerca del grado de afectación que tenga el componente razón, y que refleja, en el potencial sujeto de investigación, la capacidad para otorgar un Consentimiento Informado aunado dependerá de la experiencia y entrenamiento del investigador. En caso de dudas los Comités de Ética en Investigación pueden colaborar con el investigador a fin de determinar el nivel de comprensión del sujeto.

En la relación entre pobreza, autonomía y vulnerabilidad pueden darse dos situaciones diferentes, con sus respectivas consecuencias.

1. Personas catalogadas como pobres en su contexto social que si bien no pueden defender sus derechos e intereses por carencia de medios, no han perdido su capacidad de razonamiento y

comprenden la información relevante que obra en el Consentimiento Informado. Según la definición de “vulnerables”, estas personas han perdido en gran medida la libertad que implica poder elegir y cristalizar determinadas opciones y, compelidos por la pobreza deben conformarse con actuar en el estrecho margen de decisión que sus condiciones de vida le permiten.

2. Personas catalogadas como pobres en su contexto social que no pueden defender sus derechos e intereses no sólo por carencia de medios, sino también porque a raíz de su situación de pobreza han visto comprometidos ambos componentes de su autonomía, al no poseer tampoco la capacidad intelectual suficiente para comprender cabalmente la información relevante que obra en el Consentimiento Informado. Claramente estas personas son doblemente “vulnerables”, por carencia de libertad y de raciocinio.

Desde la óptica del principio de Justicia: ¿sería justo excluir a una población vulnerable de toda investigación que no esté directamente relacionada con la posibilidad de obtener conocimiento generalizable sobre la enfermedad que la caracteriza como tal? De acuerdo con este planteo la respuesta sería positiva, es decir sería justo hacerlo, porque en la ecuación riesgo-beneficio la balanza se inclinaría hacia el riesgo y por ende, se los estaría explotando.

Por otro lado, si se investigan tratamientos para combatir dolencias que son características de esa población vulnerables, ¿no deberían ser incluidas? Una aplicación tradicional del principio de Justicia con-

testaría afirmativamente, ya que si bien, en principio, debe evitarse exponer a poblaciones vulnerables a investigaciones clínicas farmacológicas, la excepción es que —y este sería el caso— dicha investigación esté dirigida a lograr un tratamiento para la dolencia que caracteriza a esa población como vulnerable.

Los razonamientos de los párrafos anteriores, parecen ser válidos siempre y cuando, se considere a la enfermedad como un ingrediente básico del concepto de “vulnerabilidad”; ya que investigar la enfermedad de base de esa población sería condición necesaria —aunque no suficiente— para incorporar al grupo vulnerable a la investigación. Pero hemos observado que ello no siempre es así y que hay vulnerabilidades que no se corresponden estrictamente con situaciones de enfermedad sino con otro tipo de cuestiones. Entonces, ¿cómo juega aquí la “pobreza”? ¿qué tipo de dolencia es? Diríamos que en todo caso la pobreza es una “dolencia social” pero la construcción actual de la vulnerabilidad, especialmente las consecuencias que de ella se derivan, —ya que si bien existe actualmente un reconocimiento de distintos tipos de vulnerabilidades no hay un correlativo desarrollo de las consecuencias diferentes que deberían derivarse de ese reconocimiento—, parece enfocarse en vulnerabilidades de base biológica, pero no en las de origen social, donde la pobreza resalta como “la” vulnerabilidad por antonomasia. Es posible pensar que si se excluye sistemáticamente a todas las personas pobres, sin ningún tipo de análisis previo —que dé cuenta, por ejemplo, de la diferencia entre pobreza y pobreza absoluta—, se estaría *revulnerabilizando* a esas poblaciones.

Paradójicamente, con la intención de protegerlas, al considerar no ética su participación en protocolos de investigación que no tengan por objetivo excluyente investigar tratamientos sobre enfermedades propias de personas en situación de pobreza, se las estaría privando de obtener un tratamiento inmediato para otras dolencias actuales y que dada su situación social, difícilmente puedan obtener por otros medios. Más allá de enfermedades específicas de esta población –como la desnutrición–, las personas pobres son más proclives a contraer enfermedades por su condición social y tienen el mismo –o mayor– interés en ser sujetos de investigación que otras poblaciones –con las salvedades que se hacen más adelante–.

Pero ello no significa que cualquier persona en situación de pobreza debería ser considerada apta para participar en un protocolo. Es incorrecto considerar a todas las poblaciones pobres como poseedoras del mismo tipo de vulnerabilidad, porque ello esconde una simplificación que puede llevar a la injusticia. Tratar de igual forma a una población desigual implica falta de equidad en la distribución de las cargas y beneficios.

Por lo tanto la propuesta es que, aun con las dificultades prácticas que conlleva realizar una diferenciación clara en la teoría, como es la de discriminar entre los efectos de los dos tipos de pobreza precitados, esto igualmente debe intentarse. En caso de duda sobre la capacidad de comprensión del sujeto, motivada por cuestiones ajenas a la capacidad explicativa o estrategias utilizadas por el investigador, debería excluirse al potencial sujeto de investigación como medida de protección; excepto que la investigación tenga por objetivo desarrollar un tratamiento para la enfermedad

que motiva esa falta de comprensión. Si se tratara de investigaciones sobre otras dolencias y siempre que el investigador considere que la persona ha comprendido cabalmente lo que significa su participación en el estudio, excluir a la persona en situación de pobreza del mismo no haría más que acentuar la discriminación social negativa que ya sufre. Por lo tanto, sólo en aquellos casos en que quien toma el Consentimiento Informado está convencido que la persona ha comprendido efectivamente en qué consiste el estudio podrá aceptar que el sujeto participe del procedimiento de *screening* y, si fuera el caso, del ulterior enrolamiento.

Las protecciones que se deben otorgar a la población vulnerable: “personas en situación de pobreza” –que pueden otorgar un consentimiento válido–, no deben estar relacionadas con su exclusión sistemática de las investigaciones, sino que deben ser tenidas en cuenta en una selección socialmente representativa en relación con la población anfitriona; ello significa que tampoco deben ser los participantes exclusivos de los estudios. Se trata de lograr un justo equilibrio entre las dos posturas extremas: la de explotación y la de exclusión total. Además debe vigilarse el estricto reembolso por parte del patrocinante de cualquier gasto –transporte, comidas, etc.– o carga –lucro cesante, pérdida de presentismo, etc.<sup>7</sup>– que le insuma participar en la investigación. Por otro lado, y en relación con las obligaciones del patrocinante una vez finalizada la investigación, el mismo debe asegurarle la provisión del tratamiento –obviamente si ha demostrado efectividad– hasta que el sujeto pueda acceder efectivamen-

<sup>7</sup> La pobreza no es privativa de los desempleados, está tristemente demostrado que aún asalariados pueden serlo.

te al mismo. Este es un tema que genera polémica y tratarlo adecuadamente llevaría a la redacción de un artículo independiente; de todas formas como opción mínima, no es exagerado solicitar al patrocinante que se beneficia con una patente exclusiva por 20 años, que le provea el tratamiento al participante del estudio pues ha puesto su cuerpo y su tiempo sujeto hasta, por lo menos, el vencimiento de dicha patente, ya que es durante ese periodo cuando el patrocinante recibe las mayores ganancias y por ende es de prever que el impacto económico de esta provisión le será más soportable.

## CONCLUSIONES

El objetivo de este trabajo ha sido brindar una mirada distinta teniendo en cuenta la posibilidad de renovar y adaptar determinadas conceptualizaciones con el fin de reducir el efecto de exclusión social que produce la pobreza, específicamente en el ámbito de la investigación clínica multinacional.

Con respecto a la búsqueda de una categorización más acabada del concepto de vulnerabilidad, que haga hincapié en el contexto social específico donde la misma se produce, la intención es dejar de lado categorías universales de vulnerabilidad y remarcar que cualquier vulnerabilidad depende, en su configuración como tal, del contexto en que se produce, y que el mismo influye de tal forma que puede disminuir o agravar dicha condición. Por lo tanto, un grupo podría ser vulnerable en una sociedad determinada y otro grupo con similares características pero en un diferente contexto social podría no serlo, con las consecuencias que de ello

se deriven, especialmente en lo referido a la selección de los sujetos que participarán en ensayos clínicos.

La distinción entre pobreza y pobreza absoluta busca reafirmar que no toda pobreza es similar y, por ende, tampoco lo serán las consecuencias que de ello se desprendan. En particular, el grado de afectación de estas consecuencias sobre los componentes que conforman la autonomía, será mayor en el caso de sujetos inmersos en situaciones de pobreza absoluta. Aunque esta disquisición es teórica tiene relevancia práctica, porque permite realizar una suerte de gradación de la autonomía, y por ende, posibilita que quienes aún posean el componente interno “razón”, puedan ser tenidos en cuenta a fin de brindarles la posibilidad de ingresar a una investigación clínica.

Pero aún en estos casos, el investigador que tome el Consentimiento Informado –con la colaboración de miembros del Comité de Ética, si fuera necesario– deberá evaluar si el sujeto comprende la información suministrada; en caso de dudas podrá requerir la presencia de un miembro del Comité de Ética que coevalúe la capacidad de comprensión del sujeto y si las mismas persistieren no debería incluir al sujeto en el estudio. Esta ampliación de la posibilidad de reclutar personas pobres con capacidad de comprensión del Conocimiento Informado, que en muchos países subdesarrollados es la mayoría de la población, obedece a evitar un paternalismo que aunque bien intencionado puede dar como resultado evitar que muchas personas aprovechen una oportunidad –quizás única– de acceder a un tratamiento u otros beneficios; aunque con las salvedades ya referidas.

La falta de una mínima disposición a conectarse con la situación del prójimo y hacerla propia, dificulta cualquier conducta ética y es fomentada por una estructura social que alienta la desigualdad e inhibe la empatía entre miembros de diferentes estratos sociales. Es contra este estigma social que debemos luchar para poder entender al otro y sólo entonces poder realmente respetarlo.

## REFERENCIAS

- CIOMS-WHO, (2012), *International Ethical Guidelines for biomedical Research Involving Human Subjects*, [En línea], Ginebra, 2002, Guía 13, Disponible en: [www.cioms.ch](http://www.cioms.ch).
- PNUD, (2003), *Aportes para el Desarrollo Humano de la Argentina*, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) 2ª ed., Buenos Aires.
- \_\_\_\_\_, (2004), *Informe sobre Desarrollo Humano 2004 La libertad cultural en el mundo diverso de hoy*. PNUD, Mundi-Prensa Libros Madrid-Barcelona-México.
- Roxin, C. (1972), *Sistema del Derecho Penal y Política Criminal*, trad. Francisco Muñoz Conde, Bosch, Barcelona.
- Salinas, R. D. (2000), *Alimentos y nutrición. Introducción a la bromatología* El Ateneo, Buenos Aires.
- Montero, J. C. y S. Senderey (1997), *Obesidad en el adulto: etiogenia, fisiopatología, clínica y tratamiento*, D & P, Buenos Aires.



# EXPOSICIÓN: ¿QUÉ ES BIOÉTICA GLOBAL HOY?

*Alfonso Llano Escobar*

Director Programa Maestría en Bioética  
Instituto de Bioética Pontificia  
Universidad Javeriana  
Bogotá, D.C. Colombia

## EL PROBLEMA DE LA IDENTIDAD

Han pasado 40 años desde la aparición de la Bioética como disciplina en el mundo académico y como método para resolver problemas biotecnológicos, en la sociedad; además, se ha desarrollado tan extensamente la Bioética en todo el mundo, en una forma tan acelerada y carente de todo control que hoy día se corre el serio peligro de que se diluya como la sal en el agua y de que no estemos hablando de Bioética cuando usamos el término porque cuando todo es Bioética nada es Bioética.

¿Qué otra cosa desea cualquier persona que recurre al término de Bioética más que no ser engañado, sino de encontrarse con la auténtica Bioética, la original, la que idearon los fundadores hace cuarenta años?

Creo que las universidades, y en ellas institutos y profesores de Bioética, conocedores de la genuina Bioética y que han tenido contacto directo y profundo con sus fundadores, están llamados a salvar la Bioética del naufragio.

Pero, cabe la pregunta, antes de empezar ¿se da una sola Bioética, auténtica y original?, ¿cuál es?, ¿cómo identificarla y garantizar su unicidad y originalidad?

El procedimiento para ello debe recorrer los siguientes pasos:

- Tratar de identificar a los fundadores y, si es el caso, los institutos o centros que se crearon en torno a la Bioética.
- Tratar de identificar las características esenciales de esta disciplina original.
- Tratar de formular una definición aproximada de lo que debe o suele entenderse por Bioética en sus orígenes.

## **LOS FUNDADORES DE LA BIOÉTICA**

Antes de entrar en materia, y faltando a la modestia, me permito presentar mis credenciales, y dar un breve resumen de mis contactos con los orígenes de la Bioética.

El autor lleva tres décadas de dedicación casi exclusiva a la Bioética. En la primera década del año 1980 a 1990 tuve contacto con los fundadores de la Bioética en sus sitios de trabajo. Así fue como pude visitar al profesor Van Rensselaer Potter en su McArdle Institute for Cancer Research de la Universidad de Wisconsin, en Madison, Wisconsin, USA.

He ido varias veces al Kennedy Institute of Ethics de Georgetown University en Washington, USA, e hice en ella una pasantía de un semestre en 1986. Su primer director, el ginecoobstetra André Hellegers, ya había muerto en esa época, pero consulté detenidamente du-

rante seis meses su excelente biblioteca y tuve largo contacto con los profesores del Instituto que conservan y cultivan su espíritu desde su fundación.

He visitado varias veces, en su sede en las afueras de Nueva York, al profesor Daniel Callahan, fundador y director emérito del Hästings Center on Hudson, de Nueva York, he leído sus escritos y ha sido invitado por mi parte para dictar una conferencia sobre Bioética en nuestro Instituto de Bioética de la Universidad Javeriana de Bogotá. He visitado varias veces al profesor Francesc Abel, fundador y director emérito del Instituto Borja de Bioética, en Sant Cugat del Vallés, pueblito vecino a Barcelona (1976), hoy radica en Barcelona. Francesc Abel, formado en Bioética durante cuatro años, de 1971 a 1975, en el Kennedy Institute of Ethics, bajo la dirección del profesor André Hellegers, tiene el indiscutido mérito de ser el pionero de la Bioética en toda Europa.

En la década de 1990 al año 2000 pude inspirar y colaborar en la fundación de varias instituciones colombianas y latinoamericanas de Bioética: FELAIBE, ANALBE, CENALBE, y de haber visitado casi todos los países de Latinoamérica para identificar a un promotor de la Bioética en cada país y de fundamentar y promover la Bioética en dichos países.

Durante la última década, del año 2000 hasta la fecha, he procurado asistir a congresos internacionales y mundiales de Bioética organizados por la International Association of Bioethics (IAB) y la Sociedad Internacional de Bioética (SIBI) y más de treinta congresos, simposios y jornadas de Bioética dentro y fuera de Colombia.

A finales del año entrante, después de asistir al Congreso Internacional de Bioética, organizado por la

Edinboro University, del Estado de Pennsylvania, y al congreso mundial de Bioética, que organiza la IAB en Singapur, espero retirarme a la edad de 85 años.

Creo que los datos que acabo de presentar me acreditan como conocedor de los orígenes de la Bioética y capacidad para identificar sus características esenciales desde su origen hasta hoy día.

### **LOS FUNDADORES DE LA BIOÉTICA Y CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE ÉSTA**

Siempre he dicho: la Bioética descansa más sobre grandes personalidades que sobre institutos y bibliotecas, lo cual no significa que no descansen sobre éstos. Esto me lleva a identificar cuatro grandes personalidades y cuatro centros o institutos que los respaldan:

1. Ante todo, Van Rensselaer Potter, director del Instituto para el Estudio del Cáncer, de la Universidad de Wisconsin, en la ciudad de Madison, Estado de Wisconsin, USA.

El legado de Potter a la Bioética, se puede condensar en los siguientes puntos:

- La palabra Bioética y la idea de una disciplina nueva, del mismo nombre.
- El diálogo entre dos culturas: la científica (biología) y la ética.
- La preocupación por la extensión de la ética al planeta Tierra.

- La preocupación por el futuro de la humanidad y del planeta Tierra, en grave peligro de extinción.
  - Los grandes valores contenidos en el Credo Bio-ético.
  - El énfasis en la Bioética global, holística, no sólo médica.
  - El carácter científico y profano de la Bioética.
2. En segundo lugar, el profesor André Hellegers, del Instituto Kennedy, de Georgetown University, de Washington. El primer nombre del Instituto fue: The Joseph and Rose Kennedy Institute for the study of the human reproduction and Bioethics. Hellegers fue director de este Instituto desde su fundación, el 1° de julio de 1971 hasta su muerte, ocurrida en el año 1979.

Podemos concretar el legado de Hellegers a la Bioética así:

- La vinculación de la Bioética a una Universidad, con todo el respaldo académico que ello supone y su continuo trabajo de investigación.
  - El trabajo en equipo interdisciplinar.
  - El diálogo entre reflexión ética y problemas actuales de la sociedad.
  - Excelente biblioteca y notables publicaciones: Enciclopedia de Bioética, (tres ediciones) revista, libros, curso anual, entre otros.
3. En tercer lugar podemos mencionar al profesor Daniel Callahan, fundador (1969) y director emérito del Hästings Center on Hudson. Ac-

tualmente (2009) vive y trabaja en el Centro Hästings, así mismo continua escribiendo sobre Bioética, es una de las mayores autoridades mundiales, si no la principal, a juicio del notable moralista norteamericana Richard McCormick, sobre Bioética. El año de 1969 reunió un grupo de amigos, para trabajar en forma estable e interdisciplinar sobre grandes problemas de la humanidad, a la luz de la reflexión ética.

El legado de Callahan a la Bioética, consiste en:

- Crear un diálogo entre la problemática mundial y la ética.
  - Hacer énfasis en el estudio e investigación de la Bioética como disciplina.
  - Poner énfasis en la Bioética médica.
4. En cuarto y último lugar, nos encontramos con Francesc Abel, jesuita ginecoobstetra catalán, obtuvo su doctorado en Medicina, bajo la dirección del profesor André Hellegers del KIE de Washington, lo cual le llevó cuatro años de estudio: de 1971 a 1975. Conoció el Instituto Kennedy en los primeros años de su fundación y funcionamiento. Cuando terminó su doctorado, regresó a Cataluña, España, y radicó en el pueblito Sant Cugat del Vallés, cerca de Barcelona. Allí fundó el Instituto Borja de Bioética, primero en su género en toda Europa. Es sin discusión ni competencia, el pionero de la Bioética en Europa. Hace unos diez años trasladó su Instituto Borja al Hospital San Juan de Dios, en Barce-

lona; allí vive y allí trabaja Abel, rodeado de un equipo interdisciplinar de colaboradores de Bioética, con una excelente biblioteca, revistas, centro de datos, entre otros. Son 35 años de continua labor bioética, personal y grupal, como fundador e impulsor del Instituto Borja de Bioética.

El legado de Abel se puede concretar de la manera siguiente:

- El diálogo entre ética y la problemática actual biotecnológica.
- El carácter neutral del instituto, no obstante su vinculación a un centro confesional católico.
- La libertad académica en el planteamiento y valoración de los problemas.
- Sólida fundamentación de la Bioética como disciplina.
- Ubicación epistemológica de la Bioética en el contexto cultural europeo.

Resumiendo, a partir de estos cuatro grandes hombres y de sus respectivos centros de Bioética, podemos concretar las características esenciales de la Bioética así:

- El diálogo entre dos culturas: la científica, concretada en la biología, y las humanidades, concretada en la ética.
- Su carácter científico y profano.
- La interdisciplinariedad epistemológica.

- El recurso a la razón y a la sensatez, antes que a la autoridad, para valorar éticamente los problemas biotecnológicos actuales.
- Su carácter teórico-práctico: es una disciplina altamente académica al servicio de la supervivencia de la humanidad y del planeta Tierra, por medio de grupos (comisiones, comités, simposios y congresos) interdisciplinarios de toda clase.

Valga la aclaración: buscando consensos entre las diversas características de la Bioética, es posible hablar de una Bioética original, la que encuentra uno cuando visita estos cuatro centros y habla con las personas que allí trabajan, consulta la biblioteca, toma cursos, entre otros. Sin necesidad de explicitarla ni preguntar cómo entienden la Bioética, uno encuentra allí lo que busca: la Bioética.

Desde sus comienzos se han dado diversas tendencias dentro de la misma Bioética, según el objeto: reducido en el KIE y el Hästings, a Bioética médica, amplio y global en Madison, Wisconsin; diverso en la fundamentación, los cuatro principios del KIE, la fundamentación antropológica de la Bioética europea y así por el estilo, variado en el método y forma de tratamiento de los problemas, pero en todos se da el diálogo interdisciplinar entre biología y ética. El elemento esencial que encontramos en los cuatro centros fundacionales y sus directores, es este diálogo profano entre ciencias y ética, que se ocupa de la problemática mundial biotecnológica.

Estudiando y analizando estos cuatro personajes, fundadores de la Bioética, encontramos otras características o circunstancias que sin ser esenciales, ayudan

notoriamente para su identificación y aplicación acertada y eficiente:

- El cambio de paradigmas a partir de los cuales conviene estudiar y aplicar la Bioética. Nos referimos al paradigma evolutivo del universo y del planeta Tierra, incluyendo, por supuesto, al hombre, que debe entenderse como fruto de la evolución y, por lo tanto, como un animal más, éste sí, consciente, analítico y crítico. Nos referimos igualmente al paradigma científico, encuadrado dentro de una epistemología de segundo orden, que supera las divisiones y separaciones entre sujeto y objeto, materia y espíritu, cuerpo y alma, y otros más.
- El ambiente científico en que nació la Bioética, –un laboratorio de cáncer– que hace de ella una disciplina y un estudio profano, no confesional, en el que se recurre a la razón y a la sensatez, no a la autoridad, para la valoración y solución de los problemas.
- El carácter psicológico y social de la Bioética, que se vale de la libertad para el ejercicio de los elementos y problemas que estudia. Dato que la hace ambivalente: una disciplina muy personal y creativa, pero a la vez expuesta a la diversidad de tendencias, de fundamentaciones, que da pie a cierta vaguedad y de dispersión y aun, a cierta oscuridad en sus planteamientos y procesos.
- La Bioética es teórico-práctica. Como teoría, se viene estudiando a fondo en las universidades, tratando de ofrecer cursos de Maestría y Docto-

rado. Sólo así se evita la superficialidad, la vaguedad, el diletantismo.

- Pero no hay que olvidar que la Bioética es “Biología y sabiduría en acción”, según Potter, y que según el *Credo bioético*, del mismo autor, toda verdad debe ir seguida de acción: “creo y resuelvo; acepto y me comprometo”.
- Otro factor que jugó un papel decisivo en la fundación de la Bioética fue el tomar conciencia de los abusos cometidos contra la humanidad y el planeta Tierra, abusos que erosionaron la tierra y maltrataron gravemente a la humanidad. De aquí que el surgimiento de la Bioética se presentara como una solución a los males gravísimos que aquejaban al hombre y a la Tierra.

## ¿DEFINICIÓN DE LA BIOÉTICA?

Conviene advertir: las definiciones suelen ser peli-grosas pero útiles. El peligro suele radicar en definir, como su nombre lo sugiere, y limitar el horizonte de lo que se quiere definir. Peligro que se puede superar si, teniendo en cuenta dicho riesgo, se asumen los datos que contienen la definición como pistas y luces para ampliar sus elementos.

No se trata, pues, de imponer una camisa de fuerza sino de ofrecer una ayuda para concretar sus elementos esenciales, pero tendiendo a completarlos, ampliarlos y dar cabida a posibles desarrollos en el tiempo y el espacio, dar lugar a tendencias, corrientes y formulaciones de la Bioética en su diverso y rico fluir.

Por esto, nos animamos a definirla, siguiendo de cerca la definición que aportó el Programa de Bioética de la OPS en Chile, cuando indicó que:

La Bioética es el uso creativo del diálogo interdisciplinar entre dos culturas, la biológica y la ética, para plantear y, en la medida de lo posible, resolver a la luz de la razón y de la sensatez algunos de los problemas presentados por la biotecnología actual al hombre y a la sociedad contemporáneos, asumiendo, así, la nueva responsabilidad frente a las futuras generaciones y al planeta Tierra (OPS, 1996).

Por Bioética, según sus fundadores, se debe entender siempre un diálogo interdisciplinar entre dos culturas: la científica y la ética. Nos parece que el diálogo es su característica esencial. No hay Bioética donde no hay diálogo interdisciplinario entre ciencia y ética. De estos dos saberes si se da verdadero diálogo entre ellos, se tiene que seguir una nueva disciplina, una nueva episteme o conocimiento racional, no simplemente una opinión.

En tiempo de los fundadores no se podía hablar todavía de una disciplina y menos, de la epistemología o estatuto epistemológico de la Bioética. Hoy ya es un hecho hablar de epistemología y aun de estatuto epistemológico de la Bioética.

Potter, fuera de sugerir la Bioética como una nueva disciplina, la lanzó como un movimiento mundial en pro de la vida: lo cual fue apareciendo con el tiempo, aunque todo esto se encontraba ya implícito y no desarrollado en los ambientes en los que empezaba a figurar.

## ¿CÓMO ENCONTRAR HOY LA BIOÉTICA ORIGINAL?

Partamos de un hecho: hoy día, estos cuatro centros siguen trabajando en Bioética, con fidelidad a un pasado y apertura a un futuro.

Potter murió en el 2001 en Madison, Wisconsin, a la edad de 90 años, y hasta su muerte siguió insistiendo en la Bioética como el diálogo entre dos culturas: biológica y ética. En su último libro, *Global Bioethics*, se esforzó por superar el reduccionismo norteamericano que sólo se ocupaba de la Bioética médica. Es curioso que no haya fundado un centro o instituto de Bioética, que se encargara de perpetuar su pensamiento y su concepción de la Bioética.

El KIE, de Washington, por encima de su reduccionismo de la Bioética a Bioética médica, sigue enfocando la Bioética como el gran instrumento para deliberar éticamente sobre los grandes problemas de la biotecnología moderna a la luz de los grandes principios éticos que ayudan a humanizar la ciencia y cuidar de la humanidad y del planeta. El KIE, como el mejor Instituto de Bioética del mundo, sigue ofreciendo un equipo de profesores que mantiene vivo el espíritu de la Bioética original, a través de cursos anuales, de la revista, de la enciclopedia, de las publicaciones de libros, de la mejor biblioteca de Bioética, entre otros. El KIE es un punto necesario de referencia cuando se habla de Bioética. Allí se forman bioeticistas venidos de todo el mundo y para todo el mundo. Allí hay que ir si se quiere conocer la Bioética original y actual.

Daniel Callahan en el Hästings Center, con su equipo interdisciplinar de trabajo, no se queda corto

ante el KIE. Sigue fiel a sus orígenes, sigue haciendo publicaciones de mucho valor e interés científico.

Por su parte, Francesc Abel sigue orientando al Instituto Borja, produciendo notables publicaciones, ofreciendo cursos, una excelente biblioteca, un notable equipo de investigadores, dentro de una libertad sensata y audaz que lo hace pionero en toda Europa del papel que debe ejercer la Bioética dentro de nuestra sociedad. España es, hoy por hoy, uno de los países del mundo que cuenta con más actividad bioética, congresos, comités, publicaciones, asociaciones. Marcelo Palacio, en Gijón fundó, hace ya diez años, la Sociedad Internacional de Bioética SIBI, que organiza un congreso mundial de Bioética cada dos años.

Por lo anterior, resulta relativamente fácil responder a la pregunta arriba formulada: ¿cómo encontrar la Bioética original hoy día? Recurriendo a estos cuatro centros de Bioética: a sus bibliotecas, a sus publicaciones y al equipo de investigadores.

Los bioeticistas que trabajan actualmente por todo el mundo en Comisiones Nacionales de Bioética y en la enseñanza de la Bioética en las universidades en cursos de posgrado, deben mantener un contacto frecuente y a fondo con estos cuatro centros si quieren alimentar sus actividades y trabajos con el espíritu de la Bioética original.

La Bioética goza de un cierto *sex-appeal* que la hace seductora y atractiva. Pero no todo lo que brilla es oro. Quienes recurren a ella están obligados a observar cierto rigor en el uso de la palabra que corresponda a la realidad. Si se anuncia en una revista o congreso un tema tratado con enfoque o desde una perspectiva bioética, no debe ser sólo un asunto de palabra sino

de hechos. Quien lo anuncia debe estar informado de las características originales de la Bioética y aplicarlas cuando desarrolla el tema. La Bioética está llamada a prestar un servicio cualificado cuando se la entiende y se la usa acertadamente. No es lo mismo un comité de ética que un comité de bioética. El primero busca una valoración ética de un caso o problema, por parte de un grupo que suele ser unidisciplinario, por ejemplo, compuesto sólo por médicos o enfermeras y se puede, en dicho comité, recurrir al argumento de autoridad. Pero su ejercicio no es de Bioética, sino de ética. En cambio, si el comité es de Bioética, debe ser interdisciplinario y actuar como tal, actuando cada cual desde su profesión o enfoque, buscando consensos y valoraciones colectivas.

En resumidas cuentas, sí es posible hablar hoy día de la Bioética original, de identificarla y de usarla adecuada y acertadamente evitando así, que se esfume como la espuma en el agua.

## REFERENCIAS

- Abel, F. (1985), "Bioética: un Nuevo concepto y una nueva responsabilidad" en *Labor Hospitalaria*, 196, pp. 101-111.
- Beauchamp, T. L. y J.F. Childress (1979), *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press, Nueva York.
- Callahan, D. (1973), "Bioethics as a Discipline" en *The Hästings Center Reporte*, p. 1.

- Callahan, D. (1985), "Bioethics" en Reich, W. T. (Dir.) (1985), *Encyclopedia of Bioethics vol. V*, The Free Press MacMillan Publishing Co., Nueva York.
- Engelhardt, H. T. (1985), *The Foundations of Bioethics*, Oxford, Nueva York.
- Fukuyama, F., (2002), *El fin del hombre. Consecuencias de la revolución biotecnológica*, Ediciones B, Barcelona.
- Gracia, D. (1989), *Fundamentos de bioética*. Eudema, Madrid.
- \_\_\_\_\_. (2002), "De la Bioética Clínica a la Bioética Global": en *Acta Bioética*, 1, pp. 27-41.
- Organización Panamericana de Salud (OPS), (1996), *Biodiversidad, Biotecnología y Desarrollo Sostenible en Salud y Agricultura: Conexiones Emergentes*, OPS, Washington D.C.
- Pellegrino, E. D. (2000), "Bioethics at Century's Turn. Can Normative Ethics Be Retrieved?" en *Journal of Medicine and Philosophy* 6, pp. 655-675.
- Potter, V. R. (1970), "Bioethics the Science of Survival" en *Perspectivas in Medicine*, autumn, s.p.
- \_\_\_\_\_. (1971), *Bioethics, Bridge to the Future*, Englewood Cliffs, Prentice Hall, New Jersey.
- \_\_\_\_\_. (1988), *Global Bioethics, Building on the Leopold Legacy*. Michigan State University Press, Michigan.
- \_\_\_\_\_. (1998), "Bioética puente, bioética global y bioética profunda" en *Cuadernos del Programa Regional de Bioética*, 7, pp. 21-37.
- Ramsey, P. (1970), *The patient as Person*. Yale University Press, New Haven.

- Rawls, J., A. (1994), *Theory of Justice*. The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts
- Russo, G. (1994), “L’Idea Originaria di Bioética” en *Itinerarium*, 2 pp. 11-25.
- Simon, J. (2000), “La dignidad del hombre como principio regulador en la Bioética” en *Revista de Derecho y Genoma*

# BIOÉTICA Y ADULTO MAYOR: REFLEXIONES EN EL SIGLO XXI

*Joaquín Ocampo Martínez*

Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina

Facultad de Medicina

UNAM

La problemática *sui generis* que ha constituido el objeto de reflexión de la Bioética apareció –como es de suponer–, antes de que el propio vocablo fuera acuñado por Potter y Hellegers, al finalizar la década de los años sesenta del siglo pasado (Khuse y Singer, 2001).

Una humanidad afectada por dos guerras mundiales fue tomando consciencia, a lo largo del siglo xx, de nuevos problemas éticos surgidos del ecocidio y de la expoliación de la biósfera, del inédito desarrollo de la ciencia y de la tecnología –particularmente en el terreno biomédico–, de la crisis de la relación médico-paciente y ética médica tradicionales, entre muchos otros, y de viejos problemas éticos tan antiguos como la humanidad misma, como la violación a derechos humanos fundamentales, individuales y colectivos, en el marco de una pluralidad social.

Desde sus orígenes, la sociedad humana ha sido plural por razones geográficas, histórico-políticas, culturales y de diversa naturaleza, sólo que fue hasta el siglo xx que paulatinamente se tomó consciencia de ello, como fuente de injusticia social, guerras, abusos

del poder económico y político, conflictos religiosos y particularmente de situaciones que afectan de manera directa o indirecta a grupos muy vulnerables en el ámbito de la atención a la salud y en otros. Es en este contexto cuando surge la preocupación y el interés –a través de la Bioética–, por recuperar el vínculo perdido entre las ciencias y las humanidades, con respecto a los ecosistemas y a la búsqueda de formas de convivencia efectiva entre seres humanos desiguales y diferentes, en donde nuevos problemas en el campo de las profesiones de la atención a la salud, cobran una especial importancia.

Si bien el estatuto epistemológico de la Bioética aún está a discusión, (Saada, 2005), es indudable que desde los tiempos en que se generó el vocablo hasta el momento actual, la Bioética ha sido –en lo general–, un quehacer filosófico y por tanto analítico, argumentativo, dialógico y crítico, es decir, una reflexión ética sobre las múltiples implicaciones –biológicas, sociales, políticas, médicas, económicas, morales, legales, etc.– de las relaciones del hombre con el fenómeno de la vida en general y con el de la vida humana en particular (Ocampo, 2005), inserta en la dinámica de un quehacer académico multidisciplinario en principio, y aún interdisciplinario, desde algunas perspectivas.

En cierta medida, la Bioética es una especie de conciencia crítica que busca correcciones y cambios sustanciales en las maneras en que el ser humano se relaciona con la biósfera y con los demás seres humanos (Zorrilla, 2001). Sin embargo, la Bioética, al igual que la Ética o Filosofía moral, no señala, en principio, cuáles son las decisiones o conductas morales que se deben asumir, su objetivo es proporcionar argumentos

y fundamentos sobre diferentes orientaciones a seguir, de las cuales ninguna es absoluta como con frecuencia se pretende, de tal manera que cada individuo en su condición de sujeto moral autónomo, pueda actuar en consecuencia de acuerdo a su *éthos*.

Esto no podría ser de otra forma, aceptando la complejidad en la que hoy se debate la sociedad plural, en su búsqueda por encontrar nuevos caminos que permitan una convivencia pacífica entre seres humanos y grupos humanos diferentes entre sí, pero con ciertos derechos y obligaciones en común, en aras de superar de alguna forma, el relativismo moral y ético del presente.

Es con esa orientación que la Bioética debe tener como uno de sus principales objetos de reflexión a grupos humanos altamente vulnerables. Si por vulnerabilidad se entiende, la susceptibilidad al daño, todos los hombres y mujeres –sin excepción–, somos tan vulnerables como los demás seres vivos. Con respecto al concepto de vulnerabilidad se ha mencionado en algunos espacios sobre investigación médica que es:

La incapacidad sustancial de proteger sus propios intereses debido a impedimentos tales como la falta de capacidad para dar un consentimiento informado, la falta de medios alternativos para obtener atención médica u otras necesidades costosas, o el ser un miembro auxiliar o subordinado de un grupo jerárquico (Arboleda, 1999: 84).

No se puede soslayar el hecho de que el ser humano es doblemente vulnerable, porque a su vulnerabilidad biológica se suma la social. Esta doble vulnerabilidad se acentúa en algunos momentos de la vida

del sujeto, como en la enfermedad y el embarazo, o de manera permanente como en los estratos sociales económicamente más depauperados, o bien en ciertos grupos etarios como los niños y los adultos mayores.

Este capítulo tiene como objetivo presentar algunas reflexiones bioéticas en torno a la condición de los adultos mayores en nuestro medio, considerando algunos elementos del discurso bioético, desarrollado en la segunda mitad del siglo XX, tratando de enriquecerlo con los de otros momentos históricos y también con algunos aspectos sobre los que no se ha enfocado la atención de manera suficiente –pese a su importancia–, y que se deben incorporar a la reflexión y a la conducta que sobre el caso, cada quien asuma finalmente.

### **ALGUNAS PERCEPCIONES SOBRE LA VEJEZ**

En el transcurso de los siglos, se han expresado diversas formas de percibir la vejez del ser humano, reflejadas en la poesía y la filosofía. En la primera –aunque con un profundo sentido humano–, no es infrecuente adoptar una actitud doliente y poco edificante, como en el siguiente ejemplo:

En qué piensan los viejos,/con qué voces silencian la penumbra /que la noche ya extiende en sus recuerdos/ Con qué mirada iluminan el desierto/de los días con su fiel incertidumbre /y lo que tal vez fue y lo que ya no será./Las solitarias sábanas dibujan /la ausencia de qué lejanos brazos,/y en la calle, en el parque, entre la gente,/qué antiguas sombras los acechan/en cada grieta de la acera, en cada rostro,/en cada paso

que extraen de su cansancio/Un nuevo amanecer y a los suspende,/y repiten sin prisa y sin asombro,/los gestos de su lenta espera (Pulido: s.a: s.p).

En el ámbito filosófico existe todo un acervo sobre el tema, dentro de una amplia gama de reflexiones, producto del ejercicio de la racionalidad, como en el pensamiento de Cicerón y Séneca en la Antigüedad latina. A propósito del tono lastimero de muchas poesías sobre los adultos mayores, procede citar a Marco Tulio Cicerón (s. I a. C.), quien afirma que son las costumbres de las personas durante su juventud y no la edad avanzada, las culpables de tantas lamentaciones en la vida (Cicerón, 1943).

Lucio Anneo Séneca (4-65 d. C) hace un elogio de la vejez en sus conocidas *Cartas a Lucilio*, su amigo, en donde dice que por vejez se debe entender un debilitamiento del cuerpo, pero no su agotamiento y disolución; que no es una desgracia que lo destinado a concluir, vaya extinguiéndose por grados puesto que es más natural y más dulce el camino que extrae al hombre lentamente de la vida (Séneca, 1975).

## LOS MITOS EN TORNO A LOS ADULTOS MAYORES

Los mitos han jugado un papel muy importante en la historia de la humanidad y en la vida cultural de los pueblos, dándoles identidad y cohesión, a través de su difusión en la comunidad y de la educación de las generaciones jóvenes. Los mitos no son precisamente descripciones de la realidad, constituyen un conjunto de ideas sobre las experiencias de los seres humanos

en su relación con el mundo (Jamme, 1999), por lo tanto carecen de objetividad en muchos aspectos, a partir de la hipótesis de que en la génesis del mito, el componente afectivo y emocional predomina sobre el racional.

A propósito de mitos sobre la condición de adulto mayor, el propio Cicerón critica algunos de los que existían en su tiempo -aunque no los designa como tales- y que actualmente perviven: la vejez es mísera porque aparta al individuo de toda actividad convirtiéndolo en un inútil; hace al cuerpo endeble, sin fuerza física; priva al individuo de los placeres y es una especie de antesala de la muerte (Cicerón, 1943).

En efecto, los mitos no son cosa del pasado, prueba de ello es que en el mundo contemporáneo, por ejemplo, la condición de adulto mayor, a nivel familiar y social, está rodeada de ellos, por lo que ésta debe abordarse desde enfoques que permitan una visión objetiva, integral y humanística –no sólo humanitarista–, de un período de la vida que es trascendental para todos los seres humanos. A continuación se abordan algunos de estos mitos en torno a los adultos mayores:

*LA VIDA DEL SER HUMANO SE DIVIDE EN TRES EDADES,  
LA TERCERA (ADULTO MAYOR) INICIA A LOS SESENTA  
AÑOS*

Cuál es el criterio para afirmarlo, por qué ser tan rígido en algo tan relativo, por qué no señalar que son 5 o 7 etapas. Shakespeare en su comedia *Como gustéis*, por ejemplo, habla de las siete edades del hombre (Shakespeare, 1980). Por otro lado, por qué no establecer que

el estado de adulto mayor comienza más o menos a los 70, 75 u 80 años de edad.

En el terreno de las ciencias antropológicas, Scammon señaló en 1930 que la etapa posnatal de la vida humana se divide en seis subetapas: infancia, niñez, pubertad, adolescencia, madurez y senilidad (Comas, 1986). En Latinoamérica, San Martín, en función de los cambios morfológicos que se observan en el cuerpo humano, habla de la madurez temprana (18-45 años); madurez avanzada (46-55 años); senectud (56-75 años) y senilidad (< 75 años) (San Martín, 1968). Las clasificaciones son necesarias para el estudio de un determinado objeto de estudio, con el fin de establecer generalizaciones o características comunes a un universo de objetos, sin embargo, en el terreno de lo humano, hay que guardar cautela a la hora de querer extrapolar rígidamente cualquier generalización.

Estas consideraciones no son gratuitas. En la experiencia médica profesional y en otras situaciones, no son pocos los sujetos ni sus familias quienes esperan, con cierta angustia, el arribo a la *tercera edad* cuando próximamente cumplan los sesenta años. No es infrecuente observar cómo la familia del adulto mayor comienza en muchos casos, a sobreprotegerlo, a minusvaluarlo y a mutilar su autosuficiencia, sólo por haber cumplido sesenta años. La crisis existencial y las consecuencias psíquicas y aún somáticas de la angustia de *llegar a viejo* sólo por tener esa edad, son obvias, en un momento en el que una buena parte de hombres y mujeres aún se encuentra en uso de sus facultades mentales y en plena productividad.

*ES VERGONZANTE Y LAMENTABLE LLEGAR A VIEJO*

Por lo que hay que dirigirse a los adultos mayores, con ciertos eufemismos como *adulto en plenitud*, como si todos ellos se encontraran en ese estado. Para muchos adultos mayores el apelativo resulta irónico y ofensivo. El uso de tales eufemismos provoca frecuentemente un efecto completamente adverso al de su supuesta justificación. Los eufemismos expresados en torno a la última etapa de la vida humana, sólo encubren hechos normales y naturales que podemos comprender y aceptar a través de una política educativa que el Estado debe instrumentar hacia la población en general y hacia los propios adultos mayores.

Algo distinto ocurre con la denominación de adulto mayor, la cual no es precisamente un eufemismo, en tanto que sirve para diferenciar a aquél del adulto joven.

*ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ SON SINÓNIMOS  
DE ENFERMEDAD*

Este es uno de los mitos más antiguos y difundidos. Así como en la adolescencia el organismo humano presenta modificaciones anatomofisiológicas producto del desarrollo del sujeto, el adulto mayor en un tiempo indeterminado manifiesta cambios somáticos y psíquicos producto de su involución. Los llamados *achaque*s, del adulto mayor -que no sólo son corporales-, pueden confundirse con los signos y síntomas de una enfermedad y tratarse como tales con las consecuencias que ello implica. Ello ha conducido, lamentable-

mente, al fenómeno denominado *medicalización del adulto mayor*: “Al medicalizar el problema no se hace más que 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” (Lolas, 2001: 67).

Un dolor articular o la presencia de palpitaciones ocasionales no necesariamente es sinónimo de enfermedad osteoarticular o cardiovascular, o bien un estado de depresión en un momento dado, no equivale a una depresión patológica que requiera de antidepresivos, por lo que tanto pacientes como médicos deben ser cautos al respecto. Si bien, los adultos mayores entran en algún momento de su vida a una etapa de alta vulnerabilidad permanente, esto no implica que estén enfermos por atención.

*HAY QUE ASUMIR UNA ACTITUD PATERNALISTA Y  
COMPASIVA CON TODOS LOS ADULTOS MAYORES,  
DADA SU VULNERABILIDAD*

Esta es una afirmación muy temeraria que requiere análisis por las implicaciones que tiene para la vida misma del adulto mayor. No todos viven su vejez de la misma manera ni dan a ella el mismo significado, lo cual exige también cautela en el trato hacia ellos. “No es igual cómo enfrenta la vida, y por supuesto la vejez, un extravertido y un introvertido; o un reflexivo y un intuitivo” (Agar, 2001: 40).

Mientras que para algunos la vejez es un estado de soledad que los conduce a buscar refugio en prácticas religiosas, para otros es la oportunidad de llevar

a cabo múltiples actividades gratificantes que no les fue posible realizar, por diversos motivos, durante la juventud o la madurez. Para otros es la posibilidad de convivir ampliamente con la pareja, los hijos y nietos pues por las responsabilidades laborales, quizá, no pudieron hacerlo antes, por sólo mencionar algunos ejemplos.

El envejecimiento es un proceso individual y personal. Así como no hay dos individuos iguales, tampoco hay dos envejecimientos iguales. El proceso de envejecimiento de cada ser humano, es una concatenación de eventos que dependen de su bagaje genético, estado de salud, visión del mundo –cosmovisión-, valores personales, estilo de vida, red de relaciones sociales y expectativas. (Ocampo, 2006). Esto que parece tan obvio, pasa desapercibido con frecuencia para la mayoría de la gente, aun por los propios adultos mayores y sus familiares, independientemente de su nivel de escolaridad.

No hay duda de que el bagaje genético determina la longevidad de cada sujeto, la aparición de enfermedades crónico-degenerativas y de otras mortales de necesidad y aun cierta clase de comportamientos, *formas de ser* y habilidades corporales o mentales que pueden mejorarse a través de la educación y la práctica. No es reciente la afirmación de que la herencia genética es determinante, mientras que el entorno físico y el ambiente social y cultural son condicionantes.

La visión del mundo –cosmovisión- que posee cada ser humano en un momento dado de su vida, como en el de adulto mayor, es un sistema complejo producto de un sinfín de elementos que derivan de la propia personalidad; la noción de sí mismo; la historia de vida; la manera como ha satisfecho y satisface sus

necesidades materiales y psíquicas; los éxitos y fracasos personales; la asimilación de las costumbres y características de la sociedad donde ha nacido y se ha desarrollado y en donde se incluyen, obviamente, las tradiciones propias de la cultura de pertenencia, y valores de todo tipo, no solamente los de carácter moral, que subyacen en esa cosmovisión y le dan sentido. En suma, dicha cosmovisión particular se integra de lo que ha aprendido el individuo, a través de su proceso de socialización, y de lo que ha internalizado mediante sus reflexiones y experiencias.

Por otra parte, el estilo de vida (forma de vivir) de cada sujeto, está indisolublemente ligado a su cosmovisión, por ello y en gran medida, es la expresión concreta y visible de esa cosmovisión. De ahí que resulte tan difícil para un adulto mayor, por ejemplo, cambiar su estilo de vida, por motivos laborales, familiares o de salud, porque en ello le va su propia estabilidad y su razón de ser y estar en el mundo.

Aquí se habla de estilo de vida, concepto estrechamente vinculado al de calidad de vida, en virtud de que esta última corresponde a un conjunto de condiciones que contribuyen a hacerle valiosa y agradable la vida a un sujeto, desde su propia cosmovisión, aunque la calidad de vida de alguien se puede también juzgar y determinar desde cosmovisiones ajenas a las del propio sujeto. No es infrecuente, para los profesionales de la atención a la salud, enfrentar el dilema de elegir entre dos tipos de calidad de vida para el paciente, sobre todo cuando estas nociones no sólo son diferentes sino opuestas entre sí, es decir, entre lo que creen que es bueno para el adulto mayor, y lo que él considera que es bueno para sí mismo.

A su vez, el estilo de vida de cada individuo incluye también la calidad y amplitud de su red de relaciones sociales comenzando por las que establece con su familia, compañeros de trabajo, vecinos y amigos cercanos, lo cual contribuye a la determinación de sus expectativas personales. Es evidente que mientras más amplia es la red de relaciones sociales de un adulto mayor, mejores son sus expectativas de salud psicosocial y sus posibilidades de plantearse metas de diferente magnitud a corto y mediano plazo, pues es bien conocido que un individuo que carece de metas, por mínimas que estas sean, pierde paulatinamente su interés por la vida en detrimento de su salud mental.

Renglón especial amerita el esquema de valores morales que han servido de marco referencial y guía de acción, a todo lo largo de su existencia a un adulto mayor. Todo ser humano requiere de un marco de valores morales religiosos –o no religiosos–, que den sustento a su conducta moral para con los demás. Un marco de valores morales que se puede o no modificar en el tiempo, a partir de las frustraciones y logros del sujeto moral, y de su firmeza de convicciones sobre obligaciones y derechos. Es el desconocimiento de este marco de valores morales, lo que en ocasiones, propicia que los profesionales de la atención a la salud incurran en violaciones a la autonomía de los adultos mayores que acuden en busca de apoyo profesional, o en franco perjuicio de los mismos.

En la dinámica de la relación médico-paciente confluyen tres morales: la que profesa el médico como individuo, la que debe observar como profesional –*ética profesional*–, y desde luego, la moral del paciente. Es de esperarse, por razones obvias, que en muchos casos,

dichas morales no coincidan. Por ejemplo, la *ética médica tradicional*, está formulada en tales términos, que el médico es el sujeto activo en la relación y el paciente un sujeto pasivo a quien se ha privado la posibilidad de dar sus puntos de vista, sobre el problema que le aqueja y sobre las acciones emprendidas por el médico.

Esta rigidez de roles en la relación, propicia que un paciente con alta autoestima; consciente de que los médicos también se equivocan y de que es su salud y su cuerpo lo que está de por medio, demande al médico mayor información sobre su caso, acciones justas y correctas y eficiencia profesional. Es evidente que las posibilidades de bienestar del paciente, serán más factibles en la medida en que en las recomendaciones y esquemas terapéuticos y en la relación misma con los médicos y los servicios de salud, se tomen en cuenta los valores morales del paciente y su propia idea del bienestar.

Así pues, no todos los adultos mayores deben ser percibidos ni tratados de la misma manera ni por sus familiares ni por los médicos que los asisten. El hecho de pertenecer a un grupo considerado como altamente vulnerable no confiere automáticamente a cada uno de sus miembros un estado de incompetencia para tomar decisiones sobre los diversos aspectos de su vida (Arboleda, 1999).

En el campo de la atención a la salud, la naturaleza de la relación médico-paciente se debe dinamizar entre dos paradigmas de comportamiento ético: un paternalismo absoluto del médico, y un respeto irrestricto a la autonomía y competencia del paciente. En algunos casos se justifican las actitudes paternalistas haia los adultos mayores pero en otros, éstas se vuelven más inmorales, en la medida en que los médicos

carecen del cuidado para identificar a un sujeto autónomo y competente que está en condiciones de asumir una relación horizontal y un rol más activo.

*LOS ADULTOS MAYORES, POR SU PROPIA CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD, SÓLO TIENEN DERECHOS PERO NO OBLIGACIONES.*

Este es un mito que pasa por alto que una buena parte de adultos mayores está en pleno uso de sus facultades mentales y por tanto, son agentes o sujetos morales que pertenecen a una comunidad moral particular, en donde se comparten ciertas ideas sobre el bien supremo que se debe perseguir y las normas, principios y actitudes morales para lograrlo. En este sentido, se trata de seres autónomos capaces de generar un proyecto de vida personal de acuerdo a su contexto particular e independiente de su expectativa de vida.

Un adulto mayor tiene los derechos de cualquier ser humano y además otros derechos especiales, en su condición de individuo altamente vulnerable, sobre todo cuando su situación particular es semejante prácticamente a la de un niño. “En contraposición con los niños, los ancianos, habiendo ganado total competencia al entrar en la edad adulta, pueden volverse incompetentes y vulnerables y nunca recuperar nuevamente su nivel de competencia anterior” (Arboleda, 1999: 85).

Desde esta perspectiva, los adultos mayores gozan de *derechos perfectos* como el de ser alimentados por sus familiares, para quienes esto constituye un deber cuando el adulto mayor se encuentra imposibilitado para hacerlo por cuenta propia, y también tienen

*derechos imperfectos*, como el de recibir el afecto de los demás, aunque no haya una obligación correlativa para éstos.

Por otra parte, no olvidemos que son hombres y mujeres con responsabilidades, puesto que mientras sean sujetos morales, poseen autonomía y una consciencia moral, adquirida a través de su proceso de socialización, de su experiencia personal y de sus propias reflexiones morales. Es de los adultos mayores de quienes, tradicionalmente, la sociedad ha esperado ciertas actitudes y enseñanzas hacia las nuevas generaciones. Como prueba de ello, se encuentran las sociedades prehispánicas en donde los ancianos daban consejos a los jóvenes. Algunos textos en prosa de la cultura náhuatl dan cuenta de esa responsabilidad:

Óyeme por favor, hijo mío, varoncito mío estas mis palabras; guárdalas en lo más íntimo de tu corazón, escribelas allí. Palabras son y sentencias que nos dejaron nuestros mayores, los viejos y viejas que antes de nosotros, vivieron y vieron, admiraron y consideraron las cosas de esta vida humana. Es lo que nos transmiten los *Discursos de los ancianos*, tradición y tesoro y reserva de su saber (Garibay, 1970: 123).

Los adultos mayores, como sujetos morales, tienen la obligación de transmitir a las generaciones jóvenes, por lo menos en sus familias, todo género de experiencias vividas a lo largo de su existencia. No sólo sus logros, sino también sus fracasos y errores. Todo ello constituye un material invaluable de análisis y reflexión del que pueden surgir múltiples aprendizajes para niños y jóvenes. Si bien la experiencia personal es intransferible, no lo es la posibilidad de pensar

y de adelantarse a situaciones difíciles que se pueden prever, considerando que las relaciones humanas son difíciles, en un mundo en donde hay múltiples intereses enfrentados.

En ese sentido, una obligación para con los jóvenes es, la de propiciar que tomen consciencia sobre la importancia de prepararse para su propia vejez, a fin de no convertirse en una carga onerosa para sus descendientes, quienes tendrán que cumplir con sus respectivos deberes hacia sus hijos y cónyuges. Se ha señalado que no puede haber una obligación explícita de los hijos hacia sus padres, porque no hubo la intención por parte de aquéllos, de establecer un vínculo. Los hijos carecen en su momento de la posibilidad de oponerse a su nacimiento. De esa manera, establecer un contrato como fundamento de obligación, carece de sentido (Lolas, 2001).

Otra de las obligaciones de los adultos mayores, como sujetos morales, es la de ser ejemplo de prudencia, justicia, tolerancia y respeto, para las generaciones jóvenes y de propiciar en ellas el ejercicio de la reflexión, en todos los actos de su vida, así como de inculcarles la conveniencia de una vida sana en lo físico y en lo psíquico, asumiendo que la vida humana es corta; que no es inteligente desperdiciarla en banalidades; que hay mucho qué hacer por la solidaridad con otros y que, como reflexionó un eticista latinoamericano, en un texto que algunos pudieran calificar de moralista, y que procede en un discurso bioético que pretende ir más allá de aceptar que los adultos mayores sólo tienen derechos y no obligaciones, comenzando por, la de haber vivido sanamente, de una manera productiva y apartada de vicios:

Cada hora, cada minuto debe ser sabiamente aprovechado en el trabajo [...] Vivir con intensidad no significa extenuarse en el sacrificio ni refinarse en la disipación, sino realizar un equilibrio entre el empleo útil de todas las aptitudes y la satisfacción deleitosa de todas las inclinaciones [...] Cada hora es digna de ser vivida con plenitud; cada día el hombre debería preguntarse si ha ensanchado su experiencia, perfeccionando sus costumbres, satisfecho sus inclinaciones, servido sus ideales. Estacionarse mientras todo anda, equivale a desandar el camino [...] Toda actividad debe tener un propósito consciente; no hacer nada sin saber para qué, ni empezar obra alguna sin estar decidido a concluirla. Sólo llega a puerto el navegante que tan seguro está de su brújula como de su vela (Ingenieros, s.f: 31).

*LOS ADULTOS MAYORES SON UNA CARGA PARA EL  
ESTADO AL DEJAR DE PERTENECER AL SECTOR  
PRODUCTIVO, POR LO QUE HAY QUE MINIMIZAR EL  
PRESUPUESTO DESTINADO A SUS PENSIONES  
Y JUBILACIONES.*

En Latinoamérica la expectativa de vida a partir de los 60 años de edad, es de alrededor de 20 años, principalmente por una disminución en la mortalidad infantil. La problemática del envejecimiento en estos países se debe más al incremento en el número absoluto de individuos en ese grupo de edad que a la prolongación de los años de vida del adulto mayor (Agar, 2001).

En los llamados países “en vías de desarrollo” y en donde hay altos índices de pobreza, la población adulta mayor está en condiciones de pobreza más gra-

ve que la población en su conjunto, lo cual se traduce en una disminución real del poder adquisitivo de bienes para la atención a la salud, en términos de prevención, diagnóstico temprano y de tratamiento oportuno y rehabilitación para quienes lo requieren.

Se ha hecho mención, en párrafos anteriores, acerca de la obligación que todo ser humano tiene de vivir sanamente y de garantizar para sí mismo, las mejores condiciones para su envejecimiento. Sin embargo esto no es factible del todo, particularmente en los casos de individuos que desde su nacimiento se han desarrollado y vivido en medio de severas carencias producto del azar social, puesto que así como nadie puede elegir su bagaje genético, tampoco puede elegir su nivel socio-económico ni su cultura.

Esta verdad incuestionable debe dirigir la atención de la sociedad hacia las responsabilidades del Estado, como árbitro y entidad reguladora de conflictos de interés entre los diversos grupos sociales, contralor de la distribución equitativa de la riqueza, sin perder de vista sus obligaciones con los grupos especialmente vulnerables –puesto que no se puede dar trato igual a los desiguales–, y sobre su papel en la generación y aplicación de políticas coherentes con la realidad económica y socio-política del país. Se trata de que todos y cada uno de los grupos sociales cedan un poco de lo que compete a su interés particular, en aras del bienestar colectivo no solamente en lo económico sino en otros órdenes de actividad.

Los adultos mayores en los países en “vías de desarrollo” comienzan a tomar una consciencia cada vez mayor acerca de su precariedad económica; grados de vulnerabilidad; ausencia de espacios y progra-

mas de apoyo para la realización de actividades necesarias para gozar de una salud integral, pero también sobre la necesidad de un diálogo intergeneracional. Así como ocurre en México con el grupo de adultos mayores autodenominado “Revolución blanca”, surgido ante la ausencia de solidaridad de otros grupos etarios y la pérdida de la confianza en las promesas de justicia social por parte del Estado.

El anuncio en 2007, por el Gobierno de México, de la creación de un sistema de pensiones y jubilaciones para un amplio sector de trabajadores al servicio del Estado y que finalmente resultó en perjuicio de muchos adultos mayores actuales y futuros, no ha hecho más que incrementar la incertidumbre y la frustración ante la falta de compromiso del Estado en el cumplimiento de sus funciones en pro de la equidad y de un reparto justo de la riqueza. Ya se ha mencionado en el discurso bioético de inicios del siglo XXI que:

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 [...] (Por otra parte) 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 (Lolas, 2001: 69).

El Estado debe generar un sistema de atención a los adultos mayores que proporcione espacios y opciones que coadyuven a su salud psicosocial, e incrementalmente de forma gradual las pensiones y jubilaciones,

así como la dotación indiscriminada de bienes para la atención a la salud, a quienes pierdan paulatinamente su condición de sujetos morales, independientemente de su edad cronológica.

Como corolario al presente texto, se hace referencia al concepto de *edad social*, para puntualizar el papel preponderante que tienen la sociedad y el Estado en la sobrevivencia y calidad de vida de un adulto mayor:

son las condiciones propias de cada sociedad las que determinan, en último término, cuántos años y con qué calidad va a vivir una persona mayor [...] existe una relación entre la edad cronológica de los individuos y las funciones que se asignan a los miembros de una comunidad dada, resultante de un sistema de racionalización del tiempo biológico, adaptado a los distintos roles que los individuos deberían ir cumpliendo en sus etapas de la vida como parte de ese conjunto social (Morales, 2001, 78).

## REFERENCIAS

- Agar, C.L. (2001), "Transición demográfica y envejecimiento en América Latina y el Caribe: Hechos y reflexiones sociobioéticas. OPS/OMS" en *Acta Bioethica*, vol. VII. núm. 1, pp. 27-41.
- Arboleda, F.J. (1999). *La investigación en sujetos humanos: poblaciones vulnerables. Programa Regional de Bioética*, OPS/OMS. Santiago de Chile.
- Cicerón, M.T. (1943), *Diálogo de la vejez*, Sopena, Buenos Aires.

- Comas, J. (1986), *Manual de Antropología física*, UNAM, México.
- Garibay Kintana, A. M. (1970), *La literatura de los aztecas*, Joaquín Mortiz, México.
- Ingenieros, J. (s. f), *Las fuerzas morales*, Época, México.
- Jamme, C. (1999), *Introducción a la filosofía del mito*. Paidós, México.
- Khuse, H. y P. Singer. (2001), *What is Bioethics? A historical Introduction*. Blackwell Publishers. USA.
- Lolas, S.F. (2001), “Las dimensiones bioéticas de la vejez. OPS/OMS” en *Acta Bioethica*, vol. VII. núm. 1, pp. 57-70.
- Morales, C.M. (2001), “Los adultos mayores chilenos en el siglo XXI. OPS/OMS” en *Acta Bioethica*. vol. VII, núm. 1, p. 78.
- Ocampo M.J. (2005), “Consideraciones bioéticas sobre la investigación médica en seres humanos” Tesis para obtener el doctorado. UNAM, México.
- \_\_\_\_\_. (2006), *Reflexiones sobre la vejez del ser humano*. Texto inédito, México.
- Pulido, B. (s.f.), “Los Viejos” s.e., s.l.
- Saada, A. (2005), *El Estatuto Epistemológico de la Bioética*, UNAM, México.
- San Martín, H. (1968), *Salud y enfermedad*, Edit. La Prensa Médica Mexicana, México.
- Séneca, L.A. (1975), *Cartas a Lucilio*, Porrúa, México.
- Shakespeare, W. (1980), *Comedias*, Cumbre, México.
- Zorrilla, F.S. (2001), “El envejecimiento en el campo interdisciplinario de la Bioética. 2001. OPS/OMS” en *Acta Bioethica*, vol. VII. núm. 1, pp. 5-8.



# LA EUTANASIA Y EL DERECHO A UNA MUERTE DIGNA

*Octavio Márquez Mendoza*

*Marcela Veytia López*

*Rosalinda Guadarrama Guadarrama*

Profesores-investigadores del

Centro de Investigación en Ciencias Médicas (CICMED)

UAEM

El acto de matar, dejar morir o ayudar a morir a un integrante de la especie humana por su bien o interés se ha denominado eutanasia (Plats, 1997). Se trata de un acto piadoso por naturaleza, encaminado a aliviar el sufrimiento intenso de un ser humano próximo a morir o en condiciones de salud tales que afectan de modo severo e irreversible su calidad de vida.

El tema ha dado lugar a múltiples controversias, desde el hecho de qué se debe entender propiamente por eutanasia, pasando por las implicaciones éticas del problema, hasta la conveniencia de su legalización. Filósofos, médicos, abogados, religiosos, psicólogos, humanistas y muchos más han reflexionado sobre esta cuestión sin que, hasta ahora, se haya llegado a una conclusión contundente sobre la moralidad o aceptación de dicho acto, por la sensación de impotencia y malestar que deja hablar de un tema tan complicado como la muerte.

La muerte está a la orden del día. Entra en nuestras casas, de forma inevitable, a través de los medios de comunicación social. Tanto en la información televi-

siva como en los periódicos, junto a noticias de carácter político, ocupan la primera página las notas relacionadas con masacres, atentados terroristas u homicidios.

Pocas noticias estimulan la actitud de un sano optimismo ante el futuro del hombre. Surge entonces la interrogante de si el progreso biológico de la humanización tiene su continuación histórica en un proceso de humanización progresivo e irreversible. La apariencia de la realidad parece responder de antemano negativamente: al progreso técnico no parece acompañarle un progreso moral.

Si bien es cierto que nunca se han defendido como hoy, con tanto ahínco, los derechos humanos, también notamos cómo esta defensa comienza a quebrarse precisamente en el más esencial: el derecho a la vida. Mientras que en nuestras sociedades, todas las formas posibles de violencia se desarrollan de forma alarmante. El derecho de los más débiles a la vida -ancianos y niños- incluso en el plano legal se va resquebrajando. La encíclica "*Evangelium Vitae*" (Juan Pablo II, 2004) habla incluso de que en el siglo XX estamos asistiendo a *amenazas programadas de manera científica y sistemática* contra la vida, amenazas que suponen una verdadera "conjura". Esta denuncia afecta, sobre todo, a una realidad crucial; la eutanasia.

Así pues, la eutanasia es una de las caras de la realidad en relación a la muerte: el conocido bombardeo de atentados contra la vida. Frente a esto y paradójicamente, el hombre occidental no está siendo educado para acoger e integrar su propia muerte y la de los suyos como parte de la vida. Este es un tema que preocupa de forma creciente en nuestros tipos de sociedad hasta el punto que se ha desarrollado

una ciencia especializada en el estudio de la muerte: la tanatología.

Los análisis sociológicos nos revelan que un elemento característico de la cultura actual es el disimulo ante la muerte. La muerte es el nuevo tabú. En algunos hospitales es ocultada como si se tratase de algo que no existe, que es incorrecto o indecoroso, los velatorios suelen estar en sitios ocultos, el duelo de la familia apenas se hace explícito, las manifestaciones de dolor, son consideradas de mal gusto.

Las controversias acerca de la ética de la eutanasia se originan desde la civilización greco-romana. Goldim (1997) expresa que Platón, Sócrates y Epicuro defendían la idea que el sufrimiento resultante de una enfermedad dolorosa justificaba el suicidio. Aristóteles, Pitágoras e Hipócrates, al contrario, lo condenaban con base en el juramento de Hipócrates, principal pilar de sustentación de la dignidad de la profesión médica. La escuela hipocrática se pronunciaba contra lo que hoy se denomina eutanasia o suicidio asistido.

Estas discusiones no sólo existieron en Grecia; Cleopatra VII (69 a. C. – 30 a. C.) creó en Egipto una “Academia” para estudiar formas de muerte menos dolorosas. El tema prosiguió a lo largo de la Historia de la Humanidad con la participación de Lutero, Thomas Moro –*Utopía*–, David Hume –*El suicidio*–, Karl Marx –*Medical Euthanasia*– y Schopenhauer, entre otros. Hasta los días de hoy, el término sigue constituyendo un motivo serio de la sociedad (Keown y Matos, 2004).

Subsecuentemente el tema volvió a ser foco de atención en los años que precedieron a la Segunda Guerra Mundial, basado en las teorías del jurista

alemán Binding y del psiquiatra de origen germánico Hoche, quienes se tornaron en profetas de la eutanasia, esto es, la eliminación de la vida por razones médicas, y en este caso fundamentalmente ligadas a la purificación de la raza.

En el medio científico han sido establecidas directrices que normalicen conductas mediante un consenso para permitir un abordaje lúcido y racional de mencionado problema, infelizmente aún sin solución (Beauchamp, 1999).

En la actualidad el debate continúa, y la controversia ha llegado a escala mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la eutanasia como aquella acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente (OMS, 2002) Esta definición resalta la intención del acto médico, es decir, el querer provocar voluntariamente la muerte del otro. La eutanasia se puede realizar por acción directa: proporcionando una inyección letal al enfermo, o por acción indirecta: no proporcionando el soporte básico para la supervivencia del mismo. En ambos casos, la finalidad es la misma: acabar con una vida enferma.

Sernet, Smith y Durán (1993) plantean que los grupos que se oponen al aborto son generalmente los que se oponen también a la eutanasia, entre ellos se encuentran: los grupos religiosos conservadores, quienes se oponen a la libertad personal de elección en muchas áreas de la vida, las asociaciones médicas que se dedican a salvar y alargar la vida y se sienten incómodos ayudando a la gente a terminar sus vidas y los grupos de incapacitados que tienen miedo de que la eutanasia sea el primer paso hacia la inclinación de terminar, sin su voluntad, con las vidas de la gente incapacitada.

La información y conocimiento del paciente sobre su enfermedad y su demanda libre y voluntaria de poner fin a su vida, el suicidio asistido, no cambia que se trate de un homicidio, pues lo que se propone entra en grave conflicto con los principios rectores del Derecho, de la Medicina y de la Bioética hasta nuestros días.

### LA IGLESIA CATÓLICA

Tradicionalmente la religión ha representado una influencia significativa sobre los valores morales, aunque ésta se vaya perdiendo en medida del funcionamiento secular de las sociedades, las convicciones religiosas subyacen en la mentalidad de los individuos y siguen presentes en el debate ético y legal que realizan las sociedades sobre diversos temas. Puesto que las religiones ayudan a enfrentar el misterio y terror que representa la muerte y sirven de consuelo para superar la angustiosa situación de acercarse al final de la vida; quienes profesan un determinado credo no son indiferentes a lo que éste señale con respecto a la eutanasia.

Las raíces de la oposición católica con respecto a la eutanasia se encuentran en el Antiguo Testamento, particularmente en el quinto mandamiento que prohíbe matar; esto condena el homicidio, el suicidio, el aborto y la eutanasia.

La Iglesia tiene la convicción de que Dios es el único dueño de la vida y el hombre es su mero administrador. A partir de los siglos XVI y XVII, la teología moral católica se refiere al tema basándose en la distinción entre medios ordinarios y extraordinarios.

El Papa recomienda el apoyo de los cuidados paliativos y la supresión del dolor para que los enfermos estén en condiciones de atender las obligaciones morales, familiares y espirituales, en un momento tan trascendental como es el final de la vida, y por ello aprueba la administración de calmantes aun cuando estos acorten la vida. (Álvarez del Río, 2005: 100).

Pío XII se refirió varias veces, dentro de sus numerosas enseñanzas sobre problemas médicos, al problema de la eutanasia. En sus textos, el Papa rechaza la eutanasia entendida como “muerte piadosa” y acepta la eutanasia activa indirecta. El 22 de febrero de 1941 el Santo oficio se pronuncia contra la eutanasia eugenésica:

No es lícito matar directamente, por orden de la autoridad pública, a aquellos que, sin haber cometido delito alguno que merezca la muerte, no están en condiciones, a causa de sus deficiencias físicas o psíquicas, de ser útiles a la nación y son considerados más bien como carga y obstáculo para su progreso y desarrollo (APV, 1999: s.p.).

Su defensa del valor y la dignidad de toda vida humana no es total, puesto que hay una implícita afirmación de la legitimidad de la pena de muerte. El Vaticano se pronunciará también de un modo muy duro contra la eutanasia, mencionada junto al aborto, al suicidio y al genocidio: “Todas estas prácticas y otras parecidas son en sí mismas infamantes, degradan la civilización humana, deshonoran más a sus autores que a sus víctimas y son totalmente contrarias al honor debido al Creador” (Pablo VII, 1965, s.p.)

La Congregación para la Doctrina de la Fe expresa la postura oficial de la Iglesia en el tema de la eutanasia:

- a) Hay en él una clara afirmación de la inviolabilidad de la vida humana: Nadie puede atentar contra la vida de un inocente sin violar un derecho fundamental, irrenunciable e inalienable. Es inadmisibles poner fin a la vida de un enfermo, incluso ante un dolor prolongado e insoportable. Por tanto, el documento rechaza totalmente la eutanasia activa.
- b) Subraya el valor cristiano del dolor y se reafirma en la legitimidad del uso de calmantes.
- c) Condena el encarnizamiento terapéutico y afirma el derecho a morir con toda serenidad, con dignidad humana y cristiana (Juan Pablo II, 2004).

### LA ESCUELA LAICA

Se tratará el ideal de la escuela laica de una manera abstracta, desligándolo de su historia y de su aplicación política, puesto que es una simplificación que no ayuda precisamente a resolver el problema de cómo conciliar la intervención del Estado en la enseñanza con el derecho de los ciudadanos y las Iglesias a enseñar sus convicciones religiosas. Por ejemplo, negar u ocultar que el laicismo tiene tras de sí una larga historia de abusos y que ha servido como coartada para prohibir enseñanza religiosa es útil para defenderlo pero supone ignorar una de las principales enseñanzas que la historia contemporánea nos ha dado: que el Estado, responsable en última instancia de la escuela

laica puede servirse de ella para imponer un determinado credo antirreligioso.

Piénsese, por ejemplo en lo que para la izquierda española de la primera mitad del siglo XX y en la Constitución de 1931 significó la escuela laica. Recurrir a la imposición e incurrir en la intolerancia es un peligro que no corren sólo quienes defienden un modelo de escuela fundada en convicciones religiosas y morales, sino también los defensores de la escuela laica.

Por eso parece muy peligroso defender el laicismo sin reconocer que éste debe tener también límites, que están marcados por los mismos derechos humanos en los que dice fundarse.

Hablar de la escuela laica de manera abstracta es también impropio porque no permite abordar los problemas reales que se plantean en la enseñanza cuando se intenta aplicar dicho modelo educativo. Por ejemplo, supongamos que un gobierno desea regular el contenido de la educación sexual, dado que las convicciones en dicha materia tienen un carácter privado, algo parecido sucede con la enseñanza de una ética laica basada en los Derechos Humanos.

Tampoco tiene mucho sentido hablar de la escuela laica como si sólo existiera un modelo de laicidad. De hecho, la expresión “laicidad” es en sí misma francesa y Francia constituye una excepción dentro de Europa occidental. La mayor parte de los países europeos no han adoptado el modelo de la escuela laica, sino que más bien han optado por el modelo de la escuela aconfesional; es decir, en lugar de suprimir la enseñanza religiosa de las escuelas, la amparan siempre que padres y alumnos opten por ella de manera libre.

Por otra parte, parece que el modelo de escuela aconfesional es el más respetuoso con las creencias religiosas y morales, y el más adecuado para afrontar el reto de la sociedad multicultural que está en trance de constitución en nuestro país.

Otra cosa que es fundamental es la relativa del concepto “laico”. A partir del presupuesto de la separación entre fe y razón —que se consideraban incompatibles entre sí—, e inspirándose en el positivismo comtiano, se afirmó la necesidad de crear una nueva moral —sin principios *a priori*, fueran éstos religiosos o metafísicos—, basada en el consenso social, que se constituirá inevitablemente, una vez desterrados los caducos prejuicios teológicos y filosóficos, en virtud de la acción conjunta de la razón científica y el sentimiento social natural en el hombre.

En lugar de desarrollar en las personas amplias y sólidas convicciones, sean estas morales o religiosas, lo que hemos conseguido es formar multitud de hombres escépticos, en opinión de los cuales la ciencia apenas demuestra nada y las normas morales se reducen a las vagas enunciaciones de los derechos humanos.

## **POSICIONES FRENTE A LA EUTANASIA**

### *1. RAZONES EN CONTRA DE LA EUTANASIA*

La eutanasia es un acto que busca provocar la muerte a una persona enferma. La reciente legalización de la eutanasia en Holanda ha provocado la solicitud por parte de algunos partidos políticos la legalización de la eutanasia en España. Con este documento la Asociación Catalana de Estudios Bioéticos quiere aportar

al importante debate social reflexiones fundamentales ante un asunto tan delicado como la despenalización de acciones contra la vida humana.

La eutanasia es un acto que busca provocar la muerte a una persona enferma que conlleva graves consecuencias familiares, sociales, médicas, éticas y políticas. Su despenalización modificará en su propia raíz la relación entre las generaciones y los profesionales de la medicina.

Amnistía Internacional publicó en el Diario Médico del 3 de noviembre de 1998 que los médicos que intervengan en la ejecución de un reo por medio de una inyección letal incurren en una práctica contraria a la ética profesional, aunque les ampare la legislación del país. Se ha afirmado que cuando se introdujo el uso de la inyección letal se presentó como un sistema que humanizaba, de manera notable, las ejecuciones. Sin embargo, en la práctica, se tiene constancia de un alto número de casos en los que ha fallado y ha causado una muerte dolorosa. La despenalización de la eutanasia conllevará a la decadencia ética.

## *2. RAZONES A FAVOR DE LA EUTANASIA*

La verdadera alternativa a la eutanasia y al encarnizamiento terapéutico es la humanización de la muerte. Ayudar al enfermo a vivir lo mejor posible el último periodo de la vida. Es fundamental expresar el apoyo, mejorar el trato y los cuidados, y mantener el compromiso de no abandonarle, tanto por parte del médico, como por los cuidadores, los familiares, y también del entorno social (Fibla, 2000). La respuesta ante la peti-

ción de eutanasia no es la legalización sino una mejor educación y atención sanitaria y social.

La solución vendrá cuando se comience a practicar una buena medicina, es decir, dar un cuidado integral a quien pronto va a morir, tratando tanto los sufrimientos físicos como los sufrimientos psíquicos, sociales y espirituales del enfermo. Hay que ser respetuosos con la vida y también con la muerte.

En la declaración sobre la eutanasia publicada en 1980: “El documento reconoce el dolor que vive un enfermo terminal y aprueba el uso de medicinas para aliviarlo, aun si éstas abrevian la vida, desaprueba el encarecimiento terapéutico y acepta el derecho a morir con dignidad” (Álvarez del Río, 2005: 99).

Se recomienda entender las solicitudes de eutanasia de los enfermos como peticiones angustiantes de ayuda que no deben tomarse como expresión de una verdadera voluntad de eutanasia.

Al considerar el tema, algunos condenan la práctica y otros parecen dispuestos a aceptarla. Javier Gafo considera que la eutanasia debe entenderse como el acto de poner fin a la vida de una persona enferma que no tiene esperanzas de vivir en condiciones humanas (Gafo Fernández, 2000).

Vico menciona que la eutanasia trata de acortar un proceso de muerte ya iniciado que inevitablemente va a ocurrir y que atenta contra el derecho del enfermo a morir dignamente. Dicho autor considera insuficiente la argumentación del Vaticano para condenar la eutanasia y cuestiona la diferencia entre la eutanasia pasiva, permitida y la activa.

## LA EUTANASIA Y LA LEY

Según Taboada (2003) cada día surgen más voces que están pidiendo una legalización de la eutanasia. Hasta ahora se ha conseguido en algunos países algo que éticamente es aceptable. Se ha reconocido el derecho del enfermo a rechazar tratamientos extraordinarios y poder morir en paz y con dignidad.

Evidentemente, para varias de las asociaciones favorables a la eutanasia, se trata de un primer paso hacia una situación en la que también se admita la Eutanasia positiva con aquellos pacientes que solicitan que se ponga fin a su vida (Zaffaroni, 2001).

Marrero, *et al.* (1996) plantean que existe una serie de objeciones importantes en contra de la legalización de la eutanasia que se dividen en tres apartados: desde el punto de vista de los médicos, del enfermo y de la sociedad:

- a) Por parte del médico: Es muy importante el grave deterioro que puede seguirse en la imagen social del médico como consecuencia de la admisión de la eutanasia que lógicamente sería realizada por medios médicos. La vocación del médico se ha entendido siempre como un servicio a favor de la vida; si se admitiese legalmente la eutanasia el médico se convertiría, en determinados casos, en un agente de muerte. ¿Cómo sería la relación médico-enfermo si éste es consciente que está tratando con una persona que puede poner fin a la vida de los pacientes?
- b) Por parte del enfermo: Ante una petición de eutanasia siempre habrá que preguntarse si el pa-

ciente recibe la atención que debería prestársele. Se ha llegado a afirmar que la eutanasia es una práctica “pasada de moda” dadas las posibilidades de aliviar los sufrimientos de los enfermos mediante una administración racional de analgésicos que se disponen hoy. Una hipotética legalización de la eutanasia solicitada por el enfermo, puede actuar en forma de coacción moral sobre él mismo. Éste podría verse forzado a pedir una eutanasia que no desea interiormente pero que se resigna a solicitar ante las dificultades que su enfermedad ocasiona entre las personas que le rodean. En una situación en que la “salida” de la eutanasia es posible, resulta fácil que el enfermo se sienta coaccionado para pedir que se ponga fin a su vida, aunque no sea ésta su auténtica voluntad.

- c) Por parte de la sociedad. En primer lugar no parece fácil una ley que regule la eutanasia y que evite los abusos que pudieran seguir con ella. Hay que reconocer que no es sencilla una hipotética legalización de la eutanasia que tenga en cuenta esta complejidad de matices y que evite los abusos que se pueden seguir.

Quienes defienden la legalización de la eutanasia afirman que se refieren únicamente a aquellos casos en que el propio enfermo pide insistente y conscientemente que se ponga fin a su vida y a sus sufrimientos. Sin embargo, creemos que no se puede infravalorar el peligro de pasar de una muerte a petición a una sin petición; de la eutanasia aplicada a personas que lo solicitan a la impuesta a enfermos inconscientes.

Subrayemos, además, que los mayores esfuerzos para exigir la legalización de la eutanasia se hacen en países técnicamente desarrollados, donde se asiste a un importante y creciente envejecimiento de la población: donde los ancianos no encuentran su puesto en la sociedad y se da, para muchos de ellos, una muerte social que precede a su muerte física. El riesgo de una eutanasia aplicada coactivamente a las personas ancianas puede ser una consecuencia importante de una legalización de esa práctica.

## TERMINOLOGÍA

**Derechos humanos:** De acuerdo con diversas filosofías jurídicas son aquellas libertades, facultades, instituciones o reivindicaciones relativas a bienes primarios o básicos que incluyen a toda persona, por el simple hecho de su condición humana, para la garantía de una vida digna. Son independientes de factores particulares como el estatus, sexo, etnia o nacionalidad; y son independientes o no dependen exclusivamente del ordenamiento jurídico vigente.

**Eutanasia:** viene del griego *eu*= bueno, *thánatos*= muerte. “Buena muerte” Término que ha evolucionado y actualmente hace referencia al acto de acabar con la vida de otra persona a petición suya, con el fin de minimizar su sufrimiento.

**Suicidio asistido:** Consiste en proporcionarle a una persona los medios suficientes para que pueda, ella misma, causarse la muerte. Este concepto es altamente peligroso, ya que muchos están de acuerdo con la idea errónea del “derecho a morir”, por lo cual no

les parece tan censurable el suicidio como el asesinar a una persona.

**Tanatología:** deriva del nombre griego *thánatos*: muerte y *logos*: estudio. Es decir, se refiere al estudio científico de los fenómenos referentes a la muerte.

## CONCLUSIÓN

El ejercicio de la dignidad va ligado a la vida. La muerte es simplemente un hecho y, como tal, no puede recibir los calificativos de digno o indigno, propios de los actos humanos. El falso planteamiento de que la muerte digna no puede llegar al final de un largo proceso de enfermedad, sino que para ser tal ha de ser inducida a voluntad del hombre y fuera de los tiempos marcados por la naturaleza, ha sido repetido hasta la saciedad. La dignidad la demuestran cada día quienes asumen las limitaciones de su existencia, y de aquellos que han optado por acompañarlos en su camino.

La eutanasia es un acto que busca provocar la muerte a una persona enferma que conlleva graves consecuencias familiares, sociales, médicas, éticas y políticas. El Informe Rimmelink sobre la práctica de la eutanasia en Holanda arroja a la luz 1.000 muertes por eutanasia involuntaria -sin consentimiento- en 1990. Igualmente en los casos en los que la eutanasia es solicitada por el enfermo existe un grave problema ético porque se trata de una derrota social y profesional ante el problema de la enfermedad y de la muerte. Los casos extremos y la autonomía personal, siempre aludidos por los partidarios de la eutanasia para su despenalización, no deben generar leyes socialmente

injustas, que enfrentan el deseo individual con el ineludible deber del Estado a la protección de la vida física de cada ciudadano.

Tres cuestiones complejas están presentes en el debate de la eutanasia: el consenso democrático, la dignidad de la persona humana y la autonomía personal.

### **EL CONSENSO DEMOCRÁTICO**

El consenso convierte el principio legislativo en la única fuente de verdad y de bien, y deja la vida humana a merced del número de votos emitidos en un Parlamento. Las legislaciones sobre el aborto, la clonación humana, la fecundación extracorpórea y la experimentación embrionaria son consecuencia de la aplicación del principio de las mayorías.

Los derechos humanos no son otorgados por el número de votos obtenidos, ni por la sociedad ni por los partidos políticos, aunque deben siempre reconocerlos y defenderlos. No se basan tampoco en el consenso social, ya que los derechos los posee cada persona, por ser persona. Las votaciones parlamentarias no modifican la realidad del hombre ni la verdad sobre el trato que le corresponde.

### **LA DIGNIDAD DE LA VIDA HUMANA**

La acción de nacer y de morir, no son más que hechos y sólo hechos, adornados naturalmente de toda la relevancia que se quiera. Precisamente por ello no pueden

ser tenidos como dignos o indignos según las circunstancias en que acontezcan, por la sencilla y elemental evidencia de que el ser humano siempre, en todo caso y situación es excepcionalmente digno, esté naciendo, viviendo o muriendo. Decir lo contrario es ir directamente en contra de lo que nos singulariza y cohesiona como sociedad.

Legalizar la eutanasia es una declaración de derrota social, política y médica ante el enfermo que no acabará con las perplejidades de la vida, ni de la muerte, ni con las dudas de conciencia de los médicos, de los pacientes y de los familiares.

### LA AUTONOMÍA PERSONAL

El derecho a morir no está regulado constitucionalmente, no existe en la Constitución la disponibilidad de la propia vida como tal; si existiera este derecho absoluto sobre la vida, existirían otros derechos como la posibilidad de vender tus propios órganos o aceptar voluntariamente la esclavitud.

La autonomía personal no es un absoluto. Uno no puede querer la libertad sólo para sí mismo, ya que no hay ser humano sin los demás. Nuestra libertad personal queda siempre conectada a la responsabilidad por todos aquellos que nos rodean y la humanidad entera. La convivencia democrática nos obliga a someternos y a aceptar los impuestos, las normas y las leyes que en ningún momento son cuestionados como límites a la libertad personal. ¿Por qué no queremos descubrir un bien social en la protección legal de la vida en su finitud?, qué cultura dejaremos a nuestros hijos si les

transmitimos que los enfermos no merecen la protección de todos?

### **PAPEL DEL MÉDICO**

El acto médico se basa en una relación de confianza donde el paciente confía al médico el cuidado de su salud, aspecto primordial de su vida, de sí mismo. En la relación entre ambos no puede mediar el pacto de una muerte intencionada. La eutanasia significará el final de la confianza depositada durante milenios en una profesión que siempre se ha comprometido a no provocar la muerte intencionalmente bajo ningún supuesto.

La eutanasia deshumanizará la Medicina. Solamente desde el respeto absoluto es posible concluir que todas las vidas humanas son dignas, que ninguna es dispensable o indigna de ser vivida. Así mismo, la eutanasia frenará el progreso de la Medicina. Los médicos se irán volviendo indiferentes hacia determinados tipos de enfermedad, no habrá razones para indagar en los mecanismos patogénicos de la senilidad, de la degeneración cerebral, del cáncer en estado terminal, de las malformaciones bioquímicas o morfológicas, etcétera.

Las curas se dan por brindar un cuidado integral a quien pronto va a morir, tratándole tanto los sufrimientos físicos como los sufrimientos psíquicos, sociales y espirituales. Este es el fundamento de la Medicina Paliativa que desde la perspectiva del respeto absoluto debido a toda persona y ante los límites terapéuticos de la propia Medicina, pasa a controlar los síntomas

de la enfermedad, especialmente la presencia de dolor, acompañando al enfermo hasta la muerte.

## REFERENCIAS

- Academia Pontificia para la Vida (2009), “Dignidad del moribundo: La Eutanasia y el suicidio asistido” [En línea] V Asamblea general de la Academia pontificia para la Vida. 27/02/99. Disponible en: <http://muertedigna.org/textos/euta420.htm>
- Álvarez del Río A. (2005), “Práctica y ética de la eutanasia”, Fondo de Cultura Económica, México.
- Amnistía Internacional. *Documento – Normas Internacionales sobre la pena de muerte* [en línea]. [Londres]: Amnesty Internacional, [s. f.]. Disponible en: <http://www.amnesty.org/es/library/asset/ACT50/001/2006/es/dom-ACT500012006es.html>
- Beauchamp, T. y J. Childress (1999), *Principios de ética biomédica*. 4ª ed., Masson, Barcelona.
- Carrara, F. (1993), *Derecho penal*. Harla, México.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* (2006), 19ª ed. Porrúa, México.
- Fibla C. (2000), *Debate sobre la eutanasia*. Editorial Planeta, México.
- Foucault, M. (1975), *Vigilar y castigar*, (1976), *Nacimiento de la prisión*, Siglo XXI, México.
- Gafo Fernández, J. (2000), *10 palabras clave en bioética*. 5ª ed. Navarra, España.
- Goldim J. R. (1997), “Breve Histórico da Eutanásia” [En línea] Disponible en: [www.ufrgs.br/HCPA/gppg/euthist.htm](http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/euthist.htm)

- González, J. (1997), *El Ethos, destino del hombre*. UNAM, Fondo de Cultura Económica, México.
- Juan Pablo II (2004), *Evangelium vitae*, Roma.
- Iglesia Católica (2004), *La eutanasia: 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos*, Conferencia Episcopal Español. Ediciones Palabra.
- Keown J. y T. Matos. (2004), *La eutanasia examinada: Perspectivas éticas, clínicas y legales*, Fondo de Cultura Económica, Madrid.
- Marrero Amaro M, *et al.*, (1996), “Principios básicos de la bioética” en *Rev. Cubana de Enfermería*, 12, 1.
- Organización Mundial De La Salud (OMS). (2002), *Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos*. OMS, Francia.
- Pablo VII (1965), *Constitución pastoral*, [En línea], Roma, Disponible en: [http://www.vatican.va/archive/hist\\_councils/ii\\_vatican\\_council/documents/vat-ii\\_const\\_19651207\\_gaudium-et-spes\\_sp.html](http://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/vat-ii_const_19651207_gaudium-et-spes_sp.html)
- Plats, M. (1997), *Dilemas éticos*, Fondo de Cultura Económica-UNAM, México.
- Sernet Rodríguez B, Smith Smith V, y F. Durán Castillo (1993), *Dilemas bioéticos al final de la vida*, Instituto Superior de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba.
- OMC, (1986), “Sobre La Eutanasia” en *Declaración de la Comisión Central de Deontología de la OMC*. Marzo.
- Taboada R. M. (2003), “Aspectos éticos y bioéticos en la atención del paciente crítico” en *Rev. Cubana Med*, 42, 1, pp. 5-11.
- Zaffaroni, E. R. (2001), *Derecho penal, parte general*, Porrúa, México.

## CONFLICTO DE INTERESES EN LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

*María Luisa Pfeiffer*  
Universidad de Buenos Aires  
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y  
Técnicas (Argentina)

El desarrollo de una antropología sostenida sobre la prevalencia del individuo nace en las postrimerías de la Edad Media, surge de la necesidad de dignificar al hombre desde otro lugar que el de la trascendencia divina y nos ha llevado a un sistema de preferencias en que el individuo queda por encima de la sociedad y sus intereses están encima de los sociales. Podemos sostener esta posición sin mirar más allá y suponiendo que nos conviene a todos porque lo contrario sería *perder al individuo en la masa social* o permitir que *el autoritarismo de la comunidad anule al individuo*. Conocemos muy bien este argumento que enarbola el liberalismo, sobre todo frente a los totalitarismos, ese tipo de razonamiento permite hacer más profunda e irrebasable la diferencia entre el individuo y la comunidad y termina provocando el fenómeno en que nos vemos inmersos: los intereses sociales están puestos al servicio de los individuales.

Este sujeto individual no adquiere su identidad, su valor como persona, su integridad ni su libertad en relación con los otros, sino separándose de ellos, diferenciándose, haciéndose único, y el mejor modo de conseguirlo es contraponer sus intereses a los de los

otros para ganar, vencer, triunfar. Nace así la idea extendida y propiciada por muchas filosofías políticas, desde Hobbes en adelante, de que el interés individual debe siempre defenderse porque está puesto en cuestión o amenazado por el interés común. El espacio individual debe cuidarse de las intromisiones de los otros, de la excesiva cercanía del otro, incluso su superposición, aunque sea parcial, es vista como una afrenta a la integridad; la creatividad comienza a ser sinónimo cada vez más de diferenciación, incluso de transgresión del orden social o cultural común; la identidad sufre el mismo fenómeno asociándose cada vez más al juicio propio sobre sí mismo y ser único significa no tener nada en común con los demás. Se lee el *conócete a ti mismo* de Sócrates desde una introspección analítica del yo lograda por el mayor encierro consigo mismo, incluso el psicoanálisis exige que el terapeuta no hable, simplemente esté presente y no se involucre, propiciando, como testigo mudo, que cada cual encuentre en sí mismo y por sí mismo su propia identidad.

Por consiguiente, cada uno busca en la comunidad beneficios para sí mismo, sin tomar en cuenta el beneficio común, o sólo tomándolo en cuenta para pleitear con él cuando le impide que su interés individual prevalezca. Esto es precisamente lo que mostraremos en esta reflexión sobre el conflicto de intereses que aparece en las investigaciones biomédicas actuales.

Cuando se mira la práctica de la medicina actual, especialmente la que tiene que ver con las investigaciones biomédicas, vemos que no es una excepción a esta conducta predominante. Las investigaciones provienen de individuos que pretenden, en el mejor de los casos,

beneficiar a individuos, la comunidad siempre queda fuera de juego a la hora de considerar intereses.

Por ello creo que es una posición un poco ingenua o simplificadora asociar todo conflicto de intereses a cuestiones financieras, cuando, en realidad, el conflicto afecta cuestiones más fundamentales. El Consejo Nacional de Canadá de la Investigación en Humanos considera que el riesgo de conflicto de intereses ha existido siempre, aunque advierte que es cada vez mayor en la medida en que aumentan las presiones comerciales sobre las investigaciones. Podemos, en efecto, aceptar que el riesgo de conflicto haya existido siempre. Las investigaciones como la práctica médica han sido siempre realizadas por humanos que tienen diferentes intereses, sin embargo no siempre ha sido admitido como justificación de violación a los derechos de la persona como parece ocurrir en la actualidad.

Todos tenemos claro que se ha dado un cambio importante a partir de los años noventa en el modelo de investigación biomédica en los países centrales, reflejo sobre todo de la estrategia de mercado de las empresas farmacéuticas. Esto, sin duda hace más riesgosa a la investigación. Es por ello que los conflictos de interés financieros existen en toda la cadena del medicamento, desde la investigación misma y la información científica en revistas especializadas, hasta la prescripción y la comercialización (Bodenheimer, 2000). En los últimos años ha sido escandaloso conocer las formas que ha adoptado la estrategia de mercado para incidir en cada uno de los eslabones de esta cadena, recordemos los casos de la sertralina y el rofecoxib, así como la investigación sobre el uso de la AZT en la transmisión vertical del sida.

El fuerte viraje hacia la privatización de las investigaciones que ha sufrido la medicina desde comienzo de los noventa ha causado que mientras en 1991 el 80% de la inversión de la industria farmacéutica era destinado a investigar en centros médicos académicos, en 1998 el porcentaje fue de 40% (Klein y Fleischman, 2002). El modo de llevar a cabo este nuevo modelo de investigación biomédica “privatizado” es estructurarlo por fuera de los centros académicos, a través de empresas de investigación por contrato (CROs)<sup>1</sup> o de manera directa con los investigadores. Esta contratación supone que el investigador recibe un pago por su trabajo que pierde el carácter de honorario tradicional, el pago que recibe se inserta dentro de las leyes de oferta y demanda del mercado. No hay duda que cuando el dinero está de por medio los conflictos crecen e incluso se hacen inevitables las disputas de los diferentes intereses. Sin embargo, la presencia del mercado como elemento de corrupción y las manifestaciones de la inseparable vinculación actual entre ciencia y mercado, aunque sean lo más escandaloso, no tocan lo fundamental, lo que hace posible la comercialización de la medicina: un retroceso en la actitud ética de los médicos y equipos de salud en general.

<sup>1</sup> Los CROs se ocupan de diversas tareas, desde el diseño del protocolo, la contratación de los investigadores, establecer estrategias de reclutamiento de pacientes y contratar los seguros para protegerlos una vez convertidos en sujetos de investigación.

La tarea de los CROs puede abarcar desde el diseño del estudio, la contratación de profesionales, la estrategia de reclutamiento de pacientes, la provisión de un IRB, si no lo hubiera en el lugar, hasta los medios para la protección de los sujetos de investigación.

En primer lugar hablaré de intereses. Los intereses que movilizan las acciones humanas son múltiples: pueden ser particulares o comunitarios, egoístas o altruistas, profesionales o personales. Puede haber interés por conseguir poder, dinero, bienestar, placer, salud, admiración, fama, tiempo, futuro, saber, trascendencia y muchos otros. Esto nos permite ver que la situación es compleja y darnos cuenta que es pecar de ingenuidad pensar que el único interés a considerar es el monetario.<sup>2</sup>

¿Cuál es el interés del médico? Formulemos bien la pregunta pues de lo que se trata es de ética. ¿Cuál *debe ser* el interés del médico? Alrededor de esta pregunta girará toda nuestra reflexión ya que tiene que ver con la actitud ética fundamental del médico. Si conflicto significa básicamente enfrentamiento, choque, está claro que sólo puede haber choque entre dos fuerzas, intereses, intenciones, acciones que van en sentido contrario. ¿Con qué intenciones, con qué acciones, con qué fuerzas e intereses chocan los del médico?

Para poder plantear un conflicto hemos de suponer que los actos tienen una dirección, un sentido que marca el derrotero de las conductas. En tanto y en cuanto rechazamos que las conductas deben conformarse a fines previos y sostengamos que dependen de lo accidental, de los vaivenes del momento cultu-

<sup>2</sup> El interés por el dinero es un interés por una mediación, el dinero es siempre buscado para obtener otra cosa. Esto lo desarrolla muy bien Aristóteles cuando diferencia política y crematística y considera dedicar su vida a la primera la finalidad del ser humano y dedicarla a la segunda, la negación de la condición de humano. Para más información remítase el lector a *Ética a Nicómaco* y *Política*.

ral, de los deseos y las tendencias circunstanciales, no podremos hablar de conflicto, sólo de coincidencias o disidencias en determinados momentos y lugares. Es necesario tener esto en claro antes de comenzar a referirnos a una cuestión tan decisiva, para habilitar la posibilidad de un juicio. El conflicto sólo es tal cuando hay contradicción, enfrentamiento, oposición, y por ello exige la discusión, y en cuestiones más graves la lucha, la contienda, de la que debe salir una única respuesta, un único vencedor.

Debemos asociar conflicto con interés para darnos cuenta que tienen algo en común: en tanto interés significa el movimiento que inclina hacia algo que se puede considerar su fin; interés y conflicto tienen que ver con la finalidad de los actos. Influidos por la lectura comercial de las relaciones pensamos que el interés se identifica con la ganancia, el provecho, la utilidad.

Cuando consideramos invalidada una investigación por la existencia de un *conflicto de intereses* estamos develando que hay una situación en que se enfrentan intereses: ¿de quién?, ¿del mismo investigador?, ¿de la ciencia y del investigador?, ¿de los patrocinadores y la ciencia?, ¿de los patrocinadores y el investigador?, ¿de la institución donde se investiga con los otros protagonistas?, ¿del enfermo con cualquiera de ellos?, ¿están en juego los intereses de la humanidad?, ¿de la sociedad?, ¿de las generaciones futuras? Definir cuáles son los intereses que están en conflicto y la legitimidad de los mismos supone dar el primer paso en la solución del problema. Sin embargo, esto tiene validez si planteamos la cuestión en abstracto. En las acciones concretas hay un único interés que debería estar en juego en una investigación médica: la

defensa del derecho a la salud del participante en la misma. La existencia de un conflicto de intereses no significa que automáticamente se resolverá de manera no ética pero el hecho de que se presente ya es una señal de alerta, puesto que indica que hay un enfrentamiento de intereses que no debería existir y por consiguiente que puede llegar a triunfar en la contienda un interés diferente del que debe guiar la conducta del médico, conforme a los fines de la medicina. No podemos considerar los intereses del médico, ni los de cualquier profesional, aislados del compromiso social a que lo obliga su juramento o promesa. En el caso de la medicina, el compromiso asumido por el médico frente a la sociedad es asumir como deber el interés por el paciente o mejor dicho, el interés del paciente de mantener o recobrar su salud. ¿Podemos entonces hablar de conflicto de intereses?, ¿no significaría eso que el médico podría tener otros intereses además de poner por delante la salud de su paciente?

En opinión de Thompson, (1993) un conflicto de interés en el ejercicio de la medicina se origina cuando el juicio profesional, en relación a su interés primario, --tal como puede ser el bienestar del paciente para el clínico o la obtención de conocimiento válido generalizable para el investigador--, se ve influenciado indebidamente por un interés secundario, como puede ser un provecho económico o un afán de notoriedad que influya en la toma de decisiones. En realidad lo que parece suceder es que lo que empuja al profesional a realizar ese compromiso, esa promesa, es lo que Thompson denomina un interés secundario: su propia promoción como persona, ganarse la vida, seguir una tradición familiar, obtener fama, reconocimiento aca-

démico, dinero y en consecuencia su juramento, su promesa, son falsos. Cuando el interés secundario quiere ocupar el lugar del que debería ser el primario se genera una colisión entre intereses en el mismo médico. Una colisión de fines es un conflicto en que, si triunfa un interés secundario, el médico está traicionando su propia palabra, una conducta que podemos calificar de deshonesto, carente de honor. Si el médico fuera fiel a su palabra, auténtico, veraz, no podría haber conflicto de intereses o a lo sumo ese conflicto sería fácilmente superable en beneficio del paciente. Lo más grave, sin embargo, no es esa colisión a nivel individual lo que podríamos calificar, como se hacía tradicionalmente, sino la conciencia personal del médico. Hay muchos médicos honestos y otros no tanto que se ven obligados a la deshonestidad por diferentes razones: sistema de salud, problemas económicos o valoración social. Por ello, el planteamiento anterior pierde fuerza ante el peso de las circunstancias; así, muchas veces ser fiel a su promesa significa para muchos médicos una actitud heroica, como perder sus cargos, tener cerradas posibilidades de crecimiento intelectual y personal, en una palabra, ser perseguidos por el poder.

Lo grave es que esto no sólo perjudica a los individuos médicos sino que genera un daño social, un daño a la moral común, puesto que cuando el médico pone su propio interés por encima del interés del enfermo o de la comunidad de enfermos está traicionando su propia promesa, implantando a nivel comunitario la deslealtad como valor y la mentira como única posibilidad de vida. No se trata solamente del quebrantamiento de la lealtad y fidelidad individual hacia el enfermo, que ya es bastante grave, sino de su compro-

miso comunitario, que frecuentemente se asimila con la corrupción y la traición.

Un punto que nos queda entonces por dilucidar es si es ético que un profesional pueda tener intereses secundarios. ¿Qué es lo que podría constituir un interés secundario lícito? Fines que acompañan a los de la medicina pero que de ninguna manera interfieren en su cumplimiento, por ejemplo, saber y dominar las características de una enfermedad, aprender a utilizar aparatos para mejorar su atención a las personas, vivir sin altibajos económicos para no tener que poner sus energías en otras cuestiones que en las que le exige la profesión, tener tiempo de descanso, gozar del afecto de una familia, de amigos, de compañeros de ruta para poder vivir en paz y que ello le dé posibilidades de atender mejor a los enfermos, pertenecer a una sociedad justa que genere un sistema de salud que no lo obligue a discriminar, a dobles estándares de atención, a no poder cumplir con los fines que la medicina le exige. Podemos llamar intereses secundarios a aquellos que acompañan a los primarios y que ayudan a poder darles cumplimiento, al modo como se plantean en una investigación, objetivos secundarios que coadyuvan y mejoran el logro de los primarios. Si lo que argumentamos aquí es que el médico no puede hacer otra cosa más que lo que el sistema lo obliga, que su situación económica lo impele a realizar ciertas prácticas por lo menos dudosas, que el tiempo le urge y el poder lo somete, debemos cambiar el eje de la reflexión y preguntarnos en qué sociedad vivimos que no podemos defender nuestros auténticos intereses, de qué libertad hablamos cuando estamos obligados a vivir como no queremos.

Sin embargo cuando el médico es investigador la respuesta no es lineal. ¿Cuál es el interés del investigador?, ¿el mismo que el del médico?

Los fines de la profesión del investigador son buscar la verdad científica, experimentar para encontrarla con objetos que debe usar para poder llegar a la verdad. Está claro que un investigador no jura cuidar a los enfermos sino perseguir y encontrar la verdad usando métodos científicos. Aquí aparece una cuestión de fondo que es quizá la determinante a la hora de plantear el conflicto de intereses en la investigación médica. Esta cuestión es la del médico investigador. Cuando el médico es investigador está aunado a dos tareas, podríamos agregar dos vocaciones. La pregunta es hasta qué punto éstas pueden tener un mismo fin: el cuidado del enfermo. La tarea de la investigación lleva al médico en muchos casos a realizar esfuerzos y destinar tiempo a avanzar en la carrera académica o científica; a conseguir fondos para investigaciones lo que supone realizar planes, encontrar instituciones, armar grupos de investigadores, conseguir equipos de investigación, procurar y pagar muchas veces la publicación de sus trabajos. Este médico debe destinar su tiempo profesional a tareas de investigación, es decir de experimentación y obtención de resultados. Más allá de la cuestión del uso de los tiempos que resulta una de las más notorias, la pregunta fundamental es ¿cuál es su relación con el paciente?, ¿es éste un objeto de estudio o es una persona que sufre? Es precisamente aquí donde salta un conflicto indudable entre la finalidad de dos compromisos sociales que obliga a considerar ciertas cuestiones a la hora de juzgar la legitimidad de ciertos intereses. Nos referimos, sin

duda, a los auténticos investigadores. Todos conocemos cómo se hace hoy la investigación, sobre todo la farmacológica; los médicos juegan la más de las veces el papel de meros recolectores de datos. En ese caso está claro que no podemos hablar de conflicto de intereses sino de deshonestidad científica y cuando ni siquiera se conocen los protocolos sobre los que están trabajando, de deshonestidad médica.

Cuando señalamos que hay un conflicto de intereses es en el caso en que un médico que quiera ser fiel a su compromiso de cuidar a los enfermos, se sienta obligado o inclinado a hacer investigación científica y consagrarse a la investigación, ¿puede un médico seguir ejerciendo su función en el consultorio y ser investigador científico? Previa a cualquier respuesta el médico debe resolver este conflicto que afecta a su juramento: ¿la investigación es para él un medio para cuidar y curar a su enfermo?

La consideración de esta posibilidad como legítima es la que da origen a la Declaración de Helsinki que busca zanjar el conflicto que nace entre la obligación profesional del médico que lo obliga a cuidar a los enfermos que acuden a él, compromiso moral asumido ante sí mismo, ante el enfermo y ante la sociedad, y en caso del juramento ante Dios y la obligación profesional del investigador científico, cuya promesa y compromiso social no es para cuidar a los pacientes sino estudiarlos, experimentar con ellos para escrutar los resultados de procedimientos, fármacos, análisis hasta ahora no probados. El investigador debe cuidar sus datos, sus experiencias, sus resultados, no a las personas con quienes experimenta. En respuesta a esta problemática, Apelbaum *et al.* consideran, como

muchos otros, que los médicos investigadores no pueden poner como objeto de investigación a los pacientes que atienden como clínicos. Su argumento es que, cuando se realiza un protocolo de investigación por parte de un clínico que aporta pacientes, se produce un equívoco terapéutico, lo que significa que tanto el médico como los enfermos creen que la investigación ha sido diseñada en beneficio de estos últimos, a pesar que conste en el consentimiento que firma el enfermo y en el mismo protocolo que éste ha sido concebido con criterio científico (Apelbaum *et al.*, 1987). Retomando la reflexión sobre los fines de la medicina, es necesario establecer que el médico investigador es, en primer lugar, un médico y como tal un profesional que se debe a sus pacientes. De modo que la investigación debería ser considerada un interés secundario, que sólo debería ser asumida si coadyuva al cuidado de sus pacientes, en caso contrario debería dejarla en manos de investigadores científicos médicos o no, y éstos deberían solucionar el problema de probar drogas, procedimientos o aparatos en sanos y enfermos. Esto evitaría el abuso actual en los experimentos que se multiplican innecesariamente por la facilidad de acceso a los enfermos.<sup>3</sup>

Muchos podrán decir, con razón, que este es un planteo ideal, que la investigación tal cual se lleva a cabo hoy día supone el uso de cientos de miles de enfermos que deben salir de los consultorios médicos y

<sup>3</sup> Se recomienda ver en Vidal, S. *Hacia un sistema regional de evaluación ética de Investigaciones en salud*, las cifras que muestran la multiplicación indebida de las experimentaciones farmacológicas, como un ejemplo del abuso en la investigación con humanos.

ser seguidos y controlados por médicos. Que la investigación, sobre todo en nuestra región, permite a los médicos completar muchas veces sus magros salarios y en último término ¿por qué no pensar que ayudará a alguien a mejorar en el futuro?

Ante estas reflexiones sólo nos queda agregar que de aceptarlas, la medicina seguirá en la cuesta descendente en donde se encuentra y perderá cada vez más la confianza de los enfermos, precisamente, por no contar con la certeza de que los médicos buscan su bienestar antes que cualquier otra cosa. A ello se sumará que las investigaciones y la medicina en general, serán cada vez más mercantilistas y carácter de derecho para mantener la salud de las personas se irá el perdiendo.

La influencia de quienes manejan los mercados, los capitales y las empresas seguirá creciendo: seguirán regulando, manejando y distorsionando las publicaciones científicas —11% de los artículos publicados en las mayores 6 revistas de EUA serían fantasmas (Flenagin, 1998), en las publicaciones sobre medicamentos como la sertralina o el rofecoxibs se ocultó o adecuó la información de investigaciones independientes de acuerdo a las necesidades comerciales del laboratorio<sup>4</sup>—, seguirán creando sociedades médicas científicas y, centros de ética biomédica y bioética acordes a sus intereses —en la escuela de medicina de la Universidad de New York, docentes pagados por los

<sup>4</sup> Puede ampliarse información al respecto en Topol Eric J. Failing the Public Health. Rofecoxib, Merck, and the FDA. N. Engl. J. Med. 2004, 351(17): 1707- 1709, también en FitzGerald Garret A. Coxibs and Cardiovascular Disease. N. Engl. J. Med. 2004, 351 (17): 1709-1711.

laboratorios recomiendan trabajos realizados por los mismos laboratorios y leen las disquisiciones sobre conflictos de interés planteadas por Pfizer en el *American Journal of Bioethics*, cuya editora se encuentra alojada en el Centro para la Bioética de la Universidad de Pennsylvania financiado por Pfizer y cuyo director opera como consultor del mismo laboratorio,— financiando la educación médica para que no se salga de este molde —en EUA, el 60% de la educación médica (Carl, 2004) y, en particular los llamados programas de educación médica continua para graduados.

Los medios de promoción de nuevos productos se realizan a través de Medical Education and /orcommunication company, (MECC), movilizandolos medios para dictar leyes que los favorezcan, convenciéndonos que con la declaración de los conflictos de interés, sobre todo de tipo monetario, en los protocolos desaparece todo conflicto. Sin embargo, aun aceptando esta última idea como un modo de tomar conciencia de la existencia de conflictos de interés, las evaluaciones realizadas son poco alentadoras (McCrary *et al.*, 2000). No sólo no hay acuerdo sobre cómo realizar la declaración sino que los conflictos serios a menudo son negados o bien, las declaraciones son realizadas al interior de las instituciones pero sin ninguna revisión externa (Lo, Wolf y Berkeley, 2000). Por ejemplo, menos del 10% requieren que el conflicto de interés sea revelado al CIEI o al sujeto de investigación.

No son desdeñables los siguientes datos que muestran claramente hacia dónde se dirigen los intereses actuales de las investigaciones biomédicas: de 1,223 innovaciones farmacológicas comercializadas, —entre 1975 y 1997— sólo 379, —el 30,9%— se consi-

deraron novedades terapéuticas, y de las cuales, sólo 13 –1%– son específicas para enfermedades tropicales. De esas 13 innovaciones, 2 fueron actualizaciones de versiones de productos anteriores –pentamidina y anfotericina B–; 2 fueron resultado de investigación militar; 5 proceden de la investigación veterinaria y 4 –sólo el 0,3 %– resultado directo de I+D de la Industria farmacéutica.

Está claro que admitir como posible el conflicto de interés no significa que éste se resuelva. Debe resolverse siempre a favor del enfermo. Esto va contra toda la corriente actual de la investigación en medicina cuando el financiamiento de manera directa por parte de las farmacéuticas la afecta en múltiples niveles: orienta la investigación hacia fines comerciales como, por ejemplo, impedir compartir los resultados de las investigaciones para crecimiento del conocimiento científico, llevar a una finalización anticipada de los estudios, usar procedimientos como el placebo para ganar tiempo y dinero o generar dobles estándares de investigación.

El primer paso para detener este proceso de violación de uno de los mayores derechos del ser humano, la salud, está en manos de los médicos y consiste simplemente en cumplir con lo que vienen jurando desde hace siglos y siguen prometiendo a la comunidad cuando comienzan su vida profesional: cuidar a los enfermos.

## REFERENCIAS

- Apelbaum, P. S., *et al.*, (1987), “False hope and best data: consens to research and the therapeutic misconception” en *Hastings Center Report*, 17, 2 pp. 20 -24.
- Aristóteles (2004), *Ética a Nicómaco*, Alianza Editorial, Madrid.
- Aristóteles (2004), *Política*, Alianza Editorial, Madrid.
- Bodenheimer, T. (2000), “Uneasy Alliance. Clinical Investigators and the Pharmaceutical Industry” en *New England Journal of Medicine*, 342, 20, pp. 1539- 1544.
- Carl, E. (2004), “Pharma Goes to the Laundry: Public Relations and the Business of Medical Education” en *Hastings Center Rep.*, Sept.-Oct., pp. 18, 22.
- Fitzgerald, G. (2004), “A. Coxibs and Cardiovascular Disease” en *New England Journal of Medicine*, 351, 17, pp. 1709-1711.
- Flenagin A., *et al.* (1980), “Prevalence of articles with honorary authors and ghost authors in peer reviewed medical journals” *JAMA*, 280, pp. 222-224.
- Klein, J.; Fleischman, E. y R. Alan (2002), “The Private Practicing Physician- Investigator: Ethical Implications of Clinical in the Office Setting” en *Hasting Center Report*, 32, 4, pp. 22-26.
- Lo, B. Wolf, L. y A. Berkeley. (2000), “Conflict of interest Policies for Investigators in Clinical Trials” en *New England Journal of Medicine*, 343, 22, pp. 1616-1620.
- Mc Crary, *et al.* (2000), “A National Survey of Policies on Disclosure of Conflict of Interest in biomedical

- research” en *New England Journal of Medicine*, 343, 22, pp. 1621-1626.
- Thompson, D.F. (1993), “Understanding financial conflicts of interest” en *New England Journal of Medicine*, vol. 329.
- Topol E. J. (2004), “Failing the Public Health-Rofecoxib, Merck, and the FDA” en *New England Journal of Medicine*, 351, 17, pp. 1707- 1709.



# **EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LOS PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO: CALIDAD Y RESPETO EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

*José Enrique Gómez Álvarez*  
Universidad Anáhuac del Sur

*Octavio Márquez Mendoza*  
*Marcela Veytia López*  
*Rosalinda Guadarrama Guadarrama*  
Profesores-investigadores del  
Centro de Investigación en Ciencias Médicas  
(CICMED)  
Universidad Autónoma del Estado de México

## **CONTEXTO DEL PLANTEAMIENTO**

Este capítulo nació de las observaciones hechas al realizar prácticas profesionales en el Centro de Salud Manuel Escontría, del Gobierno de la Ciudad de México en San Ángel. Allí se observaron y analizaron diversos servicios, descubriendo fortalezas y debilidades de los mismos y del aprovechamiento al máximo de recursos no siempre abundantes, más bien lo contrario, para el beneficio de los pacientes. Entre los diversos servicios, llama la atención el del laboratorio, sobre todo, por la importancia que en primer nivel se requiere como apoyo al diagnóstico médico. Así mismo, por la entrega del personal del centro, que con un esfuerzo enorme atiende una demanda poblacional continua.

De igual forma se manifestó la enorme confianza que ponen los pacientes en el personal de salud, a lo largo de todo el proceso, desde el manejo de muestras, las técnicas de asepsia, etc. El paciente tiene una postura más o menos “paternalista”: el médico y el personal de enfermería tienen una “excesiva” confianza en su juicio y observaciones. Eso llama la atención porque debido a los cambios del modelo médico-paciente de las últimas décadas, se le ha dado al paciente el reconocimiento, o mejor dicho el derecho, de participar en las decisiones médicas, aunque a veces, pareciera que el proceso de asimilación del mismo ha sido disparejo y lento.

Claro que esto no es nuevo, un estudio realizado en Medicina Interna en el Hospital Adolfo Ruiz Cortines, muestra la tendencia de no tener consientes a los pacientes de sus derechos, condición no para ejercerlos como tales:

De los pacientes, 54% era del género masculino; 58% mayores de 47 años de edad; con un grado de escolaridad de primaria 54%; la ocupación empleados y labores del hogar fueron las más frecuentes 41% y 35% respectivamente [...] Sólo 32% de los pacientes conocía sus derechos [...] una vez que se les dieron a conocer, manifestaron que siete de los doce derechos sí son aplicados por el personal que está al cuidado de su salud [...] Además mencionaron recibir atención médica oportuna, considerada y respetuosa; no obstante que el médico los mantiene informados respecto a su enfermedad, desconocen su nombre (Carrillo *et al.*, 2001: 24).

Nótese la idea crucial, de que al mencionárselos, pudieron reconocerlos como tales. Este “mencionárselos” es parte del consentimiento informado. Debe aportarse “antes” del proceso, no ya trascurrido, más

que para fines de evaluación y verificación de resultados, metas, etc. Entonces, no es de sorprender la actitud de los pacientes de conocer sólo “lo importante”, su enfermedad, y que queda, al menos en apariencia, en un segundo momento, los derechos a saber y aprobar el modo de tratar la enfermedad. De hecho, en el desglose de los derechos de los pacientes, las autores del estudio mencionado indican que sólo el 50% reportó que se les haya pedido el consentimiento informado respecto a los procedimientos. (Carrillo *et al.*, 2001).

En este capítulo, en consecuencia, se propone el perfeccionamiento del modelo del Consentimiento Informado, en el área del laboratorio. La razón de esto es que a partir de la observación de múltiples pacientes y de la operación del servicio se concluye que el dar la opción al paciente de una información oportuna, en donde él asume, como pleno adulto, el papel de su autocuidado fomenta una auténtica autonomía, no entendida, como el capricho de la mera decisión, sino de estar seguro de que el paciente sabrá escoger la mejor opción, asumiendo su persona como el centro de una decisión nunca delegable a otros.

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO: MÁS ALLÁ DE LA LEGALIDAD**

El Consentimiento Informado se ha considerado, en tiempos recientes, como un derecho fundamental del paciente y de los involucrados en las decisiones clínicas acerca de procedimientos, tratamientos, etc. En principio, el consentimiento informado debería aplicar en todas las situaciones e intervenciones. Significa una

verdadera comprensión de las implicaciones del procedimiento, sus riesgos y beneficios. El consentimiento tal como la define la NOM 122 consiste en:

los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios (NOM, 1998, 4.2).

En el numeral 10.1.1 se señalan los elementos mínimos de la carta de consentimiento y son:

Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso [...] Nombre, razón o denominación social del establecimiento [...] Título del documento [...] Lugar y fecha en que se emite [...] Acto autorizado [...] Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado [...] Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva; y [...] Nombre completo y firma de los testigos (NOM, 1998).

Por último, se indica en qué circunstancias debe utilizarse (NOM, 1998: 10.1.1 2). De cualquier forma el consentimiento informado descansa o se fundamenta en un criterio ético:

Para obtener el consentimiento, consenso o autorización de un paciente en estudio clínico, procedimientos diagnósticos y de tratamiento o rehabilitación, deberá tomarse en cuenta su capacidad de autodeterminación,

para lo cual se debe informar, en términos sencillos, en qué consiste su padecimiento, el procedimiento que se va a realizar, el motivo o la necesidad de ello, las consecuencias o riesgos que puedan esperarse y los procedimientos opcionales, sus ventajas y desventajas. Sólo de esta forma actuamos éticamente; de otra manera estamos atentando contra el derecho del paciente a decidir sobre su propia vida, tanto en los aspectos físico y moral, como en los aspectos social y laboral (Islas M y Muñoz, 2000: 271).

Las circunstancias bajo las cuales se tendría que utilizar el Consentimiento Informado son el ingreso hospitalario, cirugía mayor, cuando se utilice anestesia general, salpingoclasia y vasectomía, trasplantes, investigación clínica, necropsia, procedimientos que impliquen mutilación y procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados de alto riesgo. Pero agrega al final: “El personal de salud podrá obtener cartas de consentimiento bajo información adicionales a las previstas en el inciso anterior cuando lo estime pertinente, sin que para ello sea obligatorio el empleo de formatos impresos” (Islas M y Muñoz, 2000).

Además conviene insistir en que en el Consentimiento:

La información debe ser comprensible, con todos los términos técnicos explicados en la medida de lo posible. Sólo es verdaderamente informado el paciente que ha recibido esa información en un lenguaje asequible, de tal forma que se garantice la comprensión. Además el médico debe asegurarse que el paciente ha comprendido su situación y las alternativas de tratamiento que se le ofrecen (Prieto *et al.*, s.f.: 14).

Es decir, no basta que al paciente se le proporcione información, es preciso ser garante de la comprensión del mismo. De ahí que uno de los elementos que se consideran en este capítulo es cómo proporcionar los medios y el proceso de verificación de la información dada.

Otra pregunta interesante es si estos criterios se deben de aplicar sólo en un momento del proceso o no. Si el Consentimiento Informado debe señalarse en procesos diferentes del diagnóstico.

### **REFLEXIÓN SOBRE EL ALCANCE DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LABORATORIO**

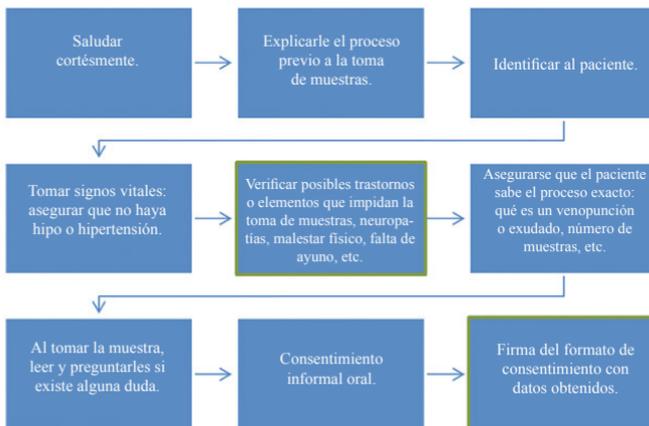
El Consentimiento Informado, de este modo, no se refiere a cubrirse legalmente, sino a tener siempre correctamente bien informado al paciente de cualquier intervención sobre su cuerpo, por benigna e insignificante que pueda parecer. De este modo, en el caso que se comenta aquí, hay que buscar un mecanismo que garantice el acceso. Nótese que no es de costo elevado, sino de elevación de la calidad de la información y estructura organizacional. Un ejemplo análogo es el caso de la prevención de complicaciones en el embarazo. En un estudio titulado *Manejo del Triage obstétrico y código máter en el Estado de México* (Alvarado *et al.*, 2012) se señala cómo los índices de mortalidad asociada al embarazo se redujeron dramáticamente al seguir de un modo ordenado, por el personal de enfermería y sanitario en general, un protocolo. El hecho de haber estructurado un procedimiento consensuado, acorde a prácticas profesionales sensatas, permite lo-

grar metas de salud pública, respetando el derecho al acceso a la salud y adaptándose a la realidad del país que tenemos. Los autores, de hecho, señalan:

mediante la aplicación de estas estrategias y protocolos de los que hemos venido hablando, se han logrado cambios significativos en la población desde el momento de que se logra identificar las diversas formas de manifestación de posibles complicaciones y a través de establecer un manejo uniforme por parte de todas las especialidades competentes (Alvarado *et al.*, 2012, 69-70).

Ahora bien, en el tema tratado ya se había señalado la deficiencia en cuanto “dar por hecho” el Consentimiento. ¿No es posible llevar un sencillo protocolo previo al proceso de toma de muestras?, ¿no es posible un minicuestionario y/o procedimiento que lleve tres minutos, para así prevenir desde molestias menores al paciente, como complicaciones más severas? Parece que sí y esto puede ser realizado perfectamente bien por el propio personal a cargo del laboratorio o sencillamente con el trabajo del auxiliar de enfermería que puede, en el proceso de espera, realizar el protocolo sin interferir con la velocidad y/o eficiencia de los técnicos del laboratorio. En el caso de la Clínica observada, la TIII Esconría, las personas esperan en fila mientras pasan al área de toma de muestras. Es perfectamente posible, y de hecho, se hizo la prueba sencilla, de tomar los signos vitales esenciales y realizar un par de preguntas de control, mientras esperan el turno. Prácticamente no hubo oposición a ese valor agregado o adicional a la espera. Además, a veces se puede, con ese sencillo procedimiento, detectar algún

otro signo de desorden, como podría ser una hipertensión o una hipoglucemia, etc., que fácilmente puede ser canalizada. Con estos elementos se proponen entonces, dos vías para garantizar el derecho al consentimiento informado en procedimientos ordinarios de laboratorio: el primero consiste en el procedimiento oral y toma de signos vitales, aclarando con exactitud, por el personal auxiliar, las dudas y significados. Se registran los datos del paciente al momento de pasar a la toma de las muestras. Sencillamente se anexa al papel de laboratorio el documento con los datos obtenidos, alertando así, al personal del laboratorio de alguna variable digna de considerar al momento del estudio. Si planteamos esto a manera de un diagrama procedimental quedaría así:



En el laboratorio clínico se realizan ciertos actos médicos que no solicitan consentimiento informado, como: la obtención de muestras sanguíneas y exudados. No se observó en el proceso de prácticas que se diese alguna explicación del procedimiento en cuanto

riesgos, aunque estos sean modestos, como el hecho de perforar una vena, quizás producir una infiltración, una lesión leve o moderada del brazo.

Así mismo, no se observó el Consentimiento a ese procedimiento; se da por hecho. Al indagar lo anterior con la jefa del laboratorio explicó que ese consentimiento ya estaba dado por el médico tratante. Naturalmente, a falta de evidencia de eso no se podría dar por negado lo anterior. Sin embargo, al revisar expedientes de pacientes, con estudios de gabinete o de laboratorio, no se encontró ninguna carta de consentimiento. Es cierto, que en algunos procedimientos, como la colocación de anticonceptivos subcutáneos, se le pide a la paciente que explique por escrito las razones o motivos de extraerse o colocarse uno, pero no es del todo claro que haya existido un auténtico consentimiento. Existen pruebas, que son mucho más delicadas en cuanto los resultados y lo que implican. Las pruebas en el laboratorio, como el VDRL, implican no sólo consecuencias clínicas. Es claro que un paciente que recibe un resultado inesperado o que implique, por ejemplo, revelar algo más que un estado clínico, como una infidelidad de pareja, etcétera, tiene más consecuencias para él o ella y sus familiares. Es decir, si el bien integral del paciente es lo que constituye la salud, ese bien incluye, así mismo, las implicaciones sociales o afectivas del paciente. La pregunta es si no debería, independientemente de “cumplir” la Norma 122, reiterar el consentimiento informado de un modo auténticamente privado. Además ¿se tendría que considerar la orden de laboratorio como una “mera” orden de trabajo?<sup>1</sup>

<sup>1</sup>“La solicitud de análisis no debe ser entendida nunca como una ‘orden de trabajo’ sino como una interconsulta al laboratorio.

Conviene añadir que, además, la calidad del servicio en salud termina evitando costos indirectos (Gutierrez, 2007), como son consultas recurrentes del paciente, tiempo invertido en solución de quejas, daño a la imagen institucional, etc., que son perfectamente previsibles con procedimiento de atención de buena calidad. Lo anterior se traduce sencillamente en respetar los derechos de los pacientes: trato digno e información oportuna.

Una de las dificultades es que debido a la sobre demanda del servicio, el pedir un somero Consentimiento Informado haría muy lento el servicio. Además, la falta de privacidad en la toma de muestras, debido a que no existe un cubículo especial para toma de muestras, dificulta la posibilidad misma de solicitar el Consentimiento, al menos verbal e informar correctamente el procedimiento. Por otra parte, hay pruebas que se realizan en el laboratorio, como las rápidas de sangre para detectar antígeno prostático, en donde el resultado queda a la “vista de todos”, a veces estando el paciente ahí. Debe cuidarse esa privacidad al máximo.

Ahora bien, señalado el proceso y considerando que el consentimiento informado debe incluir en el caso que tratamos: (Prieto *et al.*, s.f.: 12).

- Explicaciones de los diversos resultados y su significado.
- Molestias y riesgos derivados de su realización.
- Beneficios esperados.

---

Como tal el laboratorio en función de unos protocolos previos y de los datos del paciente realiza una estrategia diagnóstica, durante la cual puede añadir o suprimir pruebas concretas.” (Prieto, *et al.*, s.f: 37 ).

- Garantías de confidencialidad de resultados.
- Otras informaciones.

Este consentimiento debe tener una fase informativa, en donde el paciente, puede ver un tríptico de consentimiento en laboratorio y otra de reafirmación y verificación en el proceso de recepción final del paciente en donde se confirme y ratifique la comprensión de los procedimientos a realizar.

Veamos el modelo de tríptico propuesto de consentimiento informado de laboratorio en las siguientes páginas:



**¿Qué van a hacerle para realizar estos?**

Para realizar estos análisis el personal debe estar capacitado en técnicas de laboratorio del personal. Los resultados serán entregados en un tiempo, con la firma, etc.

En la mayor parte de los casos, los resultados serán entregados en un tiempo, con la firma, etc.

En caso de que los resultados sean negativos, el personal debe estar capacitado en técnicas de laboratorio del personal. Los resultados serán entregados en un tiempo, con la firma, etc.

En caso de que los resultados sean positivos, el personal debe estar capacitado en técnicas de laboratorio del personal. Los resultados serán entregados en un tiempo, con la firma, etc.

**¿Qué son los análisis, para qué sirven, cómo y dónde se hacen?**

Los análisis se realizan en el laboratorio, para saber si el paciente tiene alguna enfermedad y saber cuál es el estado de la misma.

El costo, puede variar de acuerdo a los análisis que se realicen. Los análisis se realizan en el laboratorio.

**¿Cómo se le comunican los resultados?**

Los resultados se comunican al paciente en el momento de la entrega de los resultados, con la firma, etc.

El paciente puede solicitar que los resultados se le comuniquen por correo electrónico.

En caso de que los resultados sean positivos, el personal debe estar capacitado en técnicas de laboratorio del personal.

**¿Puede regresar a resultados?**

Los resultados se comunican al paciente en el momento de la entrega de los resultados, con la firma, etc.

Cómo puede notarse, prácticamente señala lo que son los análisis, los posibles temores al mismo y se hace explícito el consentimiento informado y el derecho a la confidencialidad de los resultados. Con estos elementos se puede realizar la verificación y comprensión de los procedimientos antes de la toma y/o entrega de muestras al laboratorio, como se señaló oportunamente.

### CONCLUSIÓN

Sólo se han expuesto unas pequeñas reflexiones de la práctica del Consentimiento Informado ideal respecto a la práctica real en el laboratorio. Aunque es posible que alguien objete que hay una exageración en el análisis, en el sentido, que son “minucias” respecto al bien total del cuidado a la salud, sin embargo, podríamos responder que el objetivo del análisis ético de este

tema nos lleva a reconocer el ideal máximo al que hay que aspirar, aunque nunca se logre del todo. Comparémos, en consecuencia, la opinión de que:

Si los profesionales se refugian en una medicina defensiva, aferrándose a los requisitos legales estrictos, lo que saldrá perdiendo es la relación médico-paciente, que no estará basada en la confianza y el paciente se verá abrumado con una información que no entiende y que en nada le servirá para tomar una decisión.

La idea ética del Consentimiento Informado expresada aquí es la excelencia de la relación médico-paciente, un alto ideal que a menudo se realiza imperfectamente. Llegar a realizar este ideal significa transformaciones importantes en la relación tradicional del médico-paciente y en la asistencia sanitaria. Las propuestas pueden ser varias, pero algunas son fundamentales y en ellas se está incidiendo en los hospitales a través de los programas de calidad (Prieto *et al.*, s.f.: 23).

## REFERENCIAS

- Carrillo, M.G., Durán, M.G. y M. Leal (2001), “Conocimiento del paciente sobre sus derechos” en *Revista de enfermería del IMSS*, 9, 1, pp. 23-26.
- Gutierrez, L. (2007), “El trato humano, ¿incrementa el costo en la calidad de la atención?” en *Revista de enfermería del IMSS*, 15, 3, pp. 121-123.
- Islas, M. y H. Muñoz (2000), “El consentimiento informado. Aspectos bioéticos” en *Revista Médica del Hospital General de México, D.F.*, 63 México.

*Norma Oficial Mexicana NOM-168-Ssa1-1998, Del Expediente Clínico*, [En línea] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html> [Consultado el 30 de mayo de 2013].

Prieto, Santiago *et al.* (s.f.), “Consentimiento informado y otros aspectos bioéticos de la información al paciente en el ámbito del laboratorio clínico”, *VII Congreso de Laboratorio*, Burgos, España.

Este libro se imprimió por primera vez  
bajo demanda en el mes de febrero de 2014, con un  
tiraje de 200 ejemplares.  
en los talleres de Publidisa Mexicana S. A. de C. V.  
calz. Chabacano núm. 69, Planta Alta, col. Asturias,  
delg. Cuauhtémoc, D. F., México, C.P. 06850  
[www.publidisa.com](http://www.publidisa.com)

