Bioética

Fundamentos y Dimensión Práctica

Editores
Ana Escríbar W.
Manuel Pérez F.
Raúl Villarroel S.

MEDITERRANEO
SANTIAGO - BUENOS AIRES - MONTEVIDEO

Inscripción Registro Propiedad Intelectual Nº 139.208
Ana Escríbar W.
Manuel Pérez F.
Raúl Villarroel S.

Prohibida la reproducción total o parcial de este libro por cualquier medio, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, sin el permiso escrito de los editores.

Dirección General: Ramón Alvarez Minder
Dirección Editorial: Mª Pilar Marín Villasante

©2004. Editorial Mediterráneo Ltda.
Av. Eliodoro Yáñez 2541. Santiago, Chile.
ISBN: 956-220-236-4

Diseño de Portada: versión / producciones gráficas ltda.

Composición y Diagramación: Dagoberto Espinoza Chávez

Impreso en Chile por: Salesianos S.A.

Editores

Ana Escríbar

Profesora de Filosofía - Universidad de Chile
Profesora Titular Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile
Directora del Centro de Estudios de Ética Aplicada
de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile

Manuel Pérez

Médico Neurólogo
Presidente Comité de Ética Clínica Las Condes
Magíster en Bioética - Universidad de Chile
Magíster (c) en Filosofía c/m en Axiología y Filosofía Política
de la Universidad de Chile
Profesor Asistente de la Facultad de Filosofía y Humanidades
de la Universidad de Chile
Miembro del Centro de Estudios de Ética Aplicada
de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile

Raúl Villarroel

Profesor de Filosofía - Universidad de Chile
Magíster en Filosofía c/m en Axiología y Filosofía Política – Universidad de Chile
Magíster en Bioética – Universidad de Chile
Doctor en Filosofía c/m en Filosofía Política – Universidad de Chile
Profesor Asistente de la Facultad de Filosofía y Humanidades
de la Universidad de Chile
Miembro del Centro de Estudios de Ética Aplicada
de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile

Colaboradores

Jorge Acevedo
Profesor Titular de Filosofía
Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile.
Director Departamento de Filosofía
Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile.

Ernesto Aguila
Psicólogo
Universidad Católica de Chile.
Doctor en Educación
Universidad de Barcelona, España.
Instructor Facultad de Filosofía y Humanidades
Universidad de Chile.
Miembro del Equipo Académico del Centro de Estudios de Ética Aplicada
Facultad de Filosofía y Humanidades
Universidad de Chile.

Jaime Araos
Profesor de Filosofía
Universidad Católica de Valparaíso.
Licenciado en Filosofía
Universidad Católica de Valparaíso.
Doctor en Filosofía
Universidad de Navarra, España.

José Barzelatto
Médico Gineco-Obstetra
Vice Presidente de ONG "The Center for Health and Social Policy".
Miembro del Comité de Ética de la FIGO.

Luis Cereceda
Médico Oncólogo
Universidad de Chile.
Servicio de Oncología y Unidad del Dolor
Hospital Fuerza Aérea de Chile.

Pamela Chávez
Licenciada en Filosofía
Pontificia Universidad Católica de Chile.
Magíster en Filosofía c/m en Metafísica
Universidad de Chile.
Magíster en Bioética
Universidad de Chile.
Máster en Democracia y Educación en Valores
Universidad de Barcelona, España.
Instructor
Facultad de Filosofía y Humanidades
Universidad de Chile.
Miembro del Equipo Académico del Centro de Estudios de Ética Aplicada
Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile.

Soledad Díaz
Médico Gineco-Obstetra
Pontificia Universidad Católica de Chile.
Miembro del Directorio del Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER).
Consultora de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
Miembro del Panel Médico de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF).

Aníbal Faúndez
Médico Gineco-Obstetra
Universidad de Chile.
Profesor Titular de Obstetricia
Departamento de Tocoginecología
Facultad de Ciencias Médicas e UNICAMP.

Adela Herrera
Médico Geriatra
Universidad de Chile.
Jefe Servicio Geriatría
Subdirectora Departamento de Medicina
Hospital Clínico Universidad de Chile.
Clínica Las Condes.

Miguel Kottow
Médico Oftalmólogo
Universidad de Chile.
Magíster en Sociología (R.F.A.).
Doctor en Medicina (R.F.A.).
Profesor Titular
Facultad de Medicina y Facultad de Filosofía y Humanidades
Universidad de Chile.

Ximena Luengo
Médico Cirujano, especializada en Adolescencia
Universidad de Chile.
Magíster en Salud Pública.
Directora Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER).
Profesor Asistente
Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
Presidenta del Comité de Adolescencia de la Sociedad Chilena de Pediatría.

María José López
Licenciada en Letras
Pontificia Universidad Católica de Chile.
Magíster en Bioética
Universidad de Chile.
Magíster en Filosofía
Universidad de Chile.
Miembro del Equipo Académico del Centro de Estudios de Ética Aplicada
Facultad de Filosofía y Humanidades
Universidad de Chile.
Ayudante
Facultad de Filosofía y Humanidades
Universidad de Chile.

Fernando Ortiz
Abogado
Universidad de Chile.
Profesor de Medicina Legal
Universidad de Chile, Universidad de Santiago, Universidad Andrés Bello.
Magíster (C) en Bioética
Universidad de Chile.

Laura Rueda
Terapeuta Ocupacional
Universidad de Chile.
Licenciada en Ciencias de la Ocupación Humana
Universidad de Chile.
Magíster en Bioética
Universidad de Chile.
Profesora Asistente
Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
Investigadora del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética CIEB.
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, Universidad de Chile.

Ronald Youlton
Médico Pediatra
Universidad de Chile.
Clínica Las Condes.
Profesor Titular de Pediatría
Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Fernando Zegers-Hochschild
Médico Gineco-Obstetra
Universidad de Chile.
Director Unidad de Medicina Reproductiva
Clínica Las Condes.

Agradecimientos

La aparición de un libro de bioética como el que hoy tenemos el agrado de presentar demuestra por sí misma la posibilidad real de lograr un trabajo de carácter multidisciplinario; no sólo en lo que respecta a la posible colaboración entre las varias especialidades dentro de una profesión en particular, sino en el hecho de reunir en un todo organizado los diversos enfoques de los autores desde el ámbito científico al humanista, poniendo de manifiesto en todos ellos una especial vocación tendiente a proteger la vida humana, la vida en su conjunto y el medio ambiente que la sustenta.

Junto a la diversidad metodológica presenciamos, así, la unidad final expresada en la obtención de puntos de acuerdo ensamblados por el común deseo de mejorar la calidad moral de la vida, tanto en la relación entre las personas como en la disposición a preservar nuestro mundo biológico global.

Destacamos esa unidad materializada en esta obra, dado que la bioética es por definición una actividad transdisciplinaria; como tal exige junto al pluralismo el máximo respeto frente a la diversidad de los diferentes proyectos de vida, lo que acentuará el sentido comunitario e intersubjetivo de nuestras existencias.

La verdad es que sólo llegamos a conocernos realmente mediante la relación con el otro y esta relación dual, lograda en este libro a través del contacto temático a partir de diversas perspectivas, nos ha permitido obtener la unidad necesaria para plasmar un contenido bioético que se proyecta en la común intención de promover los ideales de perfección y "vida buena".

No nos queda más que expresar nuestro profundo agradecimiento a todos los académicos que con gran dedicación y cariño han sabido responder a nuestra convocatoria con una calidad profesional y humana excepcional.

No quisiéramos concluir estas palabras sin expresar nuestro especial reconocimiento a Ximena Alvarado, nuestra secretaria, la que no sólo colaboró intensamente en la realización de nuestro proyecto, sino que valoró adecuadamente la importancia de lo que realizaba.

Los Editores

Índice

Introducción 15

1 | Antecedentes filosóficos de la Bioética

Ética de las virtudes y teleología: Aristóteles. *Jaime Araos* 23

Ética deontológica: Immanuel Kant. *Ana Escríbar* 49

Ética y axiología. *Jorge Acevedo* 58

Ética utilitarista. *Raúl Villarroel* 71

Ética del discurso. *Raúl Villarroel* 85

La actual tendencia a una complementación entre deontología y ética de la responsabilidad. *Ana Escríbar* 104

2 | Surgimiento y desarrollo de la Bioética

Primeros hitos en el desarrollo de la bioética. *Ana Escríbar* 127

Introducción al método deliberativo en bioética. *Pamela Chávez* 138

Introducción al enfoque narrativo en bioética. *María José López* 147

Condicionamientos sociales en bioética. *Miguel Kottow* 155

3 | Bioética clínica

Salud y enfermedad. *Manuel Pérez* 175

El acto médico. *Manuel Pérez* 182

Ética y regulación de la fertilidad. *Soledad Díaz* 195

Aspectos éticos en la atención del adolescente y en la prevención del embarazo no deseado. *Ximena Luengo* 210

Discusión en torno al estatuto ontológico y ético del embrión. *Pamela Chávez* 226

Manipulación del genoma humano y clonación: Aspectos biológicos y éticos. *Ronald Youlton* 257

Fecundación *in vitro*: Aspectos médicos y éticos. *Fernando Zegers-Hochschild* 265

Ética y aborto. *Aníbal Faúndez* y *José Barzelatto* 287

Problemas éticos del final de la vida: Introducción. *Manuel Pérez* 304

Ética de los cuidados paliativos. *Luis Cereceda* 309

Vejez. *Adela Herrera* 317

Muerte. *Manuel Pérez* 354

Muerte cerebral. *Manuel Pérez* 362

Conceptos aceptados en Occidente en relación a muerte cerebral. *Manuel Pérez* 375

Eutanasia. *Manuel Pérez* 379

4 | Otras aplicaciones de la Bioética

Bioética y medio ambiente. *Raúl Villarroel* 389

Ética e investigación en sujetos humanos. *Laura Rueda* 422

Bioética y derecho: Protección ético/jurídica de la vida humana. *Fernando Ortiz* 453

Bioética y ciudadanía: La bioética como espacio de radicalización de la democracia. *María José López* 460

Bioética y educación. *Ernesto Águila* 472

Epílogo 487

Introducción

Como primer paso del recorrido que emprenderemos a lo largo de estas páginas, parece conveniente que revisemos brevemente el significado de tres términos que serán centrales en la exposición: "ética", "moral" y "bioética".

Si recurrimos al origen etimológico de los dos primeros vocablos, el uno proveniente del griego "*éthos*", el otro del latín "*mores*", no descubriremos grandes diferencias entre uno y otro; el primero se traduce por carácter, el segundo por costumbre, pero el carácter no es, probablemente, sino un conjunto de costumbres consolidadas.

A lo largo de la historia de la filosofía, por otra parte, hay autores que diferencian los dos vocablos y que no necesariamente coinciden en el sentido que les atribuyen, mientras otros –debido precisamente a esas discrepancias– prefieren utilizarlos como sinónimos.

Es frecuente, sin embargo, que se use el término ética para designar la filosofía moral, o filosofía práctica; esto es, la reflexión filosófica sobre la acción humana en sus aspectos susceptibles de ser calificados de buenos o malos, correctos o incorrectos, vale decir, en los aspectos de la acción que denominamos morales. La ética sería, así, una teoría de la moral, pero de la moral en su conjunto y no de una moral determinada; como consecuencia de ello –desde esta perspectiva– la ética no intenta dirigir la acción sino en forma indirecta, en la medida en que busca dar razón de la moral, en la medida en que la justifica o no a través de fundamentos válidos.

La moral, en cambio, dirige directamente la acción calificándola de buena o mala, de correcta o incorrecta, en función de una imagen o ideal de hombre aceptado por una comunidad determinada y de las normas surgidas a partir de esa imagen o ideal. La moral –bajo formas más o menos complejas, más o menos racionales, más o menos humanas– ha acompañado al hombre a lo largo de toda su historia; la ética, en cambio, en el sentido en el que la hemos definido, surge en Grecia, junto con la filosofía.

La bioética, por último, es una ética aplicada que –a diferencia de la ética propiamente tal– no es una reflexión filosófica sobre la moral en su conjunto, sino una reflexión interdisciplinaria tendiente a la solución de los conflictos que, derivados de la manipulación técnica de la vida y del medio ambiente que la sustenta, en una u otra forma representan una amenaza para la vida individual y colectiva. En su calidad de ética aplicada, más que la búsqueda de fundamentos, le interesa la definición de procedimientos conducentes a la solución de esos conflictos; ese carácter procedimental es el que –a la vez– la diferencia de la moral, en cuanto no tiende a regular la acción en función de una imagen o ideal de hombre aceptado por una comunidad específica, sino en función de la básica racionalidad de procedimientos comúnmente aceptados.

Si la moral ha sido una permanente compañera del hombre y la ética surgió a la par con la filosofía, la bioética es una recién llegada: surge en la segunda mitad del siglo xx. Sin embargo, a pesar de su juventud, ha alcanzado actualmente una presencia tan destacada –especialmente en el ámbito de las ciencias de la salud– que merece una reflexión que intente dar razón de ese crecimiento.

Carencias que satisface la bioética

El ritmo acelerado asumido por el desarrollo científico técnico en el último siglo ha producido una expansión de los alcances de la acción humana que –hasta hace poco– hubiera parecido inconcebible.

Como consecuencia de ello se ha producido un desfase entre la normativa moral, por un lado, y la capacidad humana de actuar, por otro. Este desfase, responsable quizá del oscuro y difuso malestar que hoy parece afectar al inconsciente colectivo de la humanidad occidental, se cuenta –muy probablemente– entre las causas menos analizadas de la actual reivindicación de la ética al interior de la filosofía y de la creciente receptividad frente a la bioética.

La expansión de los alcances de la acción humana a la que hacemos referencia se hace presente, fundamentalmente, en dos ámbitos: el de las relaciones del hombre con la naturaleza y el de las relaciones del hombre consigo mismo; éstas últimas, a su vez, asumen dos aspectos: las relaciones entre contemporáneos y las relaciones entre la generación actual y las venideras.

Relaciones del hombre con la naturaleza. Para el hombre antiguo y medieval, pero también en gran medida para el hombre moderno hasta hace un par de siglos, la naturaleza representaba lo estable, aquello sobre lo cual

carecía de poder y, por consiguiente, de responsabilidad. Su acción sobre la naturaleza carecía de consecuencias y si tenía alguna, afectaba sólo a lo espacialmente próximo y era de carácter eminentemente transitorio.

La ciudad, en cambio, como lugar en el que transcurría la convivencia, constituía el ámbito en cuyos acontecimientos el hombre tenía influencia y en el que, por lo tanto, se desplegaba su responsabilidad.

Como consecuencia de ello, las normas morales no se ocupaban de regular las relaciones del hombre con la naturaleza, sino que se centraban en la regulación de las relaciones de los hombres entre sí; vale decir, la moral tradicional es, en este sentido, debido a que los alcances de la acción humana no exigían otra cosa, fundamentalmente antropocéntrica.

Así, cuando el desarrollo técnico pone en manos del hombre el poder para alterar profundamente no sólo el medio ambiente en el planeta sino la biósfera completa, con el consiguiente riesgo para la vida en su conjunto, constatamos que el hombre –apoyado por la fundamentación que la ética hace de la moral– se percibe a sí mismo como el único fin en sí. Esto es, como el único ente en el mundo que no debe jamás ser tratado solamente como medio, mientras todo el resto queda disponible para ser puesto al servicio de su voluntad de poder.

Relaciones del hombre consigo mismo. Aunque éste es el ámbito regulado por las normas de la moral tradicional, exige hoy la atención de la reflexión ética desde dos perspectivas.

En primer lugar, porque como consecuencia del proceso de globalización en curso, hoy conviven dentro de una misma sociedad los que podríamos considerar como "extraños morales"; esto es, personas que tienen distintas concepciones de la vida buena, distintos ideales en lo que respecta al bien y a la felicidad, distintas creencias religiosas, distintas ideas políticas y filosóficas; en suma, personas que pertenecen a diversas tradiciones y que –a diferencia de lo que sucedía en las sociedades premodernas– demandan perentoriamente condiciones de igualdad. Nuestras sociedades presentan, pues, una composición plural en lo étnico y en lo cultural que exige establecer entre esos extraños morales una forma de convivencia más o menos armónica. Ello implica, por un lado, aprender a respetar las diferencias, descubriendo en ellas la riqueza multifacética de lo humano; por otro, reconocer ciertos deberes mínimos que todos esos extraños están obligados a respetar para salvaguardar los iguales derechos de todos.

En segundo lugar, porque el nivel de desarrollo científico técnico alcanzado introduce en esas relaciones entre contemporáneos un grado de complejidad tal que genera interrogantes morales inéditas. Así, por ejemplo, hoy

nos preguntamos si es legítima, y en caso de serlo dentro de qué límites, la prolongación artificial de la vida humana; si es legítima la fecundación *in vitro*, la criopreservación de embriones, la manipulación genética de especies vegetales y animales, incluida la de la especie humana misma, la clonación de embriones humanos con fines terapéuticos o de otra índole, etc. Vale decir, enfrentamos situaciones insospechadas para quienes nos precedieron, las que –por eso mismo– no pudieron ser reguladas por la moral tradicional, ni pudieron ser objeto de la reflexión de una ética aplicada.

Por otra parte, tal como en el período premoderno las consecuencias de la acción del hombre sobre la naturaleza estaban circunscritas a lo espacialmente próximo, en lo temporal su influencia se extendía poco más allá de la próxima generación –la de sus hijos– o, en el mejor de los casos, hasta la subsiguiente, la de sus nietos. Su responsabilidad, por lo tanto, tampoco alcanzaba más lejos y, concordantemente, la normativa moral se centraba en la regulación de las relaciones entre los próximos en el tiempo y en el espacio.

Actualmente, en cambio –a través de su acción depredadora sobre la naturaleza– el hombre puede privar a las futuras generaciones de un medio ambiente y de una biodiversidad aptas para el desarrollo de una vida auténticamente humana. Por otra parte, mediante la manipulación de sus genes, en pos de la aparición de un hombre supuestamente mejor, puede transformar su propia especie. En otras palabras, el hombre posee actualmente, bajo dos formas distintas, el poder de hacer desaparecer a la especie humana de la faz de la tierra, por lo menos bajo la forma en que ella surgió como producto de la evolución.

Funciones que debe cumplir la bioética

La bioética viene, pues, a llenar una carencia; viene a remediar el desfase entre la moral y la reflexión ética, por un lado y, por otro, los alcances de la acción humana profundamente modificados como consecuencia del nivel alcanzado por el desarrollo científico técnico.

La bioética no pretende, por lo tanto, reemplazar la moral y la ética tradicionales sino completarlas en relación a los problemas inéditos que –derivados del actual poderío técnico y del proceso de globalización en curso– demandan nuevos procedimientos para su solución.

Contenidos del libro

Como dijéramos más arriba, la bioética –más que investigar posibles fundamentos– se ocupa de la definición de métodos tendientes a la solución de conflictos emanados fundamentalmente de la manipulación técnica de la

vida y del medio ambiente que la sustenta. En esta dirección, precisamente, se pone de manifiesto lo que podría considerarse como el principal aporte de la ética filosófica a la bioética: la búsqueda que la primera ha hecho a lo largo de toda su historia de los fundamentos últimos de la moral.

Este aporte reviste hoy una especial urgencia debida a lo que Hans Jonas y Karl-Otto Apel, filósofos y eticistas contemporáneos, califican como la paradoja de nuestra época: la urgente necesidad del reconocimiento de normas de validez universal que regulen las consecuencias del desarrollo científico técnico, debido al riesgo que ellas implican para la humanidad en su conjunto, y la aparente incapacidad de nuestra cultura para descubrir un fundamento suficiente para dichas normas.

Esa aparente incapacidad responde naturalmente al desfase entre los ritmos de la reflexión ética y del desarrollo técnico ya descrito; pero se ve agravada por la convicción –sustentada por el cientificismo positivista, pero que en gran medida ha impregnado la conciencia colectiva contemporánea– de que la objetividad corresponde en forma exclusiva a la ciencia. La ética, en cambio, hundiría sus raíces en la emotividad y no en la razón; no podría, por lo tanto, dar cuenta racionalmente de sus juicios y quedaría relegada al ámbito de la vida privada en el que las conductas pueden orientarse de acuerdo a las preferencias individuales y grupales.

Hoy, pues, más que nunca –como lo destacan Jonas y Apel aunque desde perspectivas muy diferentes– la investigación referente a los fundamentos representaría una tarea primordial de la ética, tarea que es indispensable para que la bioética y el resto de las éticas aplicadas puedan centrarse en la función que les corresponde: la definición y aplicación de procedimientos para la solución de conflictos.

Es por eso que nuestro libro consagra parte de su primer capítulo a la exposición de los principales fundamentos para los juicios morales postulados por la ética filosófica a lo largo de su historia. La diversidad de estos fundamentos, sin embargo, podría ser un argumento más a favor de la irracionalidad última de la ética, sustentada por el cientificismo positivista. Como se verá en las exposiciones que siguen, nos atreveremos a sostener que hoy estamos aprendiendo a ver en esa diversidad momentos distintos aunque igualmente necesarios del razonamiento ético, los que dan lugar a los diferentes procedimientos indispensables para la solución de los conflictos que centran la atención de la bioética.

El segundo capítulo está dedicado a una exposición referente al surgimiento y desarrollo de la bioética; incluye una descripción de los sentidos originales del término, de los principales hitos en su desarrollo inicial, del surgimiento del principialismo y de otros procedimientos que lo complemen-

tan, de la importancia de la consideración de las consecuencias para la solución de los conflictos concretos y de las condiciones sociales que colaboraron al exitoso despliegue de la disciplina.

El capítulo tercero, aborda el análisis de temas centrales en bioética clínica, tales como salud y enfermedad, relación médico-paciente, problemas del inicio y del término de la vida, medicina paliativa, etcétera.

Finalmente, el cuarto capítulo revisa algunas aplicaciones de la bioética a ámbitos ajenos al de la medicina que se han visto también afectados por los nuevos rasgos asumidos por las relaciones de los hombres entre sí y con la naturaleza; los ámbitos de la investigación, del medio ambiente, del derecho, de la ciudadanía y de la educación.

Ponemos este texto –del que por respeto a las diversas especialidades involucradas y al pluralismo hemos tratado de excluir los tecnicismos y las posiciones dogmáticas– a disposición de los estudiosos de las humanidades, de la ciencia y de la técnica; esperamos que él contribuya en alguna medida al esfuerzo común para tender el puente con el que Van Rensselaer Potter soñó relacionar los valores manejados por las disciplinas humanistas y el poder que el desarrollo científico técnico ha puesto en manos del hombre.

LOS EDITORES

1

Antecedentes filosóficos de la bioética

Ética de las virtudes y teleología: Aristóteles

Jaime Araos

Acerca del significado de la palabra "ética"

Aristóteles constituye una de las cimas del pensamiento ético. La ética entendida como saber filosófico acerca de nuestra vida y de la experiencia moral debe a él su constitución científica. En pensadores anteriores, como Heráclito, Sócrates o Platón, encontramos profundas e iluminadoras reflexiones sobre cuestiones capitales de la ética; sólo en Aristóteles se constituye ésta como una disciplina filosófica distinta e independiente: define un conjunto de preguntas organizadas en torno a un problema central, el método propio que le permitirá avanzar y su relación con otras ciencias. También aquí, recogiendo y discutiendo el legado de sus predecesores, Aristóteles es un fundador de ciencias. Las líneas maestras que dan cuerpo al nuevo saber se pueden leer en la obra principal que ha dedicado a estas materias y que tanta influencia ha tenido sobre el decurso histórico y cultural de Occidente, la *Ética nicomaquea*, pero también se hallan en la *Ética eudemia*, la *Gran ética*, el *Protréptico* y la *Política*, además de otras obras que, en su pensamiento, están estrechamente vinculadas a los asuntos de las primeras, cómo son la *Retórica* o los *Tópicos*. La presente exposición se basa fundamentalmente en la *Ética nicomaquea*.

La palabra ética proviene del griego *ethiké*, un adjetivo que deriva del nombre *êthos* "carácter", "modo de ser" y "morada", "habitación"[1]. El término *êthos* designa originariamente el "lugar donde se habita", la patria o morada donde se vive; de allí pasa a significar el "lugar interior", la morada que el hombre porta en sí mismo, es decir, el principio del que brotan los actos humanos, la *disposición* que el hombre asume ante sí mismo, ante los otros y ante la naturaleza[2]. Y así llegamos al significado de *êthos* como "carácter",

[1] Para un desarrollo más amplio de la etimología de "ética", véase Aranguren JL. *Ética*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1997: 19-29.

[2] Un tratamiento a fondo y original de este concepto, puede verse en: Heidegger M. *Construir, habitar, pensar* y *Carta sobre el humanismo*, entre otros escritos suyos.

como el "modo de ser" y "forma de vida" que el ser humano se va apropiando a través de su existencia. Este carácter se manifiesta en su "comportamiento", o sea, en el modo como se "porta" o tiene a sí mismo (la morada interior), lo cual implica la *libertad*, pues sólo se tiene a sí mismo quien es libre, y la *referencia a los otros*, pues su "porte" exige atenerse a otros seres que también se tienen a sí mismos; conlleva, pues, una dimensión política, la convivencia que se da en el ámbito de la *polis*. El carácter es así algo que se tiene de un modo tan íntimo que define nuestro modo de ser y que queda impreso en nuestro comportamiento como su fuente inequívoca. Tal es el significado habitual en el uso de la palabra ética por parte de Aristóteles: así por ejemplo "virtudes éticas" quiere decir tanto como "virtudes del carácter".

Sin embargo, Aristóteles asocia el origen de la palabra "ética" no sólo a *êthos* sino también a *éthos* "costumbre", "hábito", nombre a partir del cual habría sido formado el primero por una ligera modificación (*EN* II 1103 a 17)[3]. De acuerdo a su pensamiento, empero, la vinculación lingüística entre los conceptos de carácter y costumbre es signo de una vinculación real, concretamente, de causalidad, pues el carácter –de acuerdo a una tesis de gran valía y aplicación en la ética de Aristóteles, que comparte con Platón[4]– se forma a partir de la costumbre, de modo que es ésta (y no el azar ni la naturaleza) el principio del cual procede aquél. Ambos sentidos, en consecuencia, son complementarios en orden a la comprensión del hecho ético. La palabra española "moral" expresa de lleno este último sentido, pues deriva del latín *moralis*, que significa "relativo a las *mores*", esto es, "relativo a las costumbres" [de *mos*, *moris* "costumbre", "norma"]. Con arreglo a este significado escribió Kant una "Metafísica de las costumbres" y en nuestro código legal se denomina como una sola cosa "la moral y las buenas costumbres".

Al traducir *éthos* por "costumbre" no hemos de entender, como se ve, una rutina exterior y mecánica; quizás dé mejor cuenta de su sentido la palabra "hábito", lo que se ha o se tiene –de allí "haber" y "hacienda"– de un modo tan radical que nos constituye en lo que somos, lo que se tiene de tal modo que *se es*: por ejemplo, tener el hábito de la veracidad es ser veraz y el de la mentira, ser mentiroso. El hábito es una disposición firme y estable [*héxis*] para comportarnos de un determinado modo. Destacar la conexión del carácter con el hábito o costumbre permite descubrir los extremos de uno y

[3] En adelante todas las referencias sin título incorporadas en el cuerpo principal de este apartado remiten a la *Ética nicomaquea* (*EN*) de Aristóteles. Los números romanos indican el libro, los arábicos inmediatos designan los capítulos, y los siguientes las páginas y líneas correspondientes en la edición de Bekker. Las traducciones son mías, salvo cuando se indica lo contrario.

[4] Cf. Platón, *Leyes* VII 792 e; *República*, VII, 518 e.

otro: la acción [*prâxis* o *enérgeia*]. En efecto, la repetición de actos semejantes da lugar a los hábitos de los cuales procede la disposición del carácter, que es, a su vez, fuente de los actos humanos, que son semejantes en cuanto llevan impreso el sello de tal carácter. La ética es o envuelve una teoría de la acción.

Actualidad de la ética aristotélica

Puede parecer extraño que se hable de actualidad de una obra escrita hace más de veinticuatro siglos atrás. Pero la actualidad, la capacidad de expresar vivencias y problemas centrales de cada época, abrir horizontes y ofrecer nuevas perspectivas y respuestas es un atributo inherente a toda obra *clásica*, hasta el punto de que este atributo es, precisamente, la medida de esta denominación. Las obras clásicas son siempre actuales en cuanto dejan ver cada vez nuevos y valiosos aspectos a quienes acuden a ellas con espíritu abierto y atento. Tal es la experiencia que por siglos ha transmitido la ética aristotélica. Sin embargo, dicha experiencia es particularmente acusada en nuestro tiempo, no sólo por la crisis moral de que tanto se habla, también y antes por la capacidad del pensamiento aristotélico para dar respuesta a la encrucijada a que nos han conducido los intentos de aclaración y fundamentación del fenómeno ético desarrollados en los últimos siglos, entre los cuales se destaca el proyecto de la Ilustración.

En materia ética, este proyecto consiste en el intento de buscar una fundamentación definitiva y estrictamente racional de la moral, esto es, una fundamentación que pudiera dar a ésta una validez universal, válida para todo tiempo y toda comunidad, independientemente de la historia, tradiciones y costumbres de cada cual. Es la gran tarea que, en primera línea, emprende Kant en la *Fundamentación de la metafísica de las costumbres* (1785) y en la *Crítica de la razón práctica* (1788), a la caza de los cimientos últimos, racionales, incondicionales y necesarios y, para esto, *a priori* y puramente formales, de las normas morales. Kant cree hallar esta fundamentación última en el *imperativo categórico*, al cual otorga el rango de principio formal objetivo y fundamento práctico supremo del cual han de poder derivarse todas las leyes de la voluntad de un ser racional. En una de sus formulaciones éste se expresa así: "Obra de tal modo que tu voluntad pueda valer siempre, al mismo tiempo, como principio de una ley universal"[5]. Según Kant, el imperativo categórico permitiría que la ética dejara de ser un campo de batalla interminable y abandonara el terreno del relativismo para tomar el camino seguro de la ciencia, pues la proveía de un fundamento firme y de validez universal, comparable, estimaba él, al que aportaban las leyes de la

[5] *Crítica de la razón práctica*, § 7. Cf. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, cap. 2.

mecánica de Newton a la física, a la cual consideraba paradigma de toda ciencia.

En la pretensión kantiana late un ímpetu que ha acompañado a la reflexión ética desde sus orígenes en la Grecia antigua. En efecto, la ética filosófica surge como efecto de la constatación de la variedad de costumbres, tradiciones y opiniones acerca de lo que es justo, bueno, virtuoso o sus contrarios. Esta experiencia se dio entre los propios ciudadanos de una *polis*, entre los miembros de una *polis* y otra y, sobre todo, entre el pueblo griego y otros, como fueron los de Oriente, Creta, Egipto, Babilonia y Fenicia, con los que tuvo intercambio político, comercial, cultural o bélico. Mientras que la experiencia de las diferencias dio lugar en algunos pueblos al temor y a la voluntad de dominio para suprimirlas, en los griegos dio lugar al asombro, a la pregunta que busca comprenderlas, determinar racionalmente si unas costumbres son mejores o unas opiniones más acertadas que otras, y por qué. Este preguntar implica que los usos y costumbres por sí mismos ya no pueden más admitirse como el fundamento de las leyes y reglas de convivencia ni, por tanto, identificarse simplemente con éstas (como lo sugería el hecho de que un mismo término griego, *nómos*, significara a la vez "costumbre" y "ley"). Tal es el trasfondo de las preguntas de Sócrates, que tanto inquietaron a sus contemporáneos y siguen removiendo el pensamiento hasta nuestros días: *¿qué es lo justo?, ¿qué es la virtud?, ¿qué es lo bueno?* Ellas buscan lo que es bueno en sí, no sólo para mí o para ti, aquí y ahora, sino común a todos y siempre, a cuya luz será posible determinar la bondad de las acciones particulares; y lo buscan racionalmente, a través del diálogo de uno con otro, como camino adecuado para hallar precisamente lo que nos es común y, en cuanto nos comunica, puede fundar una comunidad humana[6]. Sabido es que Sócrates creyó no hallar respuesta definitiva a su preguntar, que el saber de estos asuntos consiste en saber que no se sabe y mantenerse siempre en disposición dialogante e interrogativa, que dialogando y preguntando de uno a uno alcanzó a veces comunicación, que por esta actividad podía estimarse que había hecho ciudad y de este modo habría sido uno de sus mayores benefactores, que, finalmente, llegado el momento de elegir entre conservar su vida u obedecer a la leyes de la ciudad, no titubeó en preferir lo último.

El ímpetu de la razón que le lleva a inquirir los fundamentos "objetivos", necesarios y universales del juicio y de la acción moral toma en Sócrates la forma de la pregunta y del diálogo, de cierto saber negativo o "docta ignorancia". Pero en la modernidad este ímpetu va adquiriendo la forma de un saber positivo y absoluto, que pretende deducir el conjunto de las normas morales

6 Cf. Aristóteles, *Política*, I 2 1253 a1-18.

entendidas como sistema, a partir de uno o más principios ciertos y universalmente válidos. La *Ética demostrada de modo geométrico*, de Spinoza, es un buen ejemplo del espíritu que recogerá y llevará a su culminación el proyecto de la Ilustración. Es bien conocido que este proyecto fracasó en cuanto a su intento de alcanzar en la ética un reconocimiento y consenso universal semejante al que obtuvo la física. Antes bien, como reacción en su contra han visto la luz una variedad de éticas, de amplia influencia en el mundo contemporáneo sobre todo tras las guerras mundiales, que se fundan en elementos irracionales o, al menos no racionales, como son el voluntarismo, el emotivismo, el existencialismo o el nihilismo. Pero sacrificar la participación de la razón en la ética y dejarla entregada al capricho de las emociones, la voluntad de los más fuertes o la indiferencia de los valores es posiblemente un extremo tanto o más parcial que el racionalismo ilustrado, se presta para el desconocimiento de los derechos y deberes de las personas, pone en jaque la condición de saber comunicable de esta disciplina y hace difícil, si no imposible, un verdadero diálogo entre posiciones distintas.

En la actualidad se plantea el desafío de recuperar la racionalidad para la ética filosófica. Ésta es la situación en la que se ha manifestado con particular vigor la actualidad de Aristóteles, porque ofrece un concepto distinto de racionalidad práctica, no geométrica ni intelectualista, diferenciado tanto de la teoría como de la técnica, atenta al lenguaje, a la experiencia histórica e individual, dialogante como la socrática y suficientemente amplia y flexible como para dar buena cuenta de la variedad y complejidad del fenómeno político y moral. Es lo que han destacado e integrado de un modo esencial a su propio pensamiento autores contemporáneos tan diversos como H. Arendt, L. Strauss, E. Voegelin, H. G. Gadamer y A. McIntyre, entre otros, que han participado en la discusión y tarea de una *Rehabilitación de la razón práctica*, inspirada en Aristóteles[7].

7 Las obras principales de estos autores al respecto son: Arendt H. *La condición humana*. Barcelona: Paidós, 1993; id. *La vida del espíritu, la voluntad y el juicio en la filosofía y en la política*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1984; Staruss L. *Qué es filosofía política*. Madrid: Guadarrama, 1970; Voegelin E. *The new science of politics: An introduction*. Chicago: University of Chicago Press, 1987; Gadamer H-G. *Verdad y método*. Salamanca: Sígueme, 1996; id. *Vernunft im Zeitalter der Wissenschaft: Aufsätze*. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1976; McIntyre A. *Tras la virtud*. Barcelona: Crítica, 1987; id. *Justicia y racionalidad: conceptos y contextos*. Barcelona: EUNSA, 1994. Puede verse la primera documentación de esta discusión en: Riedel M (ed.). *Rehabilitierung der praktischen Philosophie*. Freiburg i. Br., 1972 (vol. 1) y 1974 (vol. 2). Para una visión más actual, cf. Berti E (ed.). *Tradizione e attualità della filosofia pratica*. Genova, 1988. Un resumen acerca de esta discusión, sus antecedentes y las tesis programáticas fundamentales que toman estos autores de Aristóteles, véase Volpi F. "Rehabilitación de la filosofía práctica y neo-aristotelismo", en Vigo A. (ed.). *Acción, razón y verdad. Estudios sobre la filosofía práctica de Aristóteles. Anuario Filosófico* (Universidad de Navarra, 1999), XXXII/1: 315-42.

Naturaleza y método de la ética aristotélica: Teoría y *prâxis*

A diferencia de la noción unitaria y homogénea de *scientia* como se la concibe en la modernidad, identificada con la *theoria* y determinada por un método único como fundamento de su universalidad y exactitud, Aristóteles reconoce una pluralidad de conocimientos que, en sentido amplio, pueden llamarse científicos, a cada uno de los cuales corresponde un método distinto que está enteramente determinado por la naturaleza de su objeto propio. La ética y la política constituyen el *saber práctico*, que es concebido –en oposición a Platón[8]– como diferente e independiente tanto del *saber teórico*, propio de la filosofía primera o teología, la física y la matemática, como del *saber productivo* [*poiético*], que integran las distintas técnicas o artes[9]. Mientras que la teoría es un saber acerca de "los entes cuyos principios no pueden ser de otro modo", o sea, los principios universales, necesarios y eternos de las realidades naturales y celestes, que no dependen del hombre y que éste puede aspirar únicamente a contemplar y comprender[10], la ética es un saber de la *prâxis*, la "acción", más precisamente, de la acción en la que se realiza el bien humano, y ésta –como el hacer de la técnica– pertenece al campo de lo individual y contingente, de "las cosas que pueden ser de otro modo" y que dependen esencialmente del hombre en cuanto agente libre. Ambos saberes son racionales –depende de la "parte científica [*tò epistemonikón*] del alma racional" el primero y de la "parte calculadora" o deliberativa [*tò logistikón*] el segundo– por lo mismo, ambos persiguen la verdad, mas la diferencia de sus objetos exige reconocer diferentes modos de ésta: la verdad teórica y la verdad práctica[11].

De aquí se sigue una diferencia metódica fundamental entre ambos saberes: "Es propio del hombre instruido, dice Aristóteles, buscar la exactitud en cada materia en la medida en que la admite la naturaleza del asunto; evidentemente, tan absurdo sería aceptar que un matemático empleara la persuasión como exigir de un retórico demostraciones"[12]. En efecto, exigir a la ética el mismo grado de precisión que se puede y debe exigir a una ciencia teórica, no sería realmente una muestra de rigor, sino de falta contra éste y contra la cosa, porque implicaría desconocer la especificidad de su objeto. Éste, dice Aristóteles contra Platón (I 6), no es la Idea única e inmutable del

8 Cf. Platón, *Política*, 259 e.

9 Cf. *Metafísica*, VI 1; *EN* VI.

10 Cf. *EN* VI 2-3, 6-7.

11 Cf. *EN* VI 2. Al respecto, vid. Gómez-Lobo A. "El bien y lo recto en Aristóteles", pp. 251-254. En: García Gual C. ed. *Historia de la filosofía antigua*. Madrid: Trotta, 1997.

12 *EN* I 3 1094 b23. Trad. de J. Pallí. En: *Aristóteles: Ética nicomaquea, Ética eudemia*. Madrid: Gredos, 1988.

Bien, el Bien en sí, que se nos daría en una captación teórica, anterior y separada de la acción humana, de modo que no tendría más relación con ésta que la de un arquetipo al cual debiera sujetarse, tal como lo hace la técnica al aplicar una forma ideal a la materia; por el contrario, su objeto es el "bien del hombre" (I 2 1094 b7), el "bien realizable" (I 7 1097 a23), vale decir, el bien de la acción humana y, dado que ésta es singular y sólo acontece en una situación práctica espacial y temporalmente determinada, el saber correspondiente no puede ser meramente general, sino que ha de comprender también y en primer lugar cómo es posible realizar el bien concreto en su situación concreta. No se trata, por ejemplo, de saber teórica y universalmente qué es lo justo, sino práctica y concretamente qué acción es justa, cómo realizo la justicia yo aquí y ahora. Esta sabiduría práctica es llamada por Aristóteles *phrónesis*, "prudencia", a la cual diferencia, por cierto, de la ética filosófica, que, por su generalidad, en estas materias debe contentarse "con mostrar la verdad de un modo tosco y esquemático" (I 3 1094 b20; cf. VI 8 1194 a23-24), sin olvidar, empero, su condición de saber práctico, aunque sea de segundo orden, pues su finalidad es orientar la conciencia y la conducta ética; en palabras del filósofo: "el fin de la ética no es el conocimiento, sino la acción", "no investigamos para saber qué es la virtud, sino para llegar a ser buenos" (I 3 1095 a 6 y II 2 1103 b 26; cf. X 9).

Que la ética muestre la verdad de un modo tosco y esquemático no significa que carezca de rigor, sino que tiene el que conviene a su asunto. Su asunto son las acciones humanas, que no tienen la inmutabilidad de los principios matemáticos ni la fijeza de las leyes naturales, mas tampoco están sometidas al puro azar; tienen la regularidad limitada de los hechos que ocurren las más de las veces de la misma manera [*hôs epì tò polú*: I 3 1094 b 21], como expresión que son de la condición humana, del carácter y de las costumbres. El examen y discusión de estos hechos, entre los cuales se incluyen las opiniones [*éndoxa*] acerca del bien humano aceptadas por todos o por la mayoría o por los hombres más reputados, da lugar no a una certeza absoluta, sino a verdades probables, y ellas constituyen las premisas de los argumentos que emplea la ética, de donde se sigue que las conclusiones a las que llega son también probables (cf. I 3 1094 b 21 ss.). Esta argumentación, que en la nomenclatura de Aristóteles pertenece a la *dialéctica*[13], es tan estricta en cuanto a su forma o estructura como la argumentación apodíctica o demostrativa de las ciencias teóricas, aunque no alcanza verdades necesarias

13 Cf. Aristóteles. *Tópicos* I 1; Berti E. "Il valore epistemologico degli *endoxa* secondo Aristotele". En: *Dialéctica y ontología. Coloquio Internacional sobre Aristóteles*. Rev *Seminarios de Filosofía*, Santiago, vols. 14/15 (2001-2002): 111-28; Irwin TH. *Aristotle's First Principles*. Oxford: Clarendon, espec. caps. 1 y 16.

como éstas, precisamente porque su rigor le impide reducir la diversidad, contingencia, libertad e historicidad de los hechos humanos a un vacío concepto universal y necesario, del que pudiera arrancar una ética *more geometrico*. Por el contrario, mediante la consideración y discusión de las opiniones, la dialéctica permite apreciar las distintas caras del asunto, formular los problemas y llegar a distinguir más fácilmente lo que es verdadero o falso. Desde aquí, desde lo que es más conocido para nosotros, avanza la ética hacia la búsqueda de los principios inteligibles, que son más conocibles de suyo[14], nuevamente en contraste con las ciencias deductivas, como las matemáticas, que parten de los principios.

Puesto que la ética extrae su contenido de la experiencia de las acciones de la vida y a éstas mismas se aplica, la comprensión intelectual de su objeto, que es la acción buena, presupone sustancialmente esta experiencia, que consiste en la comprensión práctica del bien, en su ejercicio sostenido y, por tanto, ser ya bueno. El bien ético, insiste Aristóteles en una de sus tesis fundamentales[15], no se muestra en su verdad sino al hombre bueno, pues la maldad trastorna el juicio y hace que nos engañemos al respecto, así como las cosas dulces nos parecen amargas si estamos enfermos. Que lo bueno sólo se dé a conocer al hombre bueno, pareciera desconectar la bondad moral del conocimiento. No es así; mediante esta tesis Aristóteles nos descubre la conexión esencial del conocimiento ético con las disposiciones subjetivas del cognoscente, es decir, con sus hábitos [*héxeis*] o costumbres [*éthos*] y, en último término, con su carácter [*êthos*]. Estamos en la ética en presencia de un saber que no es neutral u "objetivo" en ningún sentido: ni respecto de lo que conoce, pues trata de lo que más nos importa, que es el bien del hombre; ni respecto del cognoscente, pues únicamente si está bien dispuesto e involucrado se le abrirá dicho bien. La disposición, la actitud firme y sostenida hacia el bien, que únicamente puede lograrse por la repetición de actos semejantes, ocupa el primer lugar de la formación ética. Desde luego, ésta no se adquiere por el razonamiento ni el discurso, sino por la inducción al comportamiento debido que promueven la educación a través del ejemplo y las leyes. Pero un comportamiento no puede llamarse ético mientras no esté determinado por la inteligencia práctica, es decir, mientras el que actúa no sepa y decida por sí mismo en virtud de su conciencia moral, de tal modo que haya hecho propios los hábitos adquiridos y se esfuerce en mantenerlos en las situaciones concretas que le presente la vida. Únicamente siguiendo, sirviendo y perfeccionado a este saber práctico de primer orden tiene lugar la ciencia ética, cuyos argumentos tienen fuerza para exhortar y orientar a quienes son

14 Cf. *EN* I 4 1095 a 30-b 4; 7 1098 a 21 ss.

15 Cf. *EN* VI 5 1140 b7-19; 12 1144 a29-36; X 5 1176 a 16-20.

generosos, tienen carácter noble y aman la bondad, en tanto que son incapaces de hacerlo con quienes se dejan gobernar por sus pasiones y no tienen idea de lo que es noble y verdaderamente agradable, ya que nunca lo han probado. Este énfasis en la comprensión práctica de las normas morales con vistas a su realización concreta, caracteriza a la *ética aristotélica de las virtudes* y la diferencia de la *ética de normas*, que se interesa, de modo "objetivo", por el valor y fundamentación última de éstas.

Saber ético y saber técnico

Como se ha dicho más arriba, Aristóteles también distingue el saber práctico (*phrónesis*) del productivo o técnico [*téchne*][16]. Comparten rasgos fundamentales: ambos son una suerte de saber aplicado, pues tienen por fin no el saber, sino el hacer; por lo mismo, están abiertos al campo de lo individual y contingente que cobra existencia por la intervención humana. Uno y otro suponen de modo sustancial la práctica y la experiencia, pues aunque la técnica –la medicina, por ejemplo– se pueda adquirir por el discurso sin pasar por la experiencia, reclama ésta para su éxito, porque está referida a los actos, que son siempre singulares y, por tanto, tiene que ser capaz de reconocer y aplicar en las cosas concretas sus conceptos generales. Los dos se constituyen en la dirección del hacer por el saber; tienen la función de descubrir racionalmente las posibilidades de actuación que ofrecen las situaciones prácticas y cambiantes que se le van presentando: son, en palabras de Aristóteles, disposiciones de razonamiento abiertas a la verdad de lo que puede ser de otro modo y cuyo principio está en el que lo hace y no en lo hecho. Sin embargo, sus diferencias son importantes.

El saber ético es la capacidad de deliberar rectamente acerca de lo que es bueno y conveniente para el hombre, no en un sentido parcial, como lo que es bueno y conveniente para la salud o para la fuerza física, sino en un sentido integral, para llevar una vida lograda y buena [*eû zên*]. Por el contrario, la consideración y producción acertada de lo que sea bueno y conveniente para el hombre en un sentido parcial, pertenece al saber técnico, como corresponde a la medicina descubrir lo que es bueno para la salud y a la gimnasia, para la fuerza. Nuestro lenguaje hace esta distinción: las acciones morales se llaman buenas sin más, en sentido absoluto, mientras que las actividades técnicas se dicen buenas en un sentido relativo "buenas (o malas) para" esto o lo otro (que, a su vez, puede ser éticamente bueno o malo).

16 Cf. Para lo que sigue cf. *EN* VI 4-5, *Met.* I 1. Especialmente valioso al respecto es Gadamer, *op. cit.*, pp. 383-96; y Aubenque P. *La prudence chez Aristote*. Paris, 1986.

Aquí se apunta ya una segunda diferencia: el saber ético incluye el conocimiento del bien y de su privación, el mal, pero de suyo es únicamente capacidad de hacer el bien, pues está determinado por la firme disposición hacia él; si diera lugar al mal ello implicaría un defecto del saber respectivo, que sería menor en la medida en que sea involuntario. El saber técnico, en cambio, puede producir los efectos contrarios –por ejemplo, la medicina puede sanar como también dañar (cf. *Met.* IX 2 1046 b4-24)– y si yerra voluntariamente ello no implica un defecto del conocimiento respectivo, sino su posesión, en oposición a lo que sucede si yerra involuntariamente.

Un tercera diferencia es el fin de cada saber, por el cual se mide su éxito. El fin de la producción técnica, no está en la producción, sino en lo producido [*poíesis*], que pasa a tener realidad después de que el hacer productivo ha sido ejecutado y fuera de éste: por ejemplo, la curación en el caso de la medicina, o la casa, en el de la arquitectura. Por el contrario, el fin de la acción [*prâxis*] no está más allá ni es diferente de ella, pues "la buena acción [*eupraxía*] misma es el fin" (VI 5 1140 b7). De aquí se desprende que la acción moral, no necesita una justificación fuera de sí, pues su valor es intrínseco, mientras que el hacer técnico recibe su justificación y valor de afuera, del producto al cual sirve como un medio. También es notorio que en razón de que la acción es inseparable del agente, la perfección de la acción va unida a la del hombre que actúa, a diferencia de la perfección del producto, que no implica por sí misma la perfección humana del técnico. Acciones y producciones son cosas distintas, pero no separadas, pues siempre que hacemos algo deliberadamente –operar, estudiar, construir– estamos también haciendo algo con nosotros mismos y, en definitiva, de nosotros mismos: la acción es inherente a la producción[17]. Por ejemplo, la extracción de un órgano puede ser muy buena técnicamente y, a la vez, muy mala éticamente, si no es necesaria y se lleva a cabo contra la salud del paciente persiguiendo el lucro.

La conexión más íntima del saber práctico con el carácter y las disposiciones del ser humano marca una nueva diferencia con el saber técnico. En efecto, así como las pasiones suscitadas por el placer y el dolor no destruyen ni perturban fácilmente los juicios del saber teórico, por ejemplo, el de si los ángulos del triángulo valen o no dos rectos, tampoco lo hacen con los juicios del saber técnico, en tanto que sí lo hacen con la conciencia moral, es decir, con los juicios del saber ético. La razón es que los principios de la acción son el fin al cual se ordenan nuestras acciones, pero el hombre corrompido por el placer o el dolor deja de ver el principio y ya no ve que es con vistas a este

[17] "Todo el que hace una cosa (en sentido técnico: *poieî*) la hace con vista a un fin, y la cosa hecha no es fin absolutamente hablando (ya que es fin relativo y de algo), sino la acción misma, porque la buena acción (*eupraxía*) es un fin y esto es lo que deseamos".

fin que él debe tomar todas sus decisiones y emprender todas sus acciones; "el vicio [*kakía*], dice Aristóteles, corrompe el principio mismo de la acción" (VI 5 1140 b19).

Finalmente, Aristóteles afirma que el saber ético no es solamente una disposición de razonamiento [*hêxis metá lógou*], pues ésta puede ser olvidada, pero el saber ético no. El sentido de esta afirmación no es nada claro y el filósofo no la explica. Gadamer ofrece una notable interpretación, de la que se recogen aquí, interpretados, dos puntos. Primero, el saber técnico se tiene de un modo tan íntimo que pasamos a identificarnos con él, mas no del todo, pues aún así hay momentos en que necesitamos descansar y olvidarnos de él, en el sentido de dejar de ejercerlo; a esta experiencia alude el dicho "En casa del herrero cuchillo de palo" (afortunadamente, tendríamos que añadir, pues nada es más odioso y patológico que el "herrero" o especialista que pretende serlo también en su casa y en todas partes). En cambio, no podemos desprendernos del saber ético mientras estamos vivos y despiertos, pues uno se encuentra ya siempre en la situación del que tiene que actuar, tomar decisiones y emprender acciones, lo cual exige que se posea y aplique dicho saber.

Segundo, esta aplicación es muy diversa de la que lleva a cabo la técnica. Ésta se posee de tal forma que primero se la tiene completamente y luego es aplicada a una situación concreta. El diseño que hace el artesano, por ejemplo, del objeto que quiere fabricar está completamente fijado por el uso para el que lo produce y las reglas de su ejecución; una vez que lo posee no tiene más que aplicarlos al material elegido; y si las cosas no le salen tal como las había previsto por problemas del material, defectos del diseño, falta de tiempo, etc., tendrá que adaptarse a las circunstancias concretas renunciando a parte de su plan. Pero esta renuncia no perfecciona en modo alguno su saber, antes bien, revela cierta imperfección que experimenta como dolorosa. El saber ético, en cambio, no es algo que se pueda tener completo antes de la acción y luego admita una aplicación simple, porque lo que es moralmente bueno, su objeto, no se determina por entero con independencia de la situación práctica, singular y contingente en la que se actúa. Así, los conceptos que el hombre tiene del bien ético, de justicia, decencia, valentía, dignidad, solidaridad, etc., que son, en cierto modo, las imágenes directrices por las que guía su acción, no son más que un bosquejo llamado a completarse en la *prâxis* misma[18]. Si, pues, exigido por ésta modifica sus ideas generales previas o la sucesión de las acciones que pensaba realizar, no se sigue por ello una imperfección del saber ético, sino lo opuesto. La aplicación del derecho que hace el juez constituye un caso destacado del saber práctico, según Gadamer:

[18] Cf. Wieland W. *Norma y situación en la ética aristotélica. Anuario Filosófico* (Universidad de Navarra), 1999; XXXII/1: 107-27.

"En una situación concreta se verá obligado seguramente a hacer concesiones respecto a la ley en sentido estricto, pero no porque no sea posible hacer las cosas mejor, sino porque de otro modo no sería justo. Haciendo concesiones frente a la ley no elimina aspectos de la justicia, sino que por el contrario, encuentra un derecho mejor. En su análisis de la *epieikeia*, la "equidad", Aristóteles da a esto una expresión muy precisa: *epeikeia* es la corrección de la ley"[19].

Felicidad y bien humano

La ética aristotélica se organiza en torno a los conceptos de bien y virtud. La palabra "bien" [*agathón*] no tiene en Aristóteles un sentido necesariamente moral, ni siquiera se restringe al ámbito de las cosas humanas; en realidad su campo primario de significación se halla en las cosas naturales, definidas como tales en cuanto tienen un principio intrínseco de movimiento (en el sentido general de "cambio"). La cosa natural se mueve no por azar, pues éste no da razón de la regularidad de los movimientos naturales, sino por un fin [*télos*]; la conexión con el fin es lo que permite comprender su movimiento y, en definitiva, la cosa misma. El fin hacia el cual y por el cual la cosa se mueve es el bien: "El bien –escribe Aristóteles en las primeras líneas de la *Ética nicomaquea*– es aquello hacia lo que todas las cosas tienden". Bien es el nombre que recibe el fin en cuanto expresa el grado de "florecimiento", de perfección y plenitud alcanzado por la cosa en virtud de su movimiento. Sin embargo, mientras que algunas cosas se mueven hacia un fin por mero impulso natural, los animales lo hacen en virtud de su deseo [*órexis*], el cual supone cierto conocimiento del bien deseado[20]. En principio, éste es cualquier cosa deseable: el agua que fluye en el río, una presa cercana, el cuidado de las crías, el calor de los rayos del sol o la sombra que brinda un árbol; cuando el animal en razón de su percepción y de las condiciones en que está hace a una cosa objeto efectivo de su deseo y se mueve hacia ella, lo hace en cuanto se le presenta como buena (aunque realmente pueda no serlo).

El deseo de los animales, llamado por Aristóteles *epithymía*, "apetito", es simple: se limita a los bienes inmediatos que le indica la imaginación o percepción sensible. El ser humano, junto a esta percepción posee inteligencia, por lo cual puede desear los bienes que le indican los sentidos como también los que le indica la inteligencia. Este último deseo es llamado por el filósofo *boúlesis*, "voluntad", al cual añade el *thymós*, "ardor" o "impulso", que sitúa entre la voluntad y el apetito[21]. En el libro *De anima* explica que se dan deseos encontrados cuando se oponen la voluntad y el apetito, lo cual es posible porque el hombre tiene "sentido del tiempo" y así la voluntad manda resistir al apetito, ateniéndose al bien futuro, mientras que el apetito se atiene al placer inmediato, que aparece como bien absoluto, si se pierde de vista el futuro[22]. Que tengamos sentido del tiempo quiere decir que somos capaces de comprender nuestra vida como una unidad temporal situada en el presente, pero abierta libremente al futuro, que, a su vez, está condicionado –no determinado– y sugerido por nuestro pasado; en esta medida el futuro nos pertenece: nos interesamos por él, lo elegimos no teóricamente, sino prácticamente por la forma de vida que escogemos, y con vista a él elegimos también nuestras acciones, siendo capaces de prever sus consecuencias, de las que somos, por lo mismo, responsables[23]. Aquí aparece el *bien en sentido ético*, el que es elegido o decidido por la participación del deseo y de la inteligencia, pero no como cosas separadas, pues, como suele insistir Aristóteles, la inteligencia por sí misma no produce ningún movimiento, sino la inteligencia que delibera con vista a la consecución de un fin deseado, esto es, la inteligencia o razón práctica. Esta doctrina se resume en el concepto de *proaíresis* "decisión" o "elección" deliberada, que es el principio eficiente inmediato de la acción [*prâxis*] y presupone la volición de un bien así como la deliberación [*boúleusis*] acerca de los medios más apropiados para alcanzarlo (cf. III 1-5, VI 2). La elección es descrita por el filósofo como "algo común al pensamiento y al deseo" (De mot. anim. 6 700 b23.), "inteligencia deseosa [*orektikòs noûs*] o deseo inteligente [*órexis dianoetké*]", añadiendo que el hombre es un principio de esta misma clase, es decir, una combinación de deseo e inteligencia (2 1139 b4-6).

¿Qué cosas elegimos los seres humanos? Tantas cuantas sean o puedan ser fines de nuestras acciones: incontables. Pero se pueden clasificar: las cosas más salientes son aquéllas que hemos hecho objeto de una ciencia o de una técnica, de una acción cognitiva o de otra productiva. Aún éstas son muchas y diferentes, por ejemplo, el fin de la medicina es la salud; el de la arquitectura, la casa; el de la estrategia militar, la victoria; el de la economía, la riqueza; el de la falsificación, el engaño. Cada una persigue algo que "es

19 *Op. cit.* pp. 389-90.

20 El movimiento de los animales "tiene lugar siempre por un fin y va acompañado de imaginación y de deseo, puesto que un animal que ni desea algo ni huye de algo no se mueve, a no ser por violencia" (*De anima* III 9 432 b15). Sobre los distintos modos de tender las cosas hacia el fin, y su significación física, metafísica y ética en Aristóteles, véase: Araos J. "Eros metafísico: El principio constituyente de la filosofía primera". En: *Dialéctica y ontología. Coloquio Internacional sobre Aristóteles*, pp. 153-95.

21 Cf. *De anima* II 3 414 b2, III 9 432 b3 ss.; *Ética eudemia* (*EE*) II 7 1223 a27.

22 Cf. *De anima*, III 10 433 b5-10; cf. *ibíd.* 9 433 a1-8, II 434 a12-14, *EE* II 8 1224 a24.

23 En este sentido afirma Aristóteles que "el hombre es el principio de sus acciones" (*EN* III 3 1112 b31).

bueno para", en el sentido relativo antes expuesto. Estos fines son además relativos en otro sentido, que establece una jerarquía: así en unos casos la fabricación de los frenos y demás arreos de los caballos se subordinan a la equitación, ésta a la estrategia y ésta a la victoria, que a su vez puede ordenarse a la riqueza, etc. En tales casos, los fines subordinados son inferiores a los fines a los cuales se ordenan y los conocimientos técnicos correspondientes también son de menor dignidad que los conocimientos de los fines prácticos ulteriores.

Pues bien, si todos los fines que elegimos –argumenta Aristóteles– los eligiéramos en razón de otro, entonces iríamos al infinito y de ese modo nuestro deseo sería vano y vacío, por tanto, tiene que haber un fin de nuestras acciones que sea querido por sí mismo y los demás por él (aunque sea como parte suya): este fin ha de ser el bien sin más [*tagathón*] y lo mejor [*tò aristón:* I 2 1094 a18-22]. La comprensión de este fin último y bien supremo del actuar humano, que comprehende en cierto modo y supera el de todos los saberes técnicos, es asunto primordial de la ética, ciencia que el filósofo entiende como parte de la política, puesto que el "bien del hombre" [*tanthrópinon agathón*] individualmente considerado, objeto de la ética, es como una parte del bien superior de todos los hombres, es decir, del bien de la ciudad (*polis*), objeto de la política[24].

El fin último no es el que deseamos alcanzar *después* de lograr todos los fines más inmediatos, algo lejano y extraño; es lo que radicalmente –y por lo mismo tácitamente– deseamos *antes* y *siempre* que deseamos hacer algo, y constituye, por eso, el horizonte de comprensión de nuestras acciones y de nuestros deseos particulares, lo que da unidad y racionalidad a nuestras acciones como acciones de *una* vida, lo que deseamos para nuestra vida y la hace deseable[25]. El fin último es el bien supremo, aquello para lo que queremos todo lo que queremos, lo que primero y siempre nos mueve a actuar. Un bien tan preciado no podría estar completamente fuera de la experiencia común, que está recogida en el lenguaje corriente; así lo constata Aristóteles al identificar un nombre en el que casi todo el mundo está de acuerdo para designarlo: *eudaimonía,* "felicidad". La traducción española es correcta siempre y cuando no se entienda la felicidad como un estado emocional –por ende, pasajero y subjetivo– de vivencias de placer[26]. Es por

[24] Cf. *Ibid.* 1094 a22-b11; VI 8 1141 b22-1142 a12.

[25] Como se ve, nos inclinamos a entender el argumento aristotélico del fin último como una clase de argumento trascendental que establece las condiciones de posibilidad del deseo y de la acción racional.

[26] Cf. Rhonheimer M. *La perspectiva de la moral.* Madrid: Rialp, 2000: 61 ss.; Gómez-Lobo A. "El bien y lo recto en Aristóteles", p. 256-57. Rhonheimer hace ver que Kant al rechazar la felicidad como concepto moral, la interpreta de este modo psicológico y hedonista.

el contrario, como se ha dicho, el trasfondo permanente y necesario de nuestros deseos y acciones. La definen dos notas incluidas en su concepto (cf. I 7 1097 25-b22): es el bien más final o perfecto [*teleiótaton*], puesto que "la elegimos siempre por sí misma y jamás por otra cosa" (a diferencia, por ejemplo, de las virtudes, que también deseamos por sí mismas –puesto que las elegiríamos aunque ninguna ventaja resulte de ellas–, pero también las deseamos con vista a la felicidad, suponiendo que *por medio* de ellas seremos felices); es el bien suficiente o completo [*aútarkes*], que "por sí solo hace deseable la vida y no necesita nada", lo cual no debe ser entendido, aclara el filósofo, en el sentido de una vida solitaria, puesto que el hombre es social por naturaleza [*physei politikón*] y ello implica que su bien exige en cierto modo también el de su familia, sus amigos y conciudadanos.

Al acuerdo en cuanto al nombre, dice Aristóteles, se opone el desacuerdo en cuanto lo que es la felicidad. Puesto que hay acuerdo en que "vivir bien" [*eû zên*] y "actuar bien" [*eû práttein*] es lo mismo que ser feliz, los modos de vida elegidos por los hombres contienen una proposición implícita acerca de lo que estiman ser la felicidad. El filósofo reconoce cuatro modos principales de vida (cf. I 4 1095 a14-30, 5): a) la vida voluptuosa, cuyo fin es el placer; b) la vida política, cuyo fin es el honor y, en último término, la virtud; c) la vida teorética, cuyo fin es el saber, es decir, la inteligencia de las cosas bellas y divinas; d) la vida de lucro, cuyo fin es la riqueza. En principio, los tres primeros modos podrían constituir la vida feliz, puesto que sus fines son bienes que se quieren por sí mismos, mas el cuarto es inmediatamente excluido, pues la riqueza sólo es útil para obtener otros bienes y hay algo demasiado violento en una vida que toma por fin último lo que no es más que un medio.

¿Hay algún criterio que permita decidir cuál de los restantes modos de vida se atiene más perfectamente al bien humano y, por tanto, a la felicidad? Aristóteles arriba a una conclusión mediante el esclarecimiento del bien del hombre a partir de una analogía con los bienes parciales o relativos de las artes y de las partes del cuerpo. Su argumento es el siguiente[27]:

A. Decimos que un citarista es buen citarista, si toca bien la cítara, que un escultor es buen escultor, si hace bien las esculturas, que un ojo es buen ojo, si ve bien, y, en general, que todo lo que tiene una actividad o función [*érgon*] propia es bueno, si la hace bien, con excelencia, virtuosamente.

[27] Cf. *EN* I 7 1097 b22-1098 a20. Seguimos de cerca, con algunas diferencias, el análisis e interpretación del argumento hecha por Gómez-Lobo A. "La fundamentación de la ética aristotélica". *Anuario Filosófico* (Universidad de Navarra), 1999; XXXII/1: 17-37. Cf. también, del mismo autor, "El bien y lo recto en Aristóteles", pp. 257-63.

B. Así también hay una actividad propia del ser humano como tal. Basado de modo general en una antropología que da por conocida[28], donde distingue tres niveles de vida que confluyen en el hombre, Aristóteles sostiene que la actividad propia de éste no es la que pertenece a la vida vegetativa –nutrición, crecimiento y reproducción–, pues también ella es común a las plantas. Tampoco es la actividad de la vida sensitiva –percepción sensible, deseo y movimiento local–, porque también es común al caballo, al buey y a todos los animales. Es, pues, la actividad de la vida racional, sea de la parte del alma que no es racional [*álogon*] pero puede obedecer a la razón [*lógos*], es decir, la parte deseosa [*tò orektikón*], sea de la parte que posee a la razón y piensa [*tò lógon échon*].

C. Luego, se debe decir que un ser humano es un buen ser humano –un hombre bueno, en sentido ético–, si ejerce con excelencia la actividad racional. Por tanto, el bien del hombre en que consiste la felicidad "es la actividad racional del alma conforme a la virtud [*areté*] y si las virtudes son varias, conforme a la mejor y más perfecta, y además en una vida entera".

La palabra griega *areté*, que se traduce como "virtud" [del latín *virtus* "conjunto de cualidades del *vir*", o sea, del varón: "fuerza", "valor"], significa la "perfección" o "excelencia" de cuerpo o de espíritu, de seres humanos, animales o cosas. En consecuencia, su sentido no está restringido a la perfección moral, como puede sugerirlo el vocablo español, sino que posee un significado más amplio, cercano al que tiene la expresión "virtuoso" cuando se dice, por ejemplo, de un pianista, para dar a entender su excelencia artística. Así se entiende que Aristóteles reconozca, en efecto, varias virtudes o perfecciones en el hombre: unas del cuerpo y otras del alma, y entre las últimas, que son más propias suyas, distinga a su vez entre las virtudes de la "parte deseosa" del alma y las de la "parte que posee a la razón y piensa" (cf. I 13.). A las primeras llama "virtudes éticas" [*ethiké*, "del carácter"] y a las segundas, "virtudes intelectuales" o "dianoéticas" [*dianoetiké*, "del pensamiento"]. En consecuencia, puesto que la felicidad es una actividad racional del alma conforme a la virtud más perfecta, el filósofo examina unas y otras virtudes para determinar cuál o cuáles conducen a una vida más lograda y, por ende, a una mayor realización de la felicidad. En la *Ética nicomaquea* Aristóteles emprende esta tarea estudiando las virtudes éticas en los libros II-

[28] Esta doctrina corresponde a la que Aristóteles trata ampliamente en *De anima* (libros II-III), pero según algunos estudiosos el filósofo remitiría aquí a la psicología más sucinta y primaria contenida en el *Protréptico* (cf. Gauthier y Jolif. *L'Étique a Nicomaque*. Louvain-Paris, 1970, Tome II 1, pp. 92-94).

V y VII, la amistad –que "es una virtud (ética) o algo acompañado de virtud" (VIII 1 1155 a3)– en los libros VIII y IX, y las virtudes intelectuales en el libro VI. En el libro X, tras considerar la naturaleza del placer (1-5), aplica los resultados obtenidos a la dilucidación final de la felicidad. Su conclusión queda bien descrita en el capítulo 7 (1177 a12-20):

> "Si la felicidad es una actividad conforme a la virtud, es razonable que sea una actividad conforme a la más alta, y ésta será la virtud de la parte mejor de nosotros. Sea esto el intelecto [*noûs*] o sea otra cosa la que parezca que por naturaleza nos rige y guía y toma conocimiento de las cosas bellas y divinas (...), su actividad conforme a su virtud propia será la felicidad perfecta [*téleia*]. Que esta actividad es contemplativa [*theoretiké*], ya lo hemos dicho. Esto está de acuerdo con lo que llevamos dicho y con la verdad".

Aristóteles ve corroborada esta conclusión (cf. X 7 1177 a19-b26) por el hecho de que la actividad (*enérgeia*) contemplativa, cuya virtud es la sabiduría [*sophía*], es: a) la más continua, puesto que su fin es la propia acción de saber y, por tanto, no hay un fin exterior que exija su término[29]; b) la "más placentera de las actividades conformes a la virtud [ética]" (X 7 1177 a24), ya que encierra placeres admirables por su pureza y por su firmeza; c) la más suficiente, pues requiere menos que otras de bienes exteriores y de otros hombres; d) la única que se ama sólo por sí misma, porque no se saca otro beneficio de ella que la misma contemplación.

Una virtud intelectual, la sabiduría –que comprehende lo mejor de otras dos, que son la ciencia (*epistéme*) y la inteligencia [*noûs*]– es entonces la que da mayor excelencia al ser humano, pues perfecciona al intelecto, que es "algo divino o lo más divino que hay en nosotros" (X 7 1177 a15-16) y, a la vez, aquello que por excelencia somos (X 7 1178 a7). De ahí que la vida conforme al intelecto sea "divina respecto de la vida humana" (X 7 1177 b31) concerniente a las demás virtudes, y nos lleve a "actuar como inmortales [*athanatízein*] en la medida de lo posible" (X 7 1177 b34). Sin embargo, que ésta sea la vida más feliz no significa que sea la única; también es feliz en grado secundario la vida conforme a las virtudes éticas y a la prudencia o sabiduría práctica (*phrónesis*), que es intelectual, pero está unida a las éticas, que la requieren para la rectitud [*tò orthón*] que les es propia. Las virtudes éticas, como la justicia, la valentía y otras, cumplen menos que la sabiduría con el requisito de suficiencia [*autarchía*] que tiene el bien supremo, pues las practicamos en las relaciones sociales, en las que dependemos de los demás, y además

[29] Para la comprensión de este punto, véase la distinción entre acto (*enérgeia*) y movimiento (kínesis) como acción perfecta e imperfecta, respectivamente, en *Met.* IX 6 1048 b18-35.

dependen de bienes exteriores y del propio cuerpo, pues están íntimamente asociadas a las pasiones; sin embargo, cumplen con el requisito de finalidad y perfección [*tò téleion*], pues son queridas por sí mismas, lo cual muestra que su valor es intrínseco. Ellas constituyen la excelencia de la vida humana [*anthropiká*][30].

El hombre contemplativo, dice Aristóteles, en la medida en que vive conforme al intelecto, lleva una vida divina, pero "en la medida en que es hombre y convive con los demás, desea actuar conforme a la virtud ética, y por consiguiente tendrá necesidad de los bienes humanos para vivir según la condición humana" (X 8 1178 b5-7). Esta afirmación, unida a la del valor intrínseco de la virtud ética, significan que la felicidad plena de la vida contemplativa incluye la felicidad que proporciona la vida moral, en otras palabras, el bien supremo no se constituye con independencia de lo recto, ni tiene éste un puro valor instrumental; por tanto la ética aristotélica no puede ser considerada una ética teleológica o consecuencialista, que estuviera en oposición a una ética deontológica, en el sentido, tomado de Kant y Scheller, en que se usan estos conceptos en la ética contemporánea[31]. La pregunta de la ética "¿qué debo hacer?" (Kant) no excluye la pregunta "¿qué es bueno?" (Aristóteles), por el contrario, la exige como su fundamento ulterior: se *debe* hacer lo *bueno* y *porque* es bueno[32]. Lo recto, lo debido, implica lo bueno, lo feliz.

La virtud ética

Hemos visto que Aristóteles distingue dos clases de virtudes del hombre como agente racional, las intelectuales y las éticas. En *Ética nicomaquea*, libro VI, describe cinco virtudes intelectuales: a) la técnica [*téchne*], por la que sabemos producir bien; b) la prudencia o sabiduría práctica [*phrónesis*], por la que sabemos actuar bien; c) la ciencia [*epistéme*], por la que sabemos demostrar

[30] Cf. *EN* X 8 1178 a9-21.

[31] Cf. Gómez-Lobo. "El bien y lo recto en Aristóteles". En este punto incide la controversia entre los estudiosos de la ética aristotélica acerca del modo como se debe entender la teoría aristotélica de la felicidad: si, como puso las cosas W. F. R. Hardie ("The Final Good in Aristotle's Ethics". *Philosophy* 1965; 40: 77-295), la vida contemplativa es un fin dominante, y por tanto excluyente del ejercicio de las virtudes éticas, o, por el contrario, es un fin que lo incluye. De acuerdo a la primera interpretación la ética aristotélica carecería de consistencia, pues estaría afectada por el dualismo de dos conceptos separados de felicidad. O. Guariglia argumenta a favor de esta interpretación, y suma a ella a Monan, Cooper, Kenny, Clark y Heinaman; menciona en la lectura opuesta a Ackrill, Keyt, Cooper y Roche. Cf. Guariglia. *La Ética en Aristóteles o la Moral de la Virtud*. Bs. As.: EUDEBA, 1997, cap. 11. Véase en esta línea Vial Larraín J. *Filosofía moral*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile, 2000: 55-59.

[32] La formulación es de Rhonheimer M. *La perspectiva de la moral*: 31-32.

bien; d) la inteligencia [*noûs*], por la que sabemos bien de los primeros principios; e) la sabiduría [*sophía*], por la que sabemos bien de los primeros principios y de lo que se sigue de ellos, así como de las cosas más nobles, admirables, difíciles y divinas. Las dos primeras consideran lo singular y contingente, lo que puede ser de otro modo; las otras tres pertenecen a la teoría, consideran lo necesario y eterno, lo que no puede ser de otro modo. Hemos tratado de la sabiduría práctica en comparación con el saber teórico en los temas "Actualidad de la ética aristotélica" y "Naturaleza y método de la ética aristotélica", de ella en comparación con la técnica en "Saber ético y saber técnico", y de la sabiduría como virtud por excelencia de la actividad teorética o contemplativa, en "Felicidad y bien humano". Resta profundizar en el pensamiento de Aristóteles acerca de la virtud ética.

Mientras que la virtud del pensamiento se adquiere y desarrolla principalmente por la enseñanza, la virtud del carácter [*êthos*] lo hace por el hábito o costumbre [*éthos*], que, a su vez, se adquiere por la práctica: practicando la justicia nos hacemos justos, practicando la moderación, moderados, y practicando la valentía, valientes. El ejercicio es previo a estas virtudes y es causa de ellas. Lo opuesto sucede con las virtudes naturales, como el sentido de la vista, pues no tenemos vista porque veamos muchas veces, sino que vemos porque tenemos vista. La virtud ética, entonces, no se produce por naturaleza ni contra la naturaleza, sino por la capacidad natural que tenemos para desarrollar hábitos y ser modificados y completados por ellos. Es lo propio de las potencias racionales cuya indeterminación operativa admite y requiere de hábitos para operar, a diferencia de las potencias no racionales, como la que tiene la piedra para moverse por sí misma hacia abajo, que no podemos cambiar tratando de acostumbrarla a moverse hacia arriba aunque la lancemos muchas veces hacia arriba[33].

La virtud ética es un hábito y los hábitos se generan por el ejercicio de actos semejantes (II 1 1103 b21). Pero así como hay hábitos buenos y malos para la fuerza física o para salud, así también los hay para la rectitud de nuestra vida: unos son virtudes y otros son vicios. Es importante, en consecuencia, saber qué clase de actos dan nacimiento a la virtud, para practicarlos y evitar los que la destruyen. Tal como destruyen la fuerza el exceso y la falta de ejercicio, y destruyen la salud el exceso y la falta de comida o de bebida, mientras que la cantidad proporcionada produce, aumenta y conserva a una y otra, lo mismo ocurre con la virtud ética. Es producida y conservada por las acciones que se atienen al "término medio" [*mesótes*] de acuerdo con la "recta razón" [*orthòs lógos*], y es destruida por las acciones afectadas por el exceso o

[33] Cf. *EN* II 1 1103 a15-b1. Sobre la distinción entre potencias racionales y no racionales, vid. *Met.* IX 2.

el defecto. Así "el que huye de todo y tiene miedo y no resiste nada se vuelve cobarde; el que no teme absolutamente a nada y se lanza a todos los peligros, temerario; asimismo, el que disfruta de todos los placeres y no se abstiene de ninguno, se hace licencioso, y el que los evita todos como los rústicos, una persona insensible"[34].

Aristóteles precisa que este término medio no es el de la cosa, es decir, objetivo e igual para todos, matemáticamente equidistante entre dos extremos, como 6 es cierto medio entre 2 y 8; por el contrario, el término medio de la virtud es relativo a cada uno de nosotros, y por tanto puede ser tan diferente en concreto como diferentes somos unos de otros. Así lo hace el entrenador: si para uno comer ocho unidades es mucho, y dos es muy poco, no por eso prescribirá cinco unidades para todos, pues tal cantidad será excesiva para el que se inicia en los ejercicios corporales, e insuficiente para uno consumado. El filósofo no está pensando sólo en la peculiar complexión y temperamento que tiene cada uno; también piensa en la diferencia de las circunstancias concretas en las que se actúa. En efecto, al actuar éticamente tenemos que vérnosla con nuestras pasiones –apetito, ira, miedo, confianza, envidia, gozo, amor, odio, nostalgia, piedad y, en general, todo lo que va acompañado de dolor y placer (II 4 1105 b21-23)–, en ellas hay exceso, defecto y término medio, pero éste no es fijo ni universal, pues "si tenemos estas pasiones cuando es debido, y por aquellas cosas y hacia aquellas personas debidas, y por el motivo y de la manera como se debe, entonces hay un término medio y excelente; y en ello radica, precisamente, la virtud"[35].

Aristóteles también deja claro que el término medio en que consiste la virtud ética no es ningún caso la mediocridad –ser "más o menos bueno"–, pues "con respecto a lo mejor y al bien es un extremo (II 6 1107 a7)". Por eso compara la virtud con una obra de arte excelente, a la que no se puede quitar ni añadir nada, porque tanto el exceso como el defecto destruirían su perfección (II 6 1106 b9-13). La virtud es un medio, por tanto, no en relación a la perfección humana, sino únicamente en relación a dos vicios, de los cuales uno lo es por exceso y el otro por defecto. El filósofo añade que hay pasiones y acciones que no admiten término medio, pues "su solo nombre implica perversión, como la malevolencia, la impudicia, la envidia; y entre las acciones, el adulterio, el robo, el homicidio. Todas estas cosas y otras semejantes a ellas son censuradas porque son malas en sí mismas, no sus excesos o sus defectos. Con respecto a ellas no es posible nunca actuar rectamente, sino que siempre se yerra" (II 6 1107 a9-14). Aristóteles se refiere, indudablemente, a

[34] Cf. *EN* II 2 1103 b31-1104 a25. Trad. J. Pallí.

[35] *EN* II 6 1106 b20-22. Trad. J. Pallí.

acciones y pasiones situadas de suyo en el exceso o en el defecto, y como el término medio se opone a ambos extremos, no hay un medio recto del exceso o del defecto, como tampoco, exceso o defecto del recto medio. Desde el punto de vista de la acción éste es el bien y lo mejor en la situación práctica concreta en que se desenvuelve.

Si nos hacemos virtuosos practicando actos de virtud, cabe preguntarse qué diferencia hay entre los actos que producen la virtud y los que son producidos por ella. Objetivamente no hay ninguna, salvo, quizás, un mayor grado de eficiencia y perfección en los últimos. La diferencia sustantiva reside en la disposición subjetiva, interna, del que actúa virtuosamente. Esta disposición no juega ningún papel en las obras de la técnica porque su bondad reside en el resultado, sin importar cómo sea logrado: si intencionalmente o por azar o porque otro decide por uno; en las obras de virtud, en cambio, los actos no son logrados al margen de la disposición con que se actúa. La acción es conforme a la virtud ética, dice Aristóteles, únicamente si el hombre que actúa: a) sabe lo que hace, b) elige personalmente sus acciones, y las elige por ellas mismas, c) las realiza en una actitud firme e inconmovible (II 4 1105 a17-b1). En otro pasaje explica esto del siguiente modo: "Así como decimos que algunos que ejecutan actos justos no son aún por ello justos, como los que ejecutan las prescripciones legales a pesar suyo o por ignorancia o por alguna otra razón y no por ellas mismas, por más que hagan de hecho lo que se debe y lo que debe hacer el hombre virtuoso [*spoudaîon*, "bueno"], así también para ser virtuoso debe uno, a lo que parece, practicar cada acto con cierta disposición, es decir, como resultado de una decisión y por motivo de los actos [rectos] mismos" (VI 12 1144 a13-19)[36].

Los rasgos constitutivos de la virtud ética son recogidos por Aristóteles en una definición esencial:

> "La virtud es por tanto un hábito de decidir (*héxis proairetiké*) que consiste en un término medio relativo a nosotros, determinado por la razón [*lógos*] y tal como lo determinaría el hombre prudente [*ho phrónimos*]" (II 6 1106 b36-1107 a2).

La sorprendente afirmación de la *razón* y del hombre prudente –que es definido por una virtud intelectual– como norma ética es una de las determinaciones más notables y características del pensamiento aristotélico. Ello mismo muestra que hay aquí elementos fundamentales que todavía necesitan una mayor aclaración.

[36] Trad. Gómez Robledo A. *Ética nicomaquea*. México: UNAM, 1954.

La virtud ética es un hábito práctico, una disposición que nos inclina de modo firme e inconmovible a tomar decisiones rectas, es decir, a elegir las acciones que son convenientes respecto del fin último de la vida buena en general. La decisión (*proaíresis*) es buena en cuanto alcanza el término medio respecto de nosotros y de la situación práctica singular en cada caso. Pero la decisión es un "deseo deliberado" (*órexis bouleutiké*: VI 2 1139 a23) o, como veíamos antes, "inteligencia deseosa o deseo inteligente", es decir, un acto participado de factores cognitivos y desiderativos, de modo que su bondad –lo que Aristóteles también llama "verdad práctica" (*alétheia praktiké*: VI 2 1139 a26)– requiere que: a) el conocimiento racional (*lógos*) implicado en la decisión sea verdadero; b) el deseo respectivo sea recto; c) las cosas que afirma el conocimiento y las que persigue el deseo sean las mismas (VI 2 1139 a22-25).

La primera condición está referida a la razón práctica, vale decir, al pensamiento que se hace con vistas a un fin práctico. El pensamiento, afirma Aristóteles, se hace práctico por la intervención del deseo, puesto que el deseo pone el fin: "El deseo lo es siempre de un fin y el fin del deseo pasa a ser el principio mismo del pensamiento práctico [*praktikós noûs*], cuya conclusión [a saber, la decisión] es el principio de la acción" (*De an.* III 10 433 a15-17). Por eso la imaginación y el pensamiento nada mueven sin el deseo (*De an.* III 10 433 a20, 22). La ciencia médica por sí misma, dice el filósofo, no basta para que el médico sane a nadie, para hacerlo tiene que desearlo (*De an.* 433 a4). Ahora bien, como lo sugiere la caracterización aristotélica de la decisión racional como un "deseo deliberado", parece claro que la verdad exigida por una buena decisión no es la de uno o más juicios aislados, sino la del conjunto de ese razonamiento complejo que Aristóteles llama "deliberación" [*boúleusis*]. Ésta, partiendo de un fin que es puesto por el deseo, "considera cómo y por qué medios se lo puede alcanzar; y si parece que el fin puede ser alcanzado por varios medios, examina cuál es el más fácil y mejor, y si no hay más que uno para lograrlo, cómo se logrará a través de éste, y éste, a su vez, mediante cuál otro, hasta llegar a la causa primera [de la acción, es decir, la decisión], que es la última en el proceso de descubrimiento y lo primero en la génesis [de la acción]" (*EN* III 3 1112 b15 ss., cf. *EE* II 10). Así, por ejemplo, el médico partiendo de su deseo de sanar al enfermo (sobre lo cual no delibera, pues éste es su supuesto y principio: cf. *EE* 1227 a10), delibera del siguiente modo sobre los medios conducentes: "Puesto que la salud es esto, necesariamente, para que algo esté sano, tendrá que haber esto, por ejemplo equilibrio y, para que haya esto, calor; y así seguirá pensando hasta llegar a aquello que él puede finalmente producir" (*Met.* VII 7 1032 b6; cf. *De motu anim* 7 701 a6-33). En virtud de la deliberación descendemos, pues, del fin a los medios, y proseguimos hacia los medios de los medios hasta alcanzar el más adecuado

que esté en nuestro poder y pueda ser elegido aquí y ahora[37]. Esta decisión no será buena si erramos en cuanto a la conexión formal que tienen los medios entre sí y con respecto al fin, o en cuanto al juicio que hacemos de cada medio en sí mismo. De ahí que la determinación del término medio de la virtud por la *razón*, como aparece en la definición antes expuesta, deba ser entendida en el sentido de *razón práctica* o *deliberación verdadera*.

La segunda condición es la rectitud del deseo. Ella se refiere a la moralidad de los fines deseados al actuar. El deseo es recto si su fin es la "acción buena" [*eupraxía*: VI 2 1139 b 4], expresión que en Aristóteles designa la felicidad o vida buena como fin último de la acción humana. Esto no quiere decir que únicamente sea recto el deseo del fin último ni que el deseo de un bien particular deba tenerlo como horizonte explícito e inmediato, para ser recto. En cambio, significa que los fines particulares de acción son deseados rectamente –y sólo así pueden ser justificados racionalmente– en cuanto son integrados y jerarquizados, aunque sea de modo implícito y no temático, en cierta articulación global de sentido, que viene dada por una determinada representación de la felicidad que sea racionalmente aceptable y adecuada a las capacidades operativas del ser humano[38]. Ahora bien, si la razón práctica es verdadera, en último término, con respecto al fin, y éste es puesto por el deseo, se comprende que la rectitud de éste sea una exigencia primordial de la buena decisión, pues su desviación acarreará también la de aquélla, transformándola en una habilidad terrible [*deinótes*: cf. VI 13 1144 a23-29], tanto más dañina cuanto más eficaz sea: *corruptio optimi pessimus*.

Finalmente, que lo mismo sea afirmado por el pensamiento y perseguido por el deseo, como condición de la buena decisión está referido seguramente a un requisito para que ésta se resuelva efectivamente en una acción. En efecto, mientras que el conocimiento de los medios separado del fin es imposible y, a su vez, el deseo separado de los medios conducentes para su realización es ineficaz y sin valor ético porque no nos mueve a nada, como resultado de la deliberación, en cambio, el pensamiento y el deseo se unen, pues los medios hallados por la razón aparecen como deseables en cuanto conducen al fin puesto por el deseo, al mismo tiempo que este fin aparece como realizable en cuanto puede ser obtenido por dichos medios. Entonces el deseo se hace eficaz y da lugar a la decisión, que, a la vez, da lugar a la acción ética. Lo que es afirmado por el pensamiento y perseguido por el deseo no son ni los medios ni el fin sino el objeto complejo *fin-medios*, donde,

[37] Cf. Ross WD. Aristotle. London-New York: Routledge, 1995: 206; Lear J. *Aristotle. The Desire to Understand*. Cambridge: Cambridge University Press, 1988: 141-51.

[38] Cf. Vigo A. "Verdad práctica". En: Padrón H (ed.). *Aristóteles* (Actas de las Primeras Jornadas Aristotélicas Argentinas, Mendoza, 1996). Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza: 18 ss.

desde la perspectiva del pensamiento aparecen "estos medios para este fin", y desde la perspectiva del deseo, "este fin por estos medios". Con respecto a esta totalidad el pensamiento debe ser verdadero y el deseo recto[39].

Cuando Aristóteles retoma la explicación de su definición de la virtud ética en libro VI de la *Ética nicomaquea* habla de la razón del justo medio no sólo como verdadera, sino también, y primordialmente, como recta [*lógos orthós*]. Ambos conceptos, empero, están imbricados: así como "la buena disposición de la razón teórica es la verdad [en concordancia con las cosas]", la buena disposición de la razón práctica "es la verdad en concordancia con el deseo recto" (VI 2 1139 a29-30); "la rectitud de la opinión [ética] es la verdad" (VI 9 1142 b10). ¿Cómo entender el concepto de rectitud referido ya no al deseo sino al pensamiento mismo? Aristóteles sostiene que la razón recta es la que se conforma a la prudencia (VI 13 1144 b23-24). Esto se enlaza con la última parte de la definición de virtud: el justo medio es determinado por la razón [recta y verdadera], esto es, tal como lo determinaría el hombre prudente. La comprensión de este problema exige volver sobre el concepto de prudencia, ahora para ver su articulación precisa con la virtud ética.

Prudencia y virtud ética

La prudencia entendida como sabiduría práctica es una virtud del intelecto, que nos habilita para deliberar bien acerca de las cosas buenas y malas para nosotros, no en sentido parcial, sino para realizar una vida buena y feliz, y actuar en consecuencia. No es pues un saber acerca de "las cosas más nobles por naturaleza", es decir, de las cosas inmutables, "superiores, maravillosas, arduas y divinas", que son objeto de la sabiduría teórica (*sophía*), sino de los bienes humanos, y "el hombre no es lo más excelente de cuanto hay en el universo" (VI 7 1141 a21-22). Sin embargo, es la virtud más alta en el orden práctico, y ambas formas de sabiduría son necesariamente deseables por sí mismas, porque son virtudes y porque la posesión y el ejercicio de cada una es, a su modo, causa de felicidad (VI 12 1143 b35-a6).

Puesto que la prudencia está referida a las acciones, que son siempre singulares y no llegan a ser conocidas sino por la experiencia, su adquisición supone mucho tiempo y gran experiencia de vida (VI 8 1142 a12-17). Por lo mismo, aunque en su forma más perfecta implica un saber general y particular de "lo que es justo, bello y bueno para el hombre", tiene primacía este último, dado que las acciones se refieren a lo particular, por lo que se da el caso de que algunos saben actuar bien gracias a su experiencia de vida y conocimiento de lo concreto, aunque no puedan dar razón de los principios

[39] Cf. Gauthier y Jolif, *op. cit.*, II 2, pp. 447-48.

generales de sus acciones (VI 7 1141 b14-22). Aristóteles subraya este carácter práctico de la prudencia al afirmar que es útil "no para conocer las virtudes, sino para hacernos virtuosos" (VI 12 1143 b26-27).

Su rasgo más determinante es, quizás, la habilidad [*deinótes*] para descubrir y llevar a la práctica todos los medios conducentes al fin bueno hasta su realización. Por esta capacidad de percibir el bien Aristóteles la llama "ojo del alma" (VI 12 1144 a29). Sin embargo, a diferencia de la ciencia y de la técnica, esta disposición cognitiva y práctica, precisamente por estar volcada hacia los bienes humanos, no se genera sin virtud ética y puede ser corrompida, especialmente en el proceso de su formación, por las pasiones y, en general, por el placer o el dolor, pasando a adoptar como fin último de la vida la obtención del placer o la fuga del dolor. Aristóteles añade, mediante un juego de palabras que no tiene correspondencia en el español, que la "moderación" o "templanza" [*sophrosyne*] se llama así porque "salvaguarda la prudencia" [*hos sózousan tèn phrónesin*] (Vi 5 1140 b11-13). Cuando la templanza no salvaguarda el juicio práctico de la prudencia, la habilidad respectiva toma la forma no de una virtud, sino de un vicio, la "astucia" o "carácter terrible" [otro sentido de *deinótes*], que impide al hombre reconocer el principio mismo de la acción, que es el fin último y bien supremo, y consiguientemente, le impide reconocer que por causa de este fin debe decidir todas sus acciones en todas las circunstancias (VI 5 1140 b12-19; 12 1144 a22-35). "El bien supremo –escribe Aristóteles al respecto– no aparece bueno sino al hombre bueno, pues la maldad trastorna el juicio y hace incurrir en error en lo tocante a los principios de la acción. Claro está, por ende, que es cosa imposible ser uno prudente sin ser bueno"[40], es decir, éticamente virtuoso. El sentido de esta importante conclusión es aclarado por el mismo filósofo: "La obra [*érgon*] del hombre se consuma en conformidad con la prudencia y la virtud ética, porque la virtud hace recto el fin propuesto, y la prudencia, los medios para este fin" (VI 12 1144 a6-8). Ésta es, por consiguiente, la rectitud del pensamiento.

La misma oposición que hay en el orden intelectual entre la prudencia y la astucia, se produce en el orden ético entre la "virtud por excelencia" y la "virtud natural". La primera es la virtud propiamente tal en cuanto iluminada por el ojo de la prudencia. La segunda designa las disposiciones naturales del carácter, como se dan, por ejemplo, en los niños. Si estas disposiciones se dan sin inteligencia [*noûs*] en el hombre adulto, dice Aristóteles, son notoriamente dañinas. Tal como un hombre de cuerpo robusto que se moviera sin visión podría resbalarse más fuertemente cuanto más robusto sea por no

[40] *EN* VI 12 1144 a32-36 (trad. Gómez Robledo).

tener vista, lo mismo sucede en el campo moral: tanto más daño puede hacerse a sí mismo y a los otros cuanto más firmes e inconmovibles sean sus "virtudes" del carácter, si no tienen la luz de la inteligencia práctica, que es la prudencia (VI 13 1144 b1-17). Por eso, dice Aristóteles, Sócrates acertaba al pensar que las virtudes no se dan sin prudencia, pero erraba al considerar que todas son prudencia, pues ello implica confundir las virtudes éticas con las intelectuales, y éstas con la prudencia: "Sócrates –añade– pensaba que las virtudes son disposiciones de la razón (pues para él todas eran disposiciones del conocimiento científico), en cambio para nosotros son disposiciones acompañadas de razón" (VI 13 1144 b29-30). Si se es más preciso según Aristóteles se debe decir que la virtud ética es una disposición conforme a la recta razón, pero no sólo esto sino que también va acompañada de la recta razón, y "la recta razón en estas materias es la prudencia" (VI 13 1144 b28).

De allí extrae tres importantes conclusiones: a) "no es posible ser bueno, en el sentido más propio, sin prudencia, ni prudente sin virtud ética" (VI 13 1144 b30-32); b) las virtudes propiamente dichas no son separables, pues "cuando está presente la prudencia, que es una, al mismo tiempo están presentes todas las demás" (VI 13 1145 a1-2); c) no hay "decisión recta" [*proaíresis orthè*] sin prudencia ni sin virtud, porque ésta determina el fin, y aquélla pone en obra las acciones conducentes al fin (VI 13 1145 a4-6).

La sabiduría, por la que tenemos conocimiento del bien supremo, es la norma última de la prudencia, y la prudencia lo es de la virtud ética. Dado que el término medio es determinado en cada caso por las circunstancias singulares y contingentes en que siempre actúa cada uno, donde la rectitud y la verdad exige tener en cuenta las condiciones del agente y las de aquél o aquéllos con los que interactúa, así como el tiempo oportuno [*kairós*], el modo y el fin de la acción, y sus consecuencias, etc., huelga decir que ninguna norma abstracta y general podría satisfacer el requisito de guiar y determinar la acción moral. La norma y medida es el hombre singular que tiene sabiduría práctica. El hombre prudente se constituye en el plexo de una armonía de pensamiento y acción, inteligencia y deseo, verdad y rectitud, alma y cuerpo. Es la figura concreta de la excelencia a la que estamos llamados en cuanto hombres.

Ética deontológica: Immanuel Kant

Ana Escríbar

La tradición ético-filosófica occidental se nutre de dos grandes herencias, la teleología y la deontología, cuyas respectivas figuras señeras son Aristóteles y Kant. Entre ambas median más o menos 20 siglos y la revolución teórica desencadenada por la filosofía crítica kantiana.

Así, para hacerse cargo del sentido de la ética deontológica –que supone el paso desde una concepción de lo bueno como lo que se adecua al ser, a una concepción de lo correcto como lo que se ajusta a la ley– hay que revisar previamente algunos de los planteamientos de Kant referentes a las condiciones de posibilidad de la ciencia y a los correspondientes límites que postula para los alcances de la razón.

Trataremos de hacer esa revisión lo más brevemente posible y haciendo uso de un mínimo de términos técnicos, sin faltar por ello al rigor exigido por el tratamiento de un tema filosófico.

Condiciones de posibilidad de la ciencia

"Si la elaboración de conocimientos pertenecientes al ámbito de la razón sigue o no el camino seguro de una ciencia, es algo que puede determinarse fácilmente por el resultado. Porque si después de elaborados preparativos, a menudo renovados, se detiene apenas se aproxima a la meta; si a menudo se ve obligado a rehacer sus pasos e iniciar una nueva línea de aproximación; o, por otra parte, si los distintos participantes son incapaces de ponerse de acuerdo en un plan común de procedimientos, entonces podemos estar seguros de que está lejos de haber entrado en el seguro camino de una ciencia y en verdad no es más que un tanteo a ciegas"[1].

[1] Kant I. Crítica de la Razón Pura. Traducción al inglés de Norman Kemp Smith. Londres: MacMillan, 1973: 17. (La traducción al español es de la autora).

El "escándalo de la razón". En la "Crítica de la Razón Pura", cuya primera edición aparece en 1781, no se plantea la pregunta referente a si es posible la ciencia, porque la físico-matemática newtoniana se había encargado ya de responderla afirmativamente. Kant se pregunta, pues, cómo es posible esa ciencia, vale decir, cuáles son sus condiciones de posibilidad y si existen similares condiciones de posibilidad para la metafísica como ciencia.

Esta segunda interrogante surge a partir de lo que Kant considera como el "escándalo de la razón"; esto es, la situación de la metafísica que –a diferencia de la físico-matemática que ya "ha entrado en el seguro camino de la ciencia"– "no es más que un tanteo a ciegas" que conduce a la razón a la autocontradicción que se expresa en la formulación de enunciados antitéticos, cuya verdad o falsedad son igualmente indemostrables. Kant reúne estos enunciados en las cuatro "antinomias de la razón pura", que ejemplificaremos a través de la cuarta, cuya tesis y antítesis, respectivamente, se expresan en los siguientes términos: "corresponde al mundo la existencia de un ser absolutamente necesario, ya sea como parte suya o como causa"; "en ninguna parte en el mundo, o fuera del mundo como su causa, existe un ser absolutamente necesario"[2].

Kant se propone, pues, poner al descubierto cuáles son las condiciones de posibilidad de la ciencia y por qué ellas no operan para la metafísica; vale decir, por qué es posible la ciencia y por qué es imposible la metafísica como ciencia.

Universalidad y carácter *a priori*. Las características de los enunciados de la física matemática newtoniana que indican que esa disciplina "ha encontrado el camino seguro de una ciencia" son su validez universal y el hecho de que resulte inconcebible que lo que enuncian pudiese ser pensado de otra manera, vale decir, su necesidad.

Ahora bien, Kant nos dice que la experiencia, a la que los enunciados científicos hacen referencia, puede aportar fundamentos suficientes para la generalización y para la probabilidad, pero jamás para la universalidad y la necesidad; en consecuencia, dichos rasgos deben reconocer su origen en una fuente diferente de la experiencia; esto es, en la razón.

Así, todo conocimiento válido representaría una síntesis entre dos tipos de elementos; una materia que nos llega a través de los sentidos y una forma *a priori*, previa a la experiencia, aportada por nuestra facultad cognoscitiva, que ordena y configura esa materia. Surge entonces un objeto mixto, el "fenómeno", que sería el auténtico objeto del conocimiento científico.

[2] *Ibíd.* pp. 396-421. Exposición sobre las cuatro "antinomias de la razón pura".

Estas formas aportadas por la facultad cognoscitiva para la constitución del objeto de conocimiento son las funciones o formas *a priori* de la sensibilidad, espacio y tiempo, y las funciones o formas *a priori* del entendimiento, llamadas "categorías", que integran la cantidad (unidad, pluralidad, totalidad), la cualidad (realidad, negación, limitación), la relación (sustancia-accidente, causa-efecto, reciprocidad entre agente y paciente) y la modalidad (posibilidad-imposibilidad, existencia-no existencia, necesidad-contingencia)[3].

En esta forma, el conocimiento científico, puesto que supone una síntesis de forma y materia, es inevitablemente conocimiento de "fenómenos", vale decir, de objetos ordenados y configurados por nuestra facultad cognoscitiva y no de "cosas en sí", no de las cosas tal como son en sí mismas con independencia de nuestra representación; a ello se debe, precisamente, el carácter universal y necesario de los enunciados de la ciencia, ya que éstos no hacen más que descubrir en dichos objetos lo que la razón –compartida por todos los seres racionales– ha puesto en ellos.

De manera que la condición de posibilidad de la ciencia está íntimamente ligada al reconocimiento de ciertos límites de la razón: ésta no puede ir más allá de la experiencia posible, esto es, no puede conocer objetos que no estén ordenados en el tiempo, el espacio y las categorías o, lo que es lo mismo, sólo puede conocer fenómenos y no "cosas en sí" o "noumena".

La imposibilidad de la metafísica como ciencia

"La razón humana tiene este particular destino de que en una especie de su conocimiento está cargada con preguntas que, como prescritas por la naturaleza propia de la razón misma, no le es posible ignorar, pero que, al trascender todos sus poderes, no es tampoco capaz de responder"[4].

Lo expuesto en los párrafos anteriores basta para entender por qué la metafísica resultaría imposible como ciencia. La posibilidad de la ciencia, que es la posibilidad de hacer enunciados de validez universal y necesaria referentes a la experiencia, pero que no tienen en ella su fundamento, enunciados que Kant llama "juicios sintéticos *a priori*", depende de la posibilidad de la síntesis entre una materia y una forma.

Ahora bien, en los objetos metafísicos tradicionales –libertad, inmortalidad del alma, Dios– falta la materia del conocimiento, no hay ninguna información sensorial sobre la que podamos aplicar las formas *a priori* de la

[3] *Ibíd.* pp. 111-19. Exposición sobre las Tablas de las Categorías.

[4] Kant I. Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres. 11ra edición. Madrid: Editorial Espasa Calpe S.A., 1995: 101.

sensibilidad y del entendimiento; no puede, pues, darse esa síntesis. Tales objetos no son fenómenos, no son objetos de conocimiento, no son objetos de experiencia posible. Son meras "ideas" de la razón; sobre ellos, por lo tanto –a nivel de la razón científica– nada podemos decir.

Sin embargo, debido a la naturaleza misma de la razón que nos empuja a pasar de los efectos a las causas en busca de una última causa, ella misma incausada, no podemos fingir indiferencia frente a tales materias; este anhelo, inherente a la razón, explica la presencia de las "antinomias de la razón pura" a lo largo de toda la historia de la metafísica.

Ahora, en cambio, nos dice Kant –gracias al reconocimiento de la distinción entre fenómeno y cosa en sí establecido por su "Crítica de la Razón Pura"– podemos "pensar" la existencia de esos objetos metafísicos sin contradicción de la razón consigo misma, aunque no podamos "conocerlos"; esto es, no podamos derivarlos como conclusión necesaria a partir de un axioma, o mostrarlos como existentes en la experiencia.

Así, por ejemplo, en lo que respecta a la voluntad humana, que la ciencia necesariamente debe considerar como parte integrante de un mundo regido por el determinismo, la moral puede pensarla como libre en la medida en que el hombre –como ser a la vez sensible y racional– es ciudadano de dos mundos: el fenoménico y el nouménico; por consiguiente, su voluntad puede pensarse –a la vez y sin contradicción– como determinada en cuanto fenómeno y como libre en cuanto noumena, aun cuando en esta segunda condición resulte incognoscible para la razón teórica.

Un nuevo fundamento para la moral

Nos encontramos ahora preparados para abordar el tema que nos interesa: la caracterización de la deontología kantiana frente a la ética teleológica aristotélica. Para ésta última, el contenido del concepto de felicidad, caracterizada por Aristóteles como fin en sí, esto es como aquello que jamás es medio para otra cosa, tenía validez universal y necesaria en la medida en que advenía como resultado de la actualización del ser potencial del hombre. Así, la ética aristotélica resulta tributaria de una metafísica; esto es, de una determinada concepción del ser como acto y potencia.

La crítica kantiana, porque niega la posibilidad de la metafísica como ciencia, niega la legitimidad de ese fundamento sin el cual la felicidad –si bien se conserva como fin reconocido por todo ser humano– pierde la unidad de su contenido y, por consiguiente, su validez como criterio que permita definir los contenidos de la "vida buena".

Kant intentará, pues, descubrir un nuevo fundamento para la ética, no ya metafísico, no ya consistente en una determinada concepción del ser, sino de carácter *a priori*, vale decir, racional y, como tal, puesto que la razón es compartida por todos los hombres, de validez universal y necesaria.

La "buena voluntad" y el "imperativo categórico". El comportamiento de todos los entes no racionales en el mundo está determinado necesariamente por leyes; el comportamiento de los seres racionales, en cambio, se determina mediante la presentación de principios, porque ellos poseen voluntad y ésta es "la facultad de determinarse uno a sí mismo a obrar conforme a la representación de ciertas leyes"[5].

Tales principios reciben el nombre de "imperativos" y mandan en forma hipotética o categórica. Son hipotéticos aquéllos que supeditan el mandato a una condición que constituye la meta para cuyo logro el cumplimiento de lo mandado representa un medio. Así sucede, por ejemplo, con el siguiente imperativo: "si quieres conservar la salud, observa las reglas de la higiene"; estos imperativos carecen de validez universal y necesaria, puesto que obligan sólo a aquéllos para quienes tiene vigencia la condición estipulada y su sentido es semejante al de una instrucción técnica o al de un consejo de prudencia.

Este tipo de imperativos podría esquematizarse de la siguiente manera: si quieres que suceda "B", entonces debes hacer que se produzca "A", lo que equivale a afirmar que "A" es causa" de "B" y como está en nuestro poder producir "A", podemos hacer que se produzca "B". La voluntad determinada por ellos quedaría excluida de la esfera moral, porque allí el ser racional no estaría actuando de acuerdo a la presentación de principios, sino integrándose a la concatenación causal del acontecer natural.

Es categórico, en cambio, aquel imperativo que manda absolutamente, sin condiciones de ninguna especie; vale decir, aquél en que lo mandado no es medio para otra cosa.

La interrogante kantiana es, entonces, cuál puede ser la fuente de un imperativo categórico; no puede serlo la búsqueda de la felicidad, porque –como veíamos– al rechazarse el fundamento metafísico el concepto de felicidad pierde la unidad de su contenido y sólo podría dar lugar a imperativos hipotéticos; tampoco podría serlo la voluntad divina, porque en tal caso el imperativo tendría un origen heterónomo, lo que negaría la autonomía de la voluntad que, como veremos, es central para la ética kantiana.

[5] *Ibíd.* pp. 92.

Concluye entonces Kant que si el imperativo manda absolutamente y pretende, por consiguiente, validez universal y necesaria, dicha fuente tendría que residir en la razón; debería, pues, tratarse de un principio racional y, como tal, *a priori*; representaría la ley objetiva de la moralidad, mientras los otros principios serían meramente subjetivos, esto es, serían "máximas".

Kant enuncia dicha ley, en una primera formulación, en los siguientes términos: "obra sólo según aquella máxima que puedas querer que se convierta, al mismo tiempo, en ley universal"[6].

Este imperativo categórico o ley objetiva de la moralidad define la "buena voluntad", lo único que en el mundo o fuera de él "puede ser considerado bueno sin restricción"; esta "buena voluntad" es aquélla que se determina de acuerdo a dicho imperativo, por mero respeto a la ley, sin tomar en consideración ninguna posible consecuencia de ese acatamiento.

Dicha adecuación de la voluntad a la ley es lo que constituye el "deber" y el deber así definido nos muestra a la voluntad como autolegisladora, en la medida en que sólo se somete a una ley dictada por la propia razón y como autónoma, en la medida en que la ley que la rige no le viene dada desde fuera.

El imperativo, por otra parte, no es sólo una ley por la que debe determinarse la voluntad; es, a la vez, un criterio o procedimiento que permite discernir cuáles de nuestras máximas son universalizables; vale decir, cuáles podemos querer que se conviertan en ley universal y cuáles son, por consiguiente, morales.

Kant da varios ejemplos de esa función procedimental del imperativo, entre los cuales se cuenta el de la falsa promesa; supongamos que tengo un apuro económico del que podría salir con un préstamo; sé, sin embargo, que no podré devolverlo, pero si no me comprometo a hacerlo no podré resolver mi problema; prometo, pues, que devolveré el dinero. Al proceder así, estaría actuando de acuerdo a una máxima que diría más o menos lo siguiente: "si necesitas dinero, promete devolverlo aunque sepas que no cumplirás tu promesa"; resulta evidente que tal máxima no es universalizable, por cuanto – transformada en ley universal– resultaría contradictoria, ya que a partir de ella nadie podría creer en las promesas y éstas perderían, por lo tanto, su sentido.

Kant da una segunda formulación del imperativo categórico: "obra de tal modo que te relaciones con la humanidad, tanto en tu persona como en la de cualquier otro, siempre como un fin, y nunca sólo como un medio"[7].

[6] *Ibíd.* pp. 104.

Esta segunda formulación es equivalente a la anterior, puesto que la exigencia de que la voluntad se rija sólo por máximas universalizables implica el reconocimiento de la dignidad del hombre implicada en su condición de fin. Ella resalta, sin embargo, la condición de persona propia del hombre, derivada de la autonomía de su voluntad y de la dignidad de su carácter de fin en sí que lo diferencia de todo el resto de los entes mundanos que pueden ser usados como meros medios al servicio de la voluntad humana.

Los postulados de la razón práctica. Porque el hombre no es un ser puramente racional, sino que es una especie de ciudadano de dos mundos, el inteligible y el sensible, la ley moral se le presenta bajo la forma de un imperativo que lo obliga; en el caso de un ser puramente racional, como Dios, por ejemplo, la ley simplemente coincidiría con su voluntad; se trataría, pues, de una voluntad "santa", mientras que aquélla exigida al hombre por el deber es una meramente "buena".

Por otra parte, ni siquiera podemos saber si alguna vez a lo largo de la historia ha existido en el mundo una "buena voluntad"; porque –como veíamos– ésta es aquélla que adecua sus máximas a la ley, por mero respeto a la ley. Pero como el hombre sólo se percibe a sí mismo como fenómeno, esto es, como formando parte de un mundo causalmente determinado, no puede "conocer" su libertad, vale decir, no puede "mostrarla" en la experiencia; por consiguiente, aun cuando sus máximas parezcan adecuarse a la ley, ello puede responder al intento de lograr la satisfacción de intereses o deseos particulares, disimulado bajo la apariencia del respeto exigido por el deber.

En esta forma, la autonomía de la voluntad, el hecho de que ella pueda determinarse por una ley que es obra de la razón, autonomía en la que consiste la libertad, no puede ser demostrada; la libertad, sin embargo, debe ser supuesta si no queremos enfrentar el absurdo de un principio racional que nos exigiría algo imposible. La libertad representa, pues, el primer postulado de la razón práctica: algo que desde el punto de vista de la razón teórica o científica es indemostrable, pero cuya posibilidad es exigida por la razón práctica como condición de posibilidad de la moral.

Los otros dos postulados de la razón práctica son la inmortalidad del alma y la existencia de Dios. Pero ellos no son ya condición de posibilidad de la moral, sino de la realización del bien supremo. La ley moral exige la total adecuación de las máximas a la ley y dicha adecuación representa uno de los

[7] Kant I. Crítica de la Razón Práctica. Traducción de Rovira Armengol. 5ta ed. Buenos Aires: Editorial Losada S.A., 1961. En el Libro II se desarrolla la exposición sobre los postulados de la razón práctica.

aspectos del bien supremo cuya realización es exigida categóricamente; pero como ésta no puede lograrse en el transcurso de la vida, puesto que la voluntad humana es buena y no santa, debemos suponer después de la muerte una duración infinita, a lo largo de la cual pueda darse una aproximación asintótica entre la voluntad y la ley.

Finalmente, si bien la moralidad exige que la voluntad se ajuste totalmente a la ley moral, y lo haga movida exclusivamente por el respeto a la ley misma, el bien supremo incluye la exigencia de una adecuada proporción entre moralidad y felicidad. Pero la felicidad supone una concordancia entre los acontecimientos del mundo y los deseos y las aspiraciones del hombre, cosa que no es posible porque éste último no es causa del mundo. Por consiguiente, como condición de posibilidad de la realización del bien supremo, debemos suponer la existencia de una causa racional del mundo, exterior a él, capaz de supeditarlo a los intereses y fines del ser racional; tal causa sería Dios cuya existencia se constituye, así, en el tercer postulado de la razón práctica.

Caracterización de la ética deontológica kantiana

La ética kantiana es deontológica, vale decir, es una ética del deber, de la obligación; no se ocupa del tipo de hombre que quisiéramos llegar a ser, o de la clase de vida que sería deseable vivir, sino de definir las leyes que debemos obedecer. Es una ética en la que la moralidad queda definida por la intención, en la que la consideración de las consecuencias queda excluida del ámbito moral.

Es una ética autónoma, en la medida en que sitúa el origen del imperativo en la razón práctica misma; es, además, formal, en cuanto no ofrece contenidos; esto es, no define los rasgos de una "vida buena", ni de las virtudes que le son inherentes, sino que con el imperativo categórico entrega un criterio –el de la capacidad de universalización– que permite discernir cuáles máximas son morales y cuáles no lo son.

Esta relación entre la moralidad y el carácter universalizable de las máximas, así como la dependencia de éste último respecto del formalismo, representan la gran contribución kantiana a la tradición ética occidental.

Bibliografía

Ferrater Mora J. Diccionario de Filosofía. Barcelona: K-P. Editorial Ariel S.A., 1995: 1989-2002.

Kant I. Crítica de la Razón Práctica. Traducción de J. Rovira Armengol. Buenos Aires: Editorial Losada S.A., 1961.

Kant I. Crítica de la Razón Pura. Traducción de Pedro Ribas. Madrid: Alfaguara, 1878.

Kant I. Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres. 11ra ed. Madrid: Espasa Calpe S.A., 1995.

Villacañas JL. Kant. En: Camps, Victoria. Historia de la Ética. Tomo II. Barcelona: Ed. Editorial Crítica, 1992: 315-405.

Ética y axiología

Jorge Acevedo

El valor es algo debatido. ¿Hay valores como instancias últimas, decisivas e irreductibles a otras más radicales? Si los hay, ¿qué estructura tienen? ¿Es posible acceder a ellos? Si fuera posible, ¿cómo se accede a los valores? ¿Son los valores algo más dentro de *lo que hay*? ¿O constituyen un Universo aparte? ¿Se integran dentro del gran asunto de la filosofía, *el asunto del ser*? ¿O constituyen un tema independiente frente al del ser e inclusive a la base suya? ¿Los valores *son* o *valen*? ¿Es el estudio de los valores –la *axiología* o *estimativa*– una disciplina más dentro de la filosofía? ¿O la axiología es la disciplina fundamental de la filosofía, más radical aun que la ontología general, que pregunta por *el ser mismo*? ¿Son *subjetivos* los valores, esto es, dependen de cada cual, o de la consciencia particular de un grupo humano, o de la consciencia del género humano o del hombre? ¿Son *objetivos*, esto es, son independientes del que valora, sea éste un individuo, un grupo o el hombre en general? ¿O la polémica "subjetivismo contra objetivismo" nos lleva a un callejón sin salida en lo que se refiere a la estructura del valor? Si hay valores positivos, ¿hay también valores negativos (o disvalores)? ¿Hay valores superiores a otros? ¿De qué manera se decide la jerarquía o rango de los valores? ¿Hay algo o alguien –que esté más allá del sujeto valorante–, que determine la jerarquización de los valores? ¿O ese rango depende simplemente del que valora, sin que sea necesario recurrir a una instancia trascendente a él? ¿Debemos atenernos a una escala de valores común a todos? ¿O cada uno se da a sí mismo su propia escala valórica? ¿Las escalas de valores son rígidas o flexibles? ¿Los valores valen en todo tiempo y lugar o tienen validez sólo en una sociedad determinada y en un momento histórico determinado? ¿O los valores tienen solamente una validez personal, relativa a cada individuo? ¿Los juicios de valor tienen el mismo alcance que los juicios acerca de hechos? ¿O éstos últimos tienen primacía sobre aquéllos? ¿De dónde obtener un criterio para habérselas con las cuestiones axiológicas?

Procuraremos en las líneas que siguen dar pistas para enfrentarnos con algunas de las preguntas precedentes, basándonos, sobre todo, en un escrito de José Ortega y Gasset donde hallamos su recepción inicial de Edmund Husserl y Max Scheler.

En el número IV de la *Revista de Occidente*, de octubre de 1923, aparece el artículo de Ortega "*¿Qué son los valores?* Iniciación a la Estimativa"[1]. Más que presentar su propio pensamiento, lo que hace Ortega allí es exponer el debate axiológico tal como se daba en ese momento, considerando en especial el libro de Max Scheler *El formalismo en la ética y la ética material de los valores*[2]. Sin abandonar la palabra valor –¿cómo podría hacerse algo así?–, Ortega no se hace completamente solidario en su obra madura de esa exposición de 1923, hasta tal punto que, en mi opinión, el artículo aparece como una especie de isla dentro de su pensamiento, sin claros precedentes ni nítidos consecuentes. Al dar a conocer, en 1986, escritos inéditos de Ortega de 1927, Paulino Garagorri advierte, a propósito de uno de ellos: "El concepto 'valor' fue luego desechado por Ortega en la exposición de su filosofía"[3]. De todos modos, el artículo no es, en absoluto, desdeñable, ni para los que siguen las

[1] Cfr., López Campillo E: *La "Revista de Occidente" y la Formación de minorías (1923-1936)*. Madrid: Editorial Taurus, 1972: 290.

Recogido, ahora, *en Obras Completas* (en adelante, *O.C.*), Volumen VI, Editorial Revista de Occidente, Madrid, 1964: 315-35, con el título "*Introducción a una Estimativa* ¿Qué son los valores?", y puesto dentro del apartado *Prólogos (1914-1943)*. Recogido, también, en: José Ortega y Gasset: *Mirabeau o El Político/ Contreras o El Aventurero*, Editorial Revista de Occidente, Colección El Arquero, Madrid, 1974: 159-88, con el título "*¿Qué son los valores?* Iniciación en la Estimativa". [Hago notar –a propósito de lo que digo a continuación–, las variaciones en el título, así como el hecho de que en las *Obras Completas* aparezca dentro de los *Prólogos*].

[2] *Der Formalismus in der Ethik und die Materiale Wertethik* (El formalismo en la ética y la ética material de los valores), 1913-1916 [Segunda edición, 1921, con el subtítulo "Neuer Versuch der Grundlegung eines ethischen Personalismus", "Nuevo ensayo de fundamentación de un personalismo ético"]. Versión castellana: *Ética*. Editorial Revista de Occidente, Madrid, ^{2}1948; traducción de H. Rodríguez Sanz (Véase, Risieri Frondizi: "*¿Qué son los valores?* Introducción a la axiología", capítulo IV , Ed. F.C.E., México,^{3}1972, 1995 [segunda reimpresión en Chile]).

[3] Ortega y Gasset J. *Ideas y creencias*. Revista de Occidente en Alianza Editorial, Colección 'Obras de José Ortega y Gasset', Madrid, ^{4}1999: 151, en nota. Edición de Paulino Garagorri. No parece sostenible la hipótesis propuesta por Ignacio Sánchez Cámara –prudente y acertadamente presentada sólo como hipótesis–, según la cual la ética de Ortega se basa decisivamente en la filosofía de los valores, de tal modo que su núcleo residiría en el texto de 1923 que hemos nombrado (véase su estudio "Ortega y la filosofía de los valores"; en *Revista de Estudios Orteguianos* Nº 1, Madrid, 2000: 159-70). Ya Arturo García Astrada, por ejemplo, había observado que la axiología orteguiana tal como es desarrollada en *Introducción a una Estimativa* "aparece en la obra de Ortega como algo difícilmente coherente con la totalidad de su pensamiento y, sobre todo, con el pensamiento de su época de mayor 'vitalismo', que es justamente cuando escribió aquel ensayo" (Cfr., *El pensamiento de Ortega y Gasset*. Buenos Aires: Editorial Troquel, 1961: 68).

aguas del filósofo español, ni para los que miran su pensamiento desde fuera. Al contrario, como espero mostrar o hacer vislumbrar en lo que sigue.

En las palabras preliminares hace notar que "la preocupación teórica y práctica en torno a los valores es uno de los hechos más hondamente reales del tiempo nuevo. Quien ignore el sentido e importancia de esa preocupación se halla a cien leguas de sospechar lo que hoy está aconteciendo en los profundos senos de la realidad contemporánea, y más lejos aún de entrever el mañana que hacia nosotros rápido avanza"[4]. El valor ha sido estudiado, agrega, en el ámbito económico. Por cierto, también aparece en el ámbito filosófico, pero insuficientemente atendido. O, más bien dicho, el problema del valor ha aparecido en la filosofía fundido con otros problemas. Valdría la pena "aislarlo" para destacarlo y darle el tratamiento que merece[5].

No hay que confundir el Valor con el Bien. El Bien –o lo Bueno–, es el substrato del Valor, o una especie de valores, junto, por ejemplo, a la belleza, la elegancia, la destreza. Más aún: frente al valor positivo *Bien* hallamos el valor negativo (o disvalor) *Mal*; lo uno –el Bien–, y lo otro –el Mal–, son valores, aunque de signo radicalmente distinto.

El carácter peculiar del valor como tal lo encontramos al examinar aquello de lo que tenemos consciencia. Por un lado están los objetos. Junto con ellos, pero como algo distinto, están los valores[6].

Los objetos pueden clasificarse con diferentes, múltiples criterios. Consideremos dos, que parece oportuno traer a colación.

Por una parte, están los objetos corpóreos y los incorpóreos. La corporeidad –que apunta a lo que podemos tocar con nuestras manos, por ejemplo–, no agota el ámbito del ser. Está también la idealidad de los objetos matemáticos: números, relaciones geométricas.

[4] *O.C.*, VI, p. 315.

[5] Es probable que, paradójicamente, este paso metodológico "aislacionista" sea, finalmente, teoréticamente fatal para la teoría del valor, aunque, por lo pronto, parezca muy acertado.

[6] En rigor, el valor puede entenderse también, de alguna manera, como "una extraña, sutil casta de objetividades que nuestra consciencia encuentra fuera de sí como encuentra los árboles y los hombres" (*O.C.*, VI, p. 328). Considérese, además, que "los valores son un linaje peculiar de objetos irreales que residen en los objetos reales o cosas, como cualidades *sui generis*" (*Ibíd.*, p. 330). Por tanto, dentro de este contexto podríamos también hablar de los *valores* como *objetos*, tomando las debidas precauciones. (Habría que hacer notar, al mismo tiempo, que en este texto Ortega no usa las palabras de manera absolutamente uniforme, hecho que, aunque complica la intelección *precisa* de su planteamiento, es frecuente en los filósofos. Advierto que eso ocurre con las palabras *cosa* y *objeto*, cuyo *preciso* sentido parece, a veces, fluctuar).

Pero las cosas son también valiosas, despreciables o, prácticamente, indiferentes. Y en estos casos no tenemos percepción de objetos, comparación y análisis, suma u ordenación y clasificación de objetos; tampoco, simplemente, indagación en su mutuo condicionamiento ni encadenamiento de objetos en series de causas y efectos. Tenemos valoraciones: estimamos, desestimamos; preferimos, desdeñamos, posponemos; apreciamos, despreciamos. Además de objetos hay valores. Si por mundo entendemos la ordenación unitaria de las cosas, "tenemos dos mundos, dos ordenaciones distintas pero compenetradas: el mundo del ser y el mundo del valer. La constitución del uno carece de vigencia en la del otro; por ventura, lo que *es* nos parece *no valer* nada, y, en cambio, lo que no es se nos impone como un valor máximo. Ejemplo: la perfecta justicia nunca lograda y siempre ambicionada"[7].

Hay un conjunto de palabras que se refieren sólo al mundo de los valores: bueno y malo, mejor y peor, valioso e inválido, precioso y baladí, estimable, preferible.

Hay una serie de vocablos que se refieren, a la vez, a ambos mundos: noble, generoso, elegante, diestro, fuerte, selecto; sórdido, inelegante, torpe, débil, vulgar. Apuntan, pues, a realidades y a valores.

Una segunda perspectiva sobre los objetos los clasifica en presentes, ausentes y puramente mentados o mencionados. El modo de consciencia correspondiente a los objetos presentes es la percepción sensible, es decir, la que realizamos a través de los sentidos del cuerpo. Hay percepciones visuales, auditivas, táctiles, olfativas, gustativas, orgánicas o cenestésicas, cinestésica, térmicas, vibratorias, álgicas o de dolor, estaticotónicas[8]. Al ver una rosa, estamos ante un objeto presente. Lo mismo ocurre al oír el rumor de un río o el ruido de un salto de agua. El modo de consciencia correspondiente a los objetos ausentes es la representación. Formas de la representación son la fantasía y el recuerdo. Al imaginar un centauro o una quimera estoy ante objetos ausentes y sólo representados. También, al recordar lo que me ocurrió ayer o hace un rato; o, al rememorar una escena de mi infancia. El modo de consciencia correspondiente a los objetos mencionados o mentados es la mención. Si hablo de la estrella más lejana de la Tierra, de la primera ameba que existió, del número mayor de todos los números estoy refiriéndome a

[7] *O.C.*, VI, p. 318.

[8] Al respecto, véase, por ejemplo: Cruz Hernández M. *Lecciones de Psicología*. Madrid: Editorial Revista de Occidente, segunda edición revisada y ampliada, 1965. Capítulo XII (La percepción), Apartado 11: Las principales impresiones sensoriales. En el Capítulo III de *El hombre y la gente*, Ortega alude a estos modos de apertura al contorno diciendo que "es de advertir que el hombre no posee sólo cinco sentidos, como reza la tradición, sino, por lo menos, once, que los psicólogos nos han enseñado a diferenciar muy bien" (*O. C.*, VII, ^{2}1964, p. 121 s.).

estos objetos en el modo de la mención. En la intelección de las palabras pongo en juego también este modo de la consciencia[9]. Pero hay que agregar algo: además de esos tres modos de consciencia, referidos a diversos tipos de objetos, estaría la estimación, valoración o apreciación, modo de consciencia que se refiere a valores. De nuevo, pues: ¿qué son los valores?

Habría dos grandes respuestas a la pregunta: la subjetivista y la objetivista. Las teorías psicologistas y subjetivistas son ejemplificadas por Ortega en las posturas de Alois Meinong (1853-1920) y Christian von Ehrenfels (1859-1932) –pensadores austríacos–, las que atienden, sobre todo, a las evidentes discrepancias que vemos en los hombres cuando valoran, y tratan de explicar esa disconformidad de las valoraciones humanas. Ambas posturas están en consonancia con una actitud nativa del hombre moderno. "Es curioso advertir –dice Ortega–, la facilidad con que el hombre medio de nuestra época acepta toda tesis en la cual lo que parece ser algo objetivo es explicado como mera proyección subjetiva"[10].

Para Meinong, valor sería "el cariz que sobre el objeto proyectan los sentimientos de agrado y desagrado del sujeto. Las cosas no son por sí valiosas"[11]. Dicho más simplemente, para él algo sería valioso cuando nos agrada y en la medida en que nos agrada; tendría valor negativo cuando nos desagrada y en la medida en que nos desagrada[12].

Ortega se enfrenta a esta posición señalando que el agrado, "la complacencia es ciertamente un estado subjetivo, pero no nace del sujeto, sino que nace y es nutrido por algún objeto. Toda complacencia es complacerse *en algo*. El origen de ella no puede ser ella misma"[13]; lo agradable agrada por su gracia o virtud objetiva.

"Según Ehrenfels, son valiosas las cosas que deseamos. *Nuestro* desearlas es lo único real que hay en *su* valor"[14]. Si para Meinong el fundamento del valor está en un *sentimiento* (subjetivo) –de *agrado* o desagrado–, para Ehrenfels lo está en el *apetito*, la inclinación, el *interés*, el deseo (subjetivos, también). Ambos, pues, buscarían el valor de los objetos en la intimidad de los sujetos[15].

9 Cfr., Ortega. "Consciencia, objeto y las tres distancias de éste". En: *El Espectador - I* (*O.C.*, II, ^{6}1963: 61-66. También, en *Investigaciones Psicológicas*. Revista de Occidente. Madrid: Alianza Editorial, 1982: 64-67; 90-94 [*O.C.*, XII]).

10 *O.C.*, VI, p. 321.

11 *Ibíd.*

12 *Ibíd.*, p. 319.

13 *Ibíd.*, p. 322. Las cursivas son mías.

14 *Ibíd.*, p. 323.

15 *Ibíd.*

Ortega hace varias advertencias contra el subjetivismo axiológico. Entre ellas, proporciona ilustraciones paradigmáticas para tratar de mostrar la insuficiencia de las teorías de Meinong y de Ehrenfels. "Para una y otra –indica–, el valor no es nada positivo en el objeto, sino emanación del sentimiento [Meinong] o del apetito [Ehrenfels] subjetivos. Éstos son estados psíquicos que poseen mayor o menor intensidad. Los valores tendrán que ser función de ellos y consecuentemente aumentar o disminuir con aquella intensidad. A mayor *apetito* [Ehrenfels] o a mayor *agrado* [Meinong], mayor valor"[16].

Partiendo de lo anterior, se enfrenta a Meinong con este ejemplo: "Al sentimiento de desagrado no corresponde un valor negativo proporcionado, porque quien sufre una herida por salvar a un prójimo sufre un enojo y, sin embargo, valora positivamente el hecho que la produjo, la salvación del otro"[17]. Y luego se enfrenta a Ehrenfels con este otro ejemplo: "El apetito que un hombre siente cuando lleva dos días sin comer es indudablemente más intenso que el que ese o cualquier otro hombre siente hacia la *Ilíada* y la Justicia que tienen o pueden tener mucho más valor que cierto alimento y aun que todo alimento. Venderá la *Ilíada* para comer y aun, por ventura, la Justicia; pero en tanto que toma los treinta dineros forzado por la violencia mecánica de su apetito, seguirá valorando en más aquellos sublimes objetos. El hambre y sed de justicia, la conciencia de este valor –como de todos los demás–, no comporta un más o un menos de intensidad y pertenece a aquella clase de fenómenos psíquicos que carecen de esa variabilidad dinámica"[18].

Frente a ambos axiólogos, llega a esta conclusión: "Es falso superlativamente que los rangos de los valores y aun su carácter positivo o negativo sean función del agrado y del enojo [Meinong], del deseo o la repulsión [Ehrenfels]"[19].

Haciendo pie en una de las acepciones de la palabra *deseable* –y, por tanto, considerando parcialmente de manera positiva la postura de Ehrenfels–, Ortega transita hacia el objetivismo axiológico. "Deseable significa, no el ser deseado ni el poder serlo mañana o en algún instante por alguien –acepción en que hace hincapié el subjetivismo axiológico–, sino el *merecer* ser deseado, el ser *digno* de ello aun cuando de hecho nadie jamás lo desee ni aun, en cierto modo, pueda desearlo. [...] podemos advertir que también lo 'agradable' [–y ahora toma en cuenta *parcialmente* de manera positiva a

16 *Ibíd.*, p. 324. (Las cursivas son mías. Lo que va entre corchetes –como en todos los demás casos–, también es mío).

17 *Ibíd.*

18 *Ibíd.*, p. 324 s.

19 *Ibíd.*, p. 324.

Meinong–,] contiene esa significación trascendente según la cual es agradable, no lo que de hecho agrada o puede agradar, sino lo que merece y exige nuestro agrado. Y lo mismo podemos decir de lo amable, de lo que es digno de ser amado aun cuando no lo amemos efectivamente. No es, pues, nuestro deseo ni nuestro agrado ni nuestro amor; no es acto alguno del sujeto quien *da* el valor a la cosa"[20].

Según Ortega, habría que invertir el planteo del subjetivismo; "todas las complacencias y enojos, todos los deseos y repulsiones están motivados por valores, pero *éstos no valen porque nos agraden o los deseemos, sino al revés, nos agradan y los deseamos porque nos parecen que valen*. Por tanto, *tienen los valores su validez antes e independientemente* de que funcionen como metas de nuestro interés y nuestro sentimiento"[21].

Lo deseable, lo agradable y lo amable –así como lo repulsivo, lo enojoso, lo abominable y lo aborrecible–, son caracteres objetivos consistentes "en una dignidad positiva o negativa que en el acto de valorar *reconocemos*. Valorar no es *dar* valor a quien por sí no lo tiene; *es reconocer un valor residente en el objeto*"[22].

Habiendo establecido la objetividad de los valores, Ortega pasa a efectuar una especie de "ontología" del valor. Pongo la palabra "ontología" entre comillas porque en este texto Ortega parece aceptar que es preciso distinguir netamente entre "el mundo del ser y el mundo del valer"[23], y, por tanto, sería inadecuado hablar de una ontología –estudio del ser– de los valores. No obstante –dejémoslo apuntado–, reconoce que las ordenaciones implícitas en ambos mundos *se compenetran*[24]. Indiquemos también que el objetivismo al que adscribe en este artículo no es absoluto. "Los valores –advierte–, no

[20] *Ibíd.*, p. 326.

[21] *Ibíd.*, p. 327. Las cursivas son mías.

[22] *Ibíd.* Excepto en *dar*, las cursivas son mías. Ideas parecidas –expresadas de manera parecida, además–, en: Jean-Paul Sartre: "Una idea fundamental de la fenomenología de Husserl: la intencionalidad". En: *El hombre y las cosas*. Buenos Aires: Editorial Losada, [2]1965. Trad. de Luis Echávarri. Considérense frases como éstas: "Son las cosas que se nos revelan de pronto como aborrecibles, simpáticas, horribles o amables. Es una *propiedad* de la máscara japonesa el ser terrible, una propiedad inagotable e irreductible que constituye su naturaleza misma, y no la suma de nuestras reacciones subjetivas ante un trozo de madera esculpido. Husserl ha reinstalado el horror y el encanto en las cosas. [...] Ha preparado el terreno para un nuevo tratado de las pasiones que se inspiraría en esa verdad tan sencilla y tan profundamente desconocida por nuestros refinados: si amamos a una mujer es porque ella es amable" (p. 27). ["*Situations. I.* Essais Critiques". Paris: Éditions Gallimard, 1978: p. 32 (Primera edición: 1947)].

[23] *Ibíd.*, p. 318.

[24] *Ibíd.*

existen sino para sujetos dotados de la facultad estimativa [...]. En este sentido [...] puede hablarse de cierta subjetividad en el valor"[25].

Distingue Ortega los valores de las cosas que valen. Los valores no son cosas sino cualidades residentes en ellas. Las cosas son el sustrato de los valores, pero no son valores. ¿Qué tipo de cualidad es el valor? Para responder, distingue tres tipos de cualidades.

1. Cualidades reales: Son aquéllas que se perciben a través de los sentidos del cuerpo. Así, el color y la forma de algo, que se perciben por la vista.
2. Cualidades irreales *inteligibles*: No son visibles con los ojos de la cara sino con los ojos del intelecto. Por ejemplo, la identidad, la semejanza, el ser mayor o menor. "Cuando vemos dos naranjas iguales, vemos dos naranjas, pero no su igualdad. La igualdad supone una comparación, y la comparación no es faena de los ojos [de la cara], sino [de los ojos] del intelecto"[26]. Otro ejemplo: los números. El número no se ve con los ojos de la cara sino que se entiende con los ojos del intelecto[27].
3. Cualidades irreales *estimables*: "Los valores son un linaje peculiar de objetos irreales que residen en los objetos reales o cosas, como cualidades *sui generis*. No se ven con los ojos, como los colores, ni siquiera se entienden, como los números y los conceptos. La belleza de una estatua, la justicia de un acto, la gracia de un perfil femenino no son cosas que quepa entender o no entender. Sólo cabe 'sentirlas', y mejor, estimarlas o desestimarlas"[28].

Es necesario introducir otras distinciones. Dijimos que las cosas no son valores; "tienen" valores. Viceversa, los valores no son cosas sino cualidades de las cosas. Añadamos algo más: las cosas son realidades y los valores son virtualidades.

Agreguemos ahora: "una cosa que tomamos con sus cualidades materiales y además con sus valores, es lo que debemos llamar un 'bien' si los valores son positivos, un 'mal' si son negativos"[29]. Los *bienes* son el substrato de los valores positivos; los *males*, de los valores negativos o disvalores.

[25] *Ibíd.*, p. 330.

[26] *Ibíd.*, p. 329.

[27] *Ibíd.* Varío la exposición de Ortega respecto de las cualidades, pero respeto la dirección en que apunta.

[28] *Ibíd.*, p. 330. En el párrafo citado se puede observar –comparándolo con el resto del ensayo–, lo que indico entre paréntesis en la nota 7, a propósito de la libertad con que usa Ortega

Por otra parte, hay que hacer notar que nuestra experiencia de la realidad –de las cosas–, es independiente y distinta de nuestra experiencia de lo irreal –lo inteligible y lo estimable–. 1) Por ejemplo, "'sentimos' con perfecta claridad la justicia perfecta –un valor, una irrealidad estimable, una virtualidad–, sin que hasta ahora sepamos qué situación real podría realizarla sin resto"[30]. 2) "Las cosas, las realidades son por naturaleza *opacas* a nuestra percepción. No hay manera de que veamos nunca del todo una manzana; tenemos que darle vueltas, abrirla, dividirla, y nunca llegaremos a percibirla íntegramente. Nuestra experiencia de ella será cada vez más aproximada, pero nunca será perfecta. En cambio, lo irreal –un número, un triángulo, un concepto, un valor–, son naturalezas *transparentes*. Las vemos de una vez en su integridad. Meditaciones sucesivas nos proporcionarán nociones más minuciosas de ellas, pero desde la primera visión nos entregaron entera su estructura"[31]. Dudo que Ortega haya seguido adhiriendo a estas dos tesis –sobre todo en lo que se refiere a los valores–; convendría, en mi opinión, abordarlas desde lo que plantea en una obra posterior acerca del pensamiento analítico o implicativo y el pensamiento sintético, complicativo o dialéctico. La obra a que me refiero es *Origen y epílogo de la filosofía*[32]. En cualquier caso, llega a esta conclusión: "Nuestra experiencia del número, del cuerpo geométrico, del valor, es, pues, absoluta. De aquí que la matemática sea una ciencia *a priori* de verdades absolutas. Pues bien: la Estimativa o ciencia de los valores será asimismo un sistema de verdades evidentes e invariables, de tipo parejo a la matemática"[33].

Las dimensiones del valor son tres. Su observación puede ayudarnos a dilucidar la genuina naturaleza de los valores.

1. Los valores tienen *cualidad*, esto es, son positivos o negativos (disvalores). Belleza, justicia, destreza son valores positivos, mientras que fealdad, injusticia y torpeza son disvalores.
2. Los valores tienen *rango* o *jerarquía*; "es esencial a todo valor ser superior, inferior o equivalente a otro. Es decir, que todo valor posee un rango y se presenta en una perspectiva de dignidades, en una jerarquía"[34]. Por ejemplo, "la elegancia es un valor positivo –frente al negativo inelegancia–, pero, a la vez, es inferior a la bondad moral y a la belleza"[35]. Así como basta entender bien lo que es cinco y lo que es cuatro para que nos sea evidente la minoría de cuatro con respecto a cinco, basta, asimismo, con "ver" bien lo que es "elegancia" y lo que es "bondad moral" para que aquélla aparezca como objetivamente inferior a ésta[36].
3. Los valores tienen *materia*, entendiendo por tal su contextura estimativa última, irreductible a toda otra determinación[37]. "Eso que la elegancia es en sí misma, a diferencia de la justicia, de la belleza, de la utilidad, de la destreza, etcétera. No puede ser definido, como no puede ser definido el color rojo ni tal sonido. Nuestra noticia de ello sólo puede consistir en una directa, inmediata percepción"[38].

Los valores no pueden ser definidos sino indirectamente, como los colores. El camino indirecto para definir los valores tiene, por lo pronto, que responder dos preguntas determinantes:

A. ¿Qué clase de *objeto* puede ser sustrato de *este* valor frente a lo que ocurre con *otro* valor?

B. ¿Qué *reacción sentimental* es acorde con *este* valor frente a la que es acorde con *otro* valor?

Un ejemplo respecto de lo primero: "Evidentemente no podemos decir con formal sentido que es buena una piedra ni una planta. Sólo puede ser moralmente bueno [...] lo que llamamos 'persona' "[39]. "En cambio, 'bellos' pueden ser los paisajes, las rocas, las plantas, los animales"[40]. Los diferentes valores pueden tener determinados objetos como sustrato, y no otros.

Ejemplos respecto de la segunda pregunta: al valor belleza corresponden como congruas reacciones sentimentales el agrado y el entusiasmo, pero no el respeto. Al valor bondad encontrado en una acción personal corresponde la reacción sentimental de respeto y no –al menos, directamente–, la de complacencia. "La utilidad, por su parte, es un género de valores ante el cual

ciertos conceptos, la cual podría explicarse por su afán de no caer en tecnicismos injustificados.

29 *Ibíd.*

30 *Ibíd.*, p. 331.

31 *Ibíd.*

32 *O.C.*, IX.

33 *Ibíd.* Aunque en nota Ortega precisa su idea –y hay que tomarla en cuenta–, pienso que en su obra posterior no haría un planteamiento de este tipo.

34 *Ibíd.*, p. 332.

35 *Ibíd.*

36 *Ibíd.*

37 *Ibíd.*

38 *Ibíd.*, p. 332 s.

39 *Ibíd.*, p. 333.

40 *Ibíd.*

no es conveniente un sentimiento de respeto ni de complacencia. [...] el útil como tal sólo provoca una peculiar emoción de satisfacción"[41].

Siguiendo con la mirada puesta en la tercera dimensión de los valores, su *materia* –fundamento de las otras dos, *cualidad* y *jerarquía*[42]–, Ortega indica las grandes clases que, *atendiendo a su materia*, forman los valores:

Valores positivos y negativos

1. Útiles...		Capaz - Incapaz
		Caro - Barato
		Abundante - Escaso, etc.
2. Vitales...		Sano - Enfermo
		Selecto - Vulgar
		Enérgico - Inerte
		Fuerte - Débil, etc.
3. Espirituales...	Intelectuales	Conocimiento - Error
		Exacto - Aproximado
		Evidente - Probable, etc.
	Morales	Bueno - Malo
		Bondadoso - Malvado
		Justo - Injusto
		Escrupuloso - Relajado
		Leal - Desleal, etc.
	Estéticos	Bello - Feo
		Gracioso - Tosco
		Elegante - Inelegante
		Armonioso - Inarmónico, etc.
4. Religiosos...		Santo o sagrado - Profano
		Divino - Demoníaco
		Supremo - Derivado
		Milagroso - Mecánico, etc.

Aunque Ortega no lo plantea directamente, parece insinuar en su presentación de las grandes clases de valores una jerarquización de ellos; así, entonces, los valores religiosos[43] tendrían un rango mayor que los estéticos; los valores espirituales tendrían una jerarquía superior a la de los valores vitales y a la de los valores útiles. Sin embargo, esta jerarquización correspondería, aproximadamente –sólo aproximadamente–, a la que proporciona Max Scheler, filósofo en el que se inspira Ortega en su "Introducción a una Estimativa", y al cual no sigue posteriormente. Manuel García Morente –recogiendo, tal vez, insinuaciones del propio Ortega, "fraternal amigo suyo"[44]–, pone en su justo lugar la adhesión que tanto él como Ortega habrían prestado a la escala de valores debida a Scheler, diciendo de ella que "es probablemente la menos desacertada; provisionalmente, la más aceptable"[45].

Hay que traer a colación las palabras de Julián Marías, el más destacado discípulo y continuador de Ortega, acerca de la axiología en la versión presentada: " La teoría de los valores ha insistido –tal vez de un modo excesivo–, en distinguir el valor del ser. [...] Tal vez esta deficiencia ontológica ha impedido a la filosofía de los valores adquirir más hondura e importancia. Pareció hace unos años que la teoría de los valores iba a ser *la* filosofía. Pero hoy se ve que no es así. La teoría de los valores ha quedado como un capítulo cerrado y que necesita una última fundamentación. La filosofía de nuestro tiempo, por encima de la teoría del valor, ha emprendido un camino más fecundo al entrar resueltamente por la vía de la metafísica"[46].

El mismo Ortega se mueve por la vía que señala Marías en *El tema de nuestro tiempo*[47] (*O.C.*, III) y, posteriormente, en obras como *¿Qué es filosofía?* (*O.C.*, VII), *Unas Lecciones de Metafísica* (*O.C.*, XII), *En torno a Galileo* (*O.C.*, V),

41 *Ibíd.*, p. 333 s.

42 Dice Ortega: "Cualidad y rango son propiedades de cada valor que éste posee merced a su materia" (*Ibíd.*, p. 332).

43 A propósito de ellos, Ortega hace una advertencia que se refiere a todos los valores: "Nótese que es indiferente para la existencia del valor que existan de hecho cosas en que se incorporen. Para el ateo no existe Dios, pero sí el valor 'santidad' o 'divinidad' " (*Ibíd.*, p. 334, en nota).

44 Cfr., *Lecciones Preliminares de Filosofía*. Buenos Aires: Editorial Losada, [10]1965: 390 (Primera edición: 1938; con Prólogo de Eugenio Pucciarelli y Risieri Frondizi).

45 *Ibíd.*, p. 381 (Lección 24).

46 Cfr., *Historia de la Filosofía*. Madrid: Editorial Revista de Occidente, [16]1963, p. 413 s. (Primera edición: 1941).

47 La visión que nos proporciona aquí Ortega puede ser complementada por ensayos tales como "Para una topografía de la soberbia española (breve análisis de una pasión)" (*O.C.*, IV, pp. 459-66).

Historia como Sistema (*O.C.*, VI), *Ideas y creencias* (*O.C.*, V), *El hombre y la gente* (*O.C.*, VII), *La idea de principio en Leibniz* (*O.C.*, VIII). Sartre hace otro tanto en *El existencialismo es un humanismo*[48], *El Ser y la Nada*[49] (Segunda Parte, capítulo I, apartado III) y escritos posteriores. Heidegger, por su lado, ubica la teoría de los valores en el lugar que le correspondería en libros como *Ser y Tiempo* (§ 15)[50], *Introducción a la Metafísica* (capítulo IV, apartado 4)[51], *Carta sobre el "humanismo"*[52], *Nietzsche*[53]. Recorrer estos caminos sería tarea de una ocasión diferente.

48 En *Sobre el humanismo*. Buenos Aires: Ed. Sur, ^{2}1960. Trad. de Victoria Prati de Fernández. Este libro contiene, también, la *Carta sobre el "humanismo"*, de Heidegger, en versión de Alberto Wagner de Reyna, la que había sido publicada por el Instituto de Investigaciones Histórico-Culturales de la Universidad de Chile (Colección Tradición y Tarea, dirigida por Ernesto Grassi) en el volumen *"Doctrina de la Verdad según Platón* y *Carta sobre el "humanismo"*, Santiago de Chile, 1953. El primer texto de dicho volumen es, también, importante para conocer la posición de Heidegger frente a los valores.

49 Alianza Ed. / Ed. Losada, Madrid, 1984. Trad. de Juan Valmar, revisada por Celia Amorós.

50 Ed. Universitaria, Santiago de Chile, 1997. - Ed Trotta, Madrid, 2003. Trad. de Jorge Eduardo Rivera Cruchaga.

51 Ed. Nova, Buenos Aires, 1959. Trad. de Emilio Estiú. - Ed. Gedisa, Barcelona, 1993. Trad. de Ángela Ackermann Pilári.

52 Ed. Taurus, Madrid, ^{3}1970. Trad. de Rafael Gutiérrez Girardot. También, en *Hitos*, Alianza Ed., Madrid, 2000. Trad. de Helena Cortés y Arturo Leyte (de esta versión hay, además, edición aparte).

53 Ed. Destino, Barcelona, 2000. Trad. de Juan Luis Vermal.

Ética utilitarista

Raúl Villarroel

El utilitarismo es una modalidad de lo que en lenguaje filosófico se ha dado en denominar hedonismo ético. Según algunos de sus representantes, el utilitarismo habría sido formulado por primera vez por Sócrates y mantenido posteriormente por muchos otros autores, desde Epicuro hasta eminentes filósofos contemporáneos como, por ejemplo, Peter Singer. Por sobre todo, se encontrarían antecedentes utilitaristas en buena parte del pensamiento anglosajón, desde Hobbes en adelante. Pensadores como Hutcheson y Hume habrían hecho uso del concepto de utilidad moral, aunque más como un principio explicativo que normativo. Éste último, por ejemplo, cree que nos vemos impulsados a actuar no porque la situación sea tal o cual, sino por las perspectivas de dolor o de placer que ofrece lo que es o será la situación. En general, para la doctrina conocida como hedonismo, el placer constituye el bien que las personas deben esforzarse por alcanzar. Ahora, es necesario entender que desde la comprensión filosófica de este último concepto, no se alude simplemente a aquellos placeres de naturaleza física o material, sino que a toda una extensa gama de situaciones placenteras, entre las que también es posible incluir esos otros placeres de índole más noble, como por ejemplo los placeres intelectuales, espirituales o sociales.

Según esto, para los filósofos utilitaristas, el resultado que debemos buscar en todas nuestras acciones es el placer, o lo que en este caso es lo mismo, la felicidad; porque ésta es lo único que puede ser considerado como un bien en sí. Su proposición central se reduce a la afirmación de que el único criterio racional y consistente de que disponemos para guiar la acción es la evaluación de las consecuencias placenteras y dolorosas de cualquier acción particular, y que el significado de las expresiones valorativas sólo puede ser entendido en este contexto. De hecho, el conocido "Principio de utilidad" establecido por el filósofo utilitarista Jeremy Bentham (1748-1832), uno de los precursores de esta doctrina, aprueba o desaprueba cualquier acción, de acuerdo con la tendencia que parece tener, en cuanto a aumentar o disminuir

la felicidad o el placer (que acá resultan ser sinónimos, como se dijo) de las partes interesadas. Esto equivale a sostener que las acciones pueden ser consideradas como buenas cuando el resultado que se deriva de ellas es la felicidad, y asimismo pueden ser consideradas malas cuando su resultado es la infelicidad, el dolor. En tal sentido, entonces, las virtudes vienen a representar sólo medios para ese fin que consiste en la felicidad.

Bentham creía que los hombres están constituidos de tal modo que se encuentran bajo el imperio de esos "dos amos soberanos" suyos que son el placer y el dolor. Esta psicología de Bentham es mecanicista y asociacionista, equivale a suponer que no podemos hacer otra cosa en nuestra vida sino perseguir el placer y escapar del dolor, y como la posibilidad de cualquiera de ellos puede asociarse con otra cosa, nos veremos también atraídos o repelidos por aquello con lo que se asocia el placer o el dolor. Bentham dio por supuesto que *placer* y *dolor* son términos correlativos y que son conceptos igualmente simples y unitarios. En sus planteamientos, las palabras *felicidad, gozo* y *placer* están referidas siempre a una misma sensación.

El pensamiento de Bentham se opuso a las teorías basadas en la creencia acerca de la existencia de una *ley natural*, o de los *derechos naturales*, que suponen que existirían derechos, deberes y obligaciones independientes y anteriores a los que se encarnan en el derecho positivo, y que su reconocimiento constituiría una guía para determinar la moralidad de las acciones. Bentham advirtió la imposibilidad lógica de sostener una teoría metafísica de la moral como ésta, fundamentalmente en el hecho disparatado de que cada vez que quienes afirman la existencia de tales derechos naturales son conminados a elaborar una lista de ellos para mostrarlos como efectivamente existentes, el resultado siempre es el mismo: listas que difieren notablemente unas de otras. Por tanto, esto confiere un importante motivo para suponer que sólo el principio de utilidad –la mayor felicidad para el mayor número– proporciona un criterio real para definir la moralidad de la acción humana.

La idea original que inspiró el planteamiento de Bentham fue formulada durante el siglo XVIII por uno de los grandes teóricos del sentimiento moral, Francis Hutcheson. En su *Enquiry into the Original of our Ideas of Beauty and Virtue*, aparece por primera vez en la historia de la ética una frase que tendrá decisivas repercusiones para la posteridad. Hutcheson afirmó que: "la mejor nación es la que proporciona la felicidad más grande al mayor número, y la peor es la que ocasiona miseria en forma semejante". De esta manera se convierte en padre del utilitarismo. Sin embargo, Bentham coincidió también con el anarquista William Godwin, que en su obra *Political Justice*, afirmaba que la razón demuestra que hay más valor en la felicidad de un conjunto de hombres que en la de uno solo, y que esto es verdadero independientemente

de que ese único hombre sea el propio yo, un amigo o pariente, o un perfecto extraño. Y que, por esa razón, se debe preferir la felicidad general a la propia.

A partir de allí, el famoso lema utilitarista que supone que lo deseable es "La mayor felicidad para el mayor número", expresa el hecho de que nuestras decisiones de manera inevitable involucran a otras personas; es decir, que en nuestros actos nos veremos obligados a considerar el bien de otros. Lo que, en otros términos, equivale a suponer que todas las personas son poseedoras de dignidad, por lo cual la felicidad de otro resulta siempre ser tan importante como la mía. En este sentido, por cierto, el utilitarismo se muestra –al menos aparentemente– como una forma de altruismo, en el sentido de que se tiene que considerar el bien de la mayoría, aun cuando esto suponga el sacrificio de los propios gustos o deseos.

Pero, como entre los intereses de las diferentes personas a menudo sobrevienen situaciones de conflicto, el bien de la mayoría –que es la pretensión utilitarista por excelencia– exigirá que algunos se vean forzosamente obligados a sacrificar parte de sus intereses o aspiraciones, pero sólo en el entendido que, de ninguna manera, aquel sacrificio puede considerarse como una suerte de bien en sí sino tan sólo como un medio para la obtención de la verdadera finalidad que en este caso está determinada por la buena convivencia, por la coexistencia pacífica y cooperativa de los individuos.

Entonces, sacrificar nuestros deseos a la voluntad de la mayoría será bueno en cuanto respetar la opinión y la voluntad del mayor número de individuos ofrece, a modo de resultado, la mayor felicidad para la mayoría de éstos, cumpliéndose así la aspiración característica del utilitarismo. La moral utilitarista reconoce en los seres humanos la capacidad de sacrificar su propio mayor bien por el bien de los demás. Sólo se niega a admitir que el sacrificio sea en sí mismo un bien. Un sacrificio que no incremente o tienda a incrementar la suma total de la felicidad se considera como inútil. La única autorrenuncia que se aplaude es el amor a la felicidad, o a alguno de los medios que conducen a la felicidad, de los demás, ya bien de la humanidad colectivamente, o de individuos particulares, dentro de los límites que imponen los intereses colectivos de la humanidad.

Se puede entender que el utilitarismo es también una doctrina de naturaleza consecuencialista; es decir, según sus planteamientos, el criterio que puede llegar a determinar con mayor propiedad la corrección o la moralidad implícita o explícita en una acción específica es la consecuencia que de ella se derive, sus resultados, en conformidad con el cumplimiento de su aspiración de conseguir la mayor felicidad para el mayor número. En este sentido, el utilitarismo expresa su afinidad con los movimientos democráticos

de los siglos XVII y XVIII. Tanto Godwin como Bentham mantuvieron algunas simpatías por la Revolución Norteamericana y la Revolución Francesa, pese a que Bentham levantó una crítica mordaz a la doctrina revolucionaria de los derechos del hombre, a la que consideraba un disparate, y a la doctrina de los derechos naturales imprescriptibles, a la que consideraba "un pomposo disparate". De todas formas, la doctrina utilitarista se opuso al autoritarismo dominante en la época, que por siglos pretendió decidir por la gente qué era lo que le convenía, o qué era lo que la haría feliz. La respuesta del utilitarismo al autoritarismo se basó en la premisa de que la verdad se descubre por observación y puede ser verificada por medio de los sentidos. Por lo tanto, la norma moral debe estar necesariamente determinada por las consecuencias de la acción, y no por reglas abstractas que puedan establecerse con absoluta independencia de los hechos acaecidos o por acaecer. Jeremy Bentham pensaba que no era necesario imponer formas de comportamiento a los ciudadanos pues éstos eran perfectamente capaces de decidir qué era lo que podía resultar más conveniente en atención a la obtención de su propia felicidad. Luego, cualquier coacción, sea que proviniera del mismo Estado, o de las instituciones religiosas o de otras fuentes de la moralidad parecía completamente innecesaria. Pero, esto podría hacernos pensar que la figura de Dios queda excluida de la moralidad ya que no es de la religión de donde pueden provenir las orientaciones canónicas de la moralidad; sin embargo, esto no es así puesto que Bentham supone que Dios, efectivamente, lo único que desea es nuestra felicidad y que el propósito que tuvo, puesto ante la tarea de nuestra creación, fue, precisamente, que fuéramos felices.

Ahora, como la determinación precisa de la felicidad que puede llegar a ser obtenida es un problema complejo, pero como el bien del individuo concierne a su felicidad, ésta debe ser entonces necesariamente sumada y calculada. "Si la cantidad de placer es la misma, un juego de niños es tan bueno como la poesía" afirmó Bentham en sus *Principles of Morals and Legislation*. Por eso, al tener que elegir entre diversas posibilidades, el *único* criterio orientador de la decisión debe ser la *cantidad* de placer que puede llegar a ser obtenido. Para ello, Bentham estableció un procedimiento que podía definirlo con mayor certeza, suponiendo que la felicidad está compuesta de siete elementos o categorías y considerando que al sumar los placeres de un conjunto de personas cada una tendrá el valor de una unidad y nadie podrá valer más que una unidad.

Este procedimiento es el que se ha conocido con el nombre de "cálculo hedonista de la felicidad" y que atiende, en primer lugar al factor de *intensidad* con que la felicidad puede experimentarse. Luego a su *duración*; es decir, al tiempo que puede suponer en relación con su manifestación. En tercer lugar, al factor o categoría de la *certeza*, o sea, a qué tan seguro puede

estimarse su logro. También establece el criterio de la *proximidad*, vale decir, qué tan pronto puede llegar a ser obtenida. Luego su *fecundidad*; que es la respuesta a la pregunta sobre si conducirá o no a otros placeres semejantes. En seguida, su *pureza*; es decir, de qué cantidad de dolor o sufrimiento puede ir acompañada. Y por último, su *extensión*; que es un factor decisivo, por cuanto está referido a la cantidad de individuos que pueden ser afectados por ella, al número de individuos a los que se puede extender.

Lo que este cálculo se propone establecer es un procedimiento para la medición de las unidades de placer que obtenemos o esperamos obtener en cada categoría, ante cada acción que decidimos emprender. El resultado de dicho cálculo constituirá el criterio capaz de llegar a determinar la moralidad contenida en la acción acometida o por acometer. Obviamente, la acción más correcta (la más ética) será la que exprese una medición cuantitativamente más alta. En este sentido, es preciso recalcar que el cálculo hedonista de la felicidad planteado por Bentham es de naturaleza puramente cuantitativa; lo único que se considera en este caso relevante es la cantidad de placer que puede llegar a ser obtenido o que puede esperarse que se derive de una acción pretendida. No se atiende efectivamente a la calidad del placer sino sólo a su cantidad. El principio utilitario asume que podemos medir los beneficios producidos por una acción y restar los perjuicios de la misma y de esta manera determinar cuál acción produce más beneficios totales o reduce al mínimo los costos.

Para esclarecer la relación que los utilitaristas establecen entre lo bueno y lo útil, hay que comprender sus respuestas a dos preguntas fundamentales, a saber: ¿para quién es útil? y ¿en qué consiste lo útil? La primera pregunta pretende disipar una falsa idea –comúnmente extendida– acerca del utilitarismo, en la que éste es concebido en un sentido egoísta, de acuerdo con la cual lo bueno sólo sería lo útil o provechoso para mí; es decir, lo que contribuye al bienestar de un individuo, independientemente de que pueda ser también favorable para otros, o para el conjunto de la sociedad. Si así fuera, el utilitarismo representaría una forma de egoísmo ético, pero como ya se ha insinuado, el planteamiento utilitarista está en verdad lejos de ser algo semejante. Entonces, desechada esta idea de que lo útil tenga que ser entendido como lo útil para mí (sin que resulte necesario que lo sea para otros), quedaría la posibilidad de suponer, más bien, exactamente lo contrario; es decir, que el utilitarismo es una doctrina que concibe lo bueno como lo útil para los demás, independientemente de que coincida o no con nuestro propio bienestar personal. El utilitarismo sería así –en diametral oposición al egoísmo ético– un altruismo ético. Sin embargo, no se debe desconocer que el utilitarismo busca más bien representar la superación de ambas posiciones extremas y unilaterales. El egoísmo ético excluye a los demás: lo bueno es

solamente lo que responde a un interés personal. El altruismo ético excluye este interés personal y sólo ve lo bueno en lo que responde a un interés general (el de los demás). El utilitarismo sostiene, en cambio, que lo bueno es lo útil o beneficioso "para el mayor número de hombres", entre cuyos intereses figura también el mío propio.

No obstante, es necesario también preguntarse por el modo como pueden llegar a conciliarse los intereses diversos y antagónicos –los de los demás y los míos– cuando entre ellos, como suele ocurrir, se produce un conflicto. Una dificultad de esta naturaleza puede presentarse, por ejemplo, cuando experimento la necesidad de comprar un automóvil para desplazarme con mayor celeridad hasta mi trabajo, pero, evidentemente con ello contribuyo a la sobrepoblación de vehículos motorizados, que arriesga con desencadenar una crisis ambiental de proporciones, cada vez más inminente. En este caso, mi interés personal exige, por un lado, no renunciar a las comodidades que implicaría para mí movilizarme por mi propia cuenta, pero el interés general reclama, por el contrario, renunciar a dichas comodidades para no terminar arriesgando la vida de todos al contribuir al aumento de la emisión de gases contaminantes. El utilitarismo aceptará en este caso el sacrificio del interés personal, de la felicidad propia, en aras de la felicidad de los demás, en beneficio de la comunidad entera. Aunque dicho sacrificio no lo podrá considerar como algo útil o bueno *en sí*, sino como la forma a través de la cual se contribuye a aumentar o extender la cantidad de bien para el mayor número de personas. De este modo, entonces, la determinación de lo bueno (lo útil) va a depender siempre de las consecuencias. Un acto será bueno si tiene buenas consecuencias, independientemente del motivo que impulsó a hacerlo, o de la intención que se pretendió plasmar. Es decir, sin que tenga necesariamente que ver con que el agente moral se haya propuesto o no que un acto suyo sea ventajoso para él, para los demás o para toda la comunidad. Si el acto es beneficioso por sus consecuencias será útil y, por consiguiente, bueno. Ahora, como las consecuencias sólo podemos conocerlas después de realizado el acto moral, se requiere siempre una valoración o cálculo previos de los efectos o consecuencias probables, que es lo que Bentham intentó hacer mediante su cálculo hedonista de la felicidad.

El segundo problema se refiere al contenido de lo útil, a la dificultad que surge cuando se intenta definir qué es lo que se considera más ventajoso para el mayor número, para la mayoría de las personas. Las respuestas en este sentido son variadas y nos permiten advertir el aporte significativo que va a hacer al pensamiento utilitarista posterior, quizás el más famoso de sus representantes, John Stuart Mill (1806-1873), hijo de James Mill, psicólogo y comprometido colaborador de Bentham.

Mill abandonará rápidamente la idea de Bentham de que la comparación entre los placeres ha de ser puramente cuantitativa, introduciendo –en su obra *Utilitarianism*– una distinción fundamental de índole cualitativa que va a diferenciar entre placeres "superiores" y placeres "inferiores", que era en la doctrina de Bentham un serio problema porque había concitado buena parte de la crítica al no haber ofrecido respuesta satisfactoria para la inquietud surgida ante al problema de lo que podría llegar a ocurrir si la mayoría de los seres humanos acostumbrados a los placeres inferiores los consideraran apetecibles y se convirtieran para ellos en la supuesta felicidad. Mill es enfático en tal sentido pues piensa que siempre se deben preferir los placeres superiores. "Es mejor ser un ser humano insatisfecho que un cerdo satisfecho; mejor ser un Sócrates insatisfecho que un necio satisfecho. Y si el necio o el cerdo opinan de un modo distinto es a causa de que ellos sólo conocen una cara de la cuestión. El otro miembro de la comparación conoce ambas caras", nos dirá.

¿Y cómo podremos asegurarnos de esto? Bueno, sólo el que ha experimentado ambos tipos de placer estará calificado para juzgar, y sólo el sabio que prefiere la clasificación socrática tiene esta experiencia. La superioridad de un tipo de placer sobre otro la determina propiamente quien tiene experiencia de ambos. Tales jueces competentes, sostiene Mill, prefieren los placeres de las facultades superiores a aquéllos de las inferiores. Es un hecho indiscutible que quienes están igualmente familiarizados con ambas cosas y están igualmente capacitados para apreciarlas y gozarlas, muestran realmente una preferencia destacada por el tipo de placeres más elevados. Por lo demás, "¿Qué medio hay para determinar cuál es el más agudo de dos dolores, o la más intensa de dos sensaciones placenteras, excepto el sufragio universal de aquéllos que están familiarizados con ambos? ¿Con qué contamos para decidir si vale la pena perseguir un determinado placer a costa de un dolor particular a no ser los sentimientos y juicio de quien los experimenta?" se pregunta el autor.

Aunque con esto –se debe admitir– queda demostrado que Mill sigue estando implicado en el mismo intento de Bentham de poner todos los objetos y metas del deseo humano bajo un único concepto –el del placer– y de mostrar que todos son conmensurables con los demás en una única escala de valoración. Al mismo tiempo, con ello se advierte que Mill, tanto como Bentham, trata al placer como un concepto simple y unitario.

En su clásico escrito mencionado con anterioridad, el primer objetivo de Mill al defender el utilitarismo es clarificar la doctrina. Intenta hacer esto de dos maneras: exponiendo los equívocos y exponiendo el principio en forma

correcta. Comienza por oponerse a aquéllos que erróneamente asocian «utilidad» con placer y dolor.

Considera un "despropósito, basado en la ignorancia", la suposición de que los defensores de la utilidad como criterio de lo correcto y lo incorrecto emplean el término en aquel sentido restringido y meramente coloquial en el que la utilidad se opone al placer. Esta interpretación le resulta sorprendente en la medida en que la acusación contraria, la de vincular todo al placer, y ello también en la forma más burda del mismo, es otra de las que habitualmente se hacen al utilitarismo. Mill afirma que quienes saben algo del asunto están enterados de que todos los autores, desde Epicuro hasta Bentham, que mantuvieron la teoría de la utilidad, entendían por ella no algo que ha de contraponerse al placer, sino el propio placer junto con la liberación del dolor y que en lugar de oponer lo útil a lo agradable o a lo ornamental, han declarado siempre que lo útil significa, entre otras, estas cosas.

Mill define la doctrina de la utilidad en los siguientes términos: "El credo que acepta como fundamento de la moral la Utilidad o el Principio de la mayor Felicidad, mantiene que las acciones son correctas (*right*) en la medida en que tienden a promover la felicidad, incorrectas (*wrong*) en cuanto tiende a producir lo contrario a la felicidad. Por felicidad se entiende el placer y la ausencia de dolor; por infelicidad el dolor y la falta de placer".

Pero Mill se hace cargo de un problema de importancia para la teoría, ya que aun cuando se entienda claramente que el principio de utilidad se dirige a los placeres y dolores, de todas formas el utilitarismo había provocado un fuerte desagrado en algunos sectores, al punto que se le acusó de ser una "doctrina de puercos", porque suponer que la vida no posea ninguna finalidad más elevada que el placer –ningún objeto mejor y más noble de deseo y búsqueda– lo calificaron como totalmente algo despreciable y rastrero, como una doctrina sólo digna de los puercos, a los que se asociaba a los seguidores de Epicuro en un principio, y luego a los modernos defensores de esta doctrina. Pero, a juicio de Mill, semejante equívoco se habría debido a la dificultad para reconocer que los placeres varían tanto en grado como en clase. Ahora, para Mill resulta degradante la comparación de la vida epicúrea con la de las bestias precisamente porque los placeres de una bestia no satisfacen la concepción de felicidad de un ser humano. Los seres humanos, a su juicio, poseen facultades más elevadas que los apetitos animales, y una vez que son conscientes de su existencia no consideran como felicidad nada que no incluya la gratificación de aquellas facultades. Mill piensa que sólo muy escasos seres humanos podrían querer transformarse en alguno de los animales inferiores si se les prometiera el más completo goce de los placeres de una bestia. Ningún ser humano inteligente admitiría convertirse en un

necio, ninguna persona culta querría ser un ignorante, ninguna persona con sentimientos y conciencia querría ser egoísta y depravada, aun cuando se le persuadiera de que el necio, el ignorante o el sinvergüenza pudieran estar más satisfechos con su suerte que ellos con la suya. No cederían lo que ellos poseen y los otros no, a cambio de la más completa satisfacción de todos los deseos que tienen en común con esos otros. Podemos adjudicar tal resistencia a razones como el orgullo, el amor, la libertad o la independencia, apelando a lo cual los estoicos conseguían inculcarla de la manera más eficaz. O adjudicarla al aprecio por el poder, al amor a experimentar emociones, cosas ambas que, de hecho, sí pueden estar comprendidas en la felicidad y que a ella sin duda contribuyen, al menos en parte y en alguna ocasión. Sin embargo, lo más razonable parece ser referirla a un sentido de dignidad que todos los seres humanos poseen en un grado u otro –piensa Mill–, y que guarda por lo menos alguna correlación, con sus facultades más elevadas y que constituye una parte tan esencial de la felicidad de aquéllos en los que este sentimiento es fuerte, que si algo que se le oponga llega a constituirse en objeto de sus deseos, sólo lo sería de manera momentánea o efímera. Por lo demás (volviendo a la idea) no existe –afirma Mill– ninguna teoría conocida de la vida epicúrea que no asigne a los placeres del intelecto, de los sentimientos y de la imaginación, y de los sentimientos morales, un valor mucho más elevado en cuanto placeres que a los de la pura sensación.

Debe admitirse, sin embargo, que los utilitaristas, en general, han basado la superioridad de los placeres mentales sobre los corporales, principalmente en la mayor persistencia, seguridad, menor costo, etc. de los primeros, es decir, en sus ventajas circunstanciales más que en su naturaleza intrínseca. En todos estos puntos los utilitaristas han demostrado satisfactoriamente lo que defendían, pero bien podrían haber adoptado la otra formulación, más elevada, por así decirlo, con total consistencia. Es del todo compatible con el principio de utilidad el reconocer el hecho de que algunos tipos de placer son más deseables y valiosos que otros. Si ocurre que al examinar todas las demás cosas se tiene inevitablemente en cuenta la calidad además de la cantidad, sería absurdo pensar que ante la estimación de los placeres se atendiera tan sólo a la cantidad.

Según el principio de la mayor felicidad para el mayor número, como ya se ha señalado, el fin último en relación con el cual y por el cual todas las demás cosas son deseables (sea que consideremos nuestro propio bien o el de los demás), es, en la medida de lo posible, una existencia libre de dolor y tan rica como sea posible en goces, tanto por lo que respecta a la cantidad como a la calidad, constituyendo el criterio de la calidad a la vez que la regla para compararla con la cantidad, la preferencia experimentada por aquéllos que

por su experiencia están mejor dotados de los medios que les permitan la comparación. Mill sostendrá al respecto: "Puesto que dicho criterio es, de acuerdo con la opinión utilitarista, el fin de la acción humana, también constituye necesariamente el criterio de la moralidad, que puede definirse, por consiguiente, como «las reglas y preceptos de la conducta humana» mediante la observación de los cuales podrá asegurarse una existencia tal como se ha descrito, en la mayor medida posible, a todos los hombres. Y no sólo a ellos, sino, en tanto en cuanto la naturaleza de las cosas lo permita, a las criaturas sintientes en su totalidad".

Ahora bien, qué hace a un placer más valioso y más deseable en consecuencia que otro, es algo que Mill responde sólo mediante la apelación a la preferencia manifestada por aquéllos que han podido experimentar ambos, con independencia de si su elección corresponde o no a sentimientos de obligación moral. Es decir, si aquéllos que están familiarizados con ambos placeres optan por uno y no por el otro, incluso a sabiendas de que puede ir eventualmente acompañado de mayor cantidad de molestias, y prefirieran de todas formas no cambiarlo por ninguna cantidad que pudieran experimentar del otro placer, entonces, está justificada la elección. Mill descarta los juicios de aquéllos que abandonan los placeres superiores por los inferiores, explicando que ellos son incapaces, ya sea por incapacidad inherente o por falta de oportunidades, de disfrutar de los placeres superiores. Los únicos jueces finales y competentes son los que han experimentado el espectro completo de placeres. "Considero inapelable este veredicto emitido por los únicos jueces competentes. En relación con la cuestión de cuál de dos placeres es el más valioso, o cuál de dos modos de existencia es el más gratificante para nuestros sentimientos, al margen de sus cualidades morales o sus consecuencias, el juicio de los que están cualificados por el conocimiento de ambos o, en caso de que difieran, el de la mayoría de ellos, debe ser admitido como definitivo" afirma Mill al respecto.

Mill hace frente al argumento de que el utilitarismo carecería de validez porque de hecho la felicidad no puede ser alcanzada, mediante una descripción realista de la felicidad, y una sugerencia sobre los medios sociales para alcanzarla. Afirma que dicho argumento, si no es una especie de juego de palabras, es por lo menos una exageración ya que si por felicidad se entiende una continua emoción altamente placentera, de suyo esto resultaría imposible. Reconoce que un estado de placer exaltado dura sólo unos instantes, o, en algunos casos, y con algunas interrupciones, horas o días, "constituyendo el ocasional brillante destello del goce, no su llama permanente y estable".

Entonces, los principales factores que hacen a una vida satisfactoria son dos, cualquiera de los cuales puede por sí solo ser suficiente para tal fin: la

tranquilidad y la emoción. Teniendo mucha tranquilidad muchos encuentran que pueden conformarse con muy poco placer. Con mucha emoción, muchos pueden tolerar una considerable cantidad de dolor. Ahora, no existe ninguna imposibilidad *a priori* de que ambas cosas, sean compatibles puesto que forman una alianza natural, siendo la prolongación de cada una preparación para la excitación del deseo de la otra. "Sólo aquéllos para quienes la indolencia se convierte en un vicio no desean emociones después de un intervalo de reposo. Sólo aquéllos para quienes la necesidad de emociones es una enfermedad experimentan la tranquilidad que sigue a las emociones como aburrida y estúpida, en lugar de placentera en razón directa a la emoción que la precedió", nos dirá.

Después del egoísmo, la principal causa de una vida insatisfactoria es la carencia de cultura intelectual. Una mente cultivada –aún cuando no sea la de un filósofo, sino cualquiera abierta al conocimiento y capaz de ejercitar sus facultades– encuentra motivos de interés permanente en todo cuanto le rodea.

Por otra parte, Mill cree que en la regla de oro de Jesús se encuentra todo el espíritu de la ética de la utilidad: "Compórtate con los demás como quieras que los demás se comporten contigo" y "Ama al prójimo como a ti mismo" constituyen la perfección ideal de la moral utilitarista. Alcanzar más ciertamente este ideal, requerirá en primer término, de que las leyes y organizaciones sociales armonicen en lo posible la felicidad o los intereses de cada individuo con los intereses del conjunto. En segundo lugar, de que la educación y la opinión pública, cuyo poder en la formación humana es significativo, establezcan en la mente de todo individuo una asociación indisoluble entre su propia felicidad y el bien del conjunto, especialmente entre su propia felicidad y la práctica de los modos de conducta negativos y positivos que la felicidad prescribe; de tal modo que no sólo le resulte imposible concebir su propia felicidad mediante conductas opuestas al bien general, sino también de forma que el impulso directo de contribuir y engrandecer el bien general se convierta en todos los individuos en uno de las más poderosas y frecuentes motivaciones de su acción, para que los sentimientos que se conecten con este impulso tengan un lugar importante y destacado en la experiencia sintiente de todo ser humano.

Ahora bien, en otro sentido, es preciso señalar que desde hace un tiempo se suele distinguir entre dos modalidades históricas de utilitarismo. Se reconoce, por una parte, la existencia de un *utilitarismo de acto (act utilitarianism)* y, por otra, la de un *utilitarismo de regla (rule utilitarianism)*.

Se denomina utilitarismo de acto a la forma tradicional del utilitarismo que hasta acá se ha buscado describir. En síntesis, esta modalidad del utilita-

rismo se reconocería porque afirma que se deben realizar los actos cuyos efectos sean, al menos, tan buenos como los de cualquier alternativa, por lo cual, la moralidad de *cada acción* debe ser determinada –como ya se ha visto– en relación con las consecuencias favorables o desfavorables que emergen de tales acciones.

Por otra parte, se denomina utilitarismo de regla a las formas modificadas del utilitarismo surgidas y desarrolladas tras la Segunda Guerra Mundial. Corresponden a las teorías que establecen la corrección de los actos particulares por referencia a un conjunto de reglas que han sido establecidas mediante el procedimiento utilitarista. Lo que hacen específicamente es sostener que una regla, o un código de comportamiento, es moralmente correcto si las consecuencias derivadas de la adopción de tal regla son más favorables o desfavorables para cada persona. El principio del utilitarismo de regla constituye una prueba de suficiencia sólo para la moralidad de las reglas morales; como por ejemplo "robar es incorrecto", y no para las acciones particulares. En este caso, adoptar una regla contra el robo tiene claramente más consecuencias favorables que desfavorables para cada uno. Lo mismo resulta verdadero para los casos de mentir o defraudar. De este modo, la ventaja del utilitarismo de regla es que ofrece un método general para el enjuiciamiento de las acciones particulares. Una acción particular tal como robar los muebles del jardín de mi vecino mientras éste duerme por la noche, será juzgada como incorrecta porque viola una regla moral contra el robo. En otras palabras, la regla contra el robo obliga moralmente porque su adopción produce consecuencias favorables para todos.

Lo que hace el utilitarismo de regla es intentar evitar algunos de los problemas que surgen del utilitarismo de acto. Por ejemplo, de acuerdo con el utilitarismo de regla, esclavizar a alguien debiera ser moralmente incorrecto, si se ha determinado que una regla general que prohiba la esclavitud es socialmente más beneficiosa; aun cuando un acto particular de esclavitud produjera mayores beneficios a un traficante de esclavos. El acto debiera ser juzgado como incorrecto sólo porque viola la regla que prohibe la esclavitud, sin atender los beneficios derivados para la acción particular del individuo que la ejecuta. Aunque, se debe decir, que paralelamente a los problemas generados por el utilitarismo de acto, el utilitarismo de regla puede crear nuevos problemas: según éste, podría resultar concebible que una regla que permita la esclavitud llegue a producir mayores beneficios para la sociedad.

Debemos señalar, para concluir, que, aparte de todas las objeciones que se le han formulado a la doctrina utilitarista, que el propio Mill se encargara de refutar –algunas de las cuales (por razones de espacio sólo algunas) hemos revisado hasta aquí–, existen muchas más críticas que han recaído sobre sus

preceptos de moralidad. Entre éstas, la objeción que se ha planteado al carácter vago inherente al concepto de felicidad que le restaría peso fundamental a la argumentación, por cuanto, al parecer, placer y felicidad son empleados para designar cualquier meta de los hombres; de este modo, el principio de utilidad resulta a la larga ser un mandato vacío, que sólo parece posible de ser aplicado en el contexto de una sociedad donde existen valores no utilitarios acerca de lo que puede ser considerado como una conducta decente. Al mismo tiempo, un concepto de felicidad entendido en los términos ambiguos en que es empleado por esta doctrina no tiene definitivamente en cuenta la maleabilidad característica de los seres humanos y que, en consecuencia, de una época a otra los seres humanos cambian decisivamente y con seguridad ya no entenderán lo mismo por el concepto. Otra crítica dice relación con el hecho de que la felicidad no es un fenómeno cuantificable, ni menos comparable, y por ende, es algo que tampoco puede predecirse totalmente. Tal vez sea esta misma indefinición la que lleva a que planteamientos como los del utilitarismo nos enfrenten a situaciones paradójicas relativas a la consideración de la mayor felicidad para el mayor número, que puedan resultar repugnantes para el sentido común, cuando el resultado de la acción, por ejemplo, se aparte de las valoraciones convencionales o tradicionales. A la vez, ocurre que el criterio utilitarista podría llegar a exigir la comisión de actos supererogatorios; es decir, actos cuya exigencia sea ilimitada y sobrepasen un mínimo razonable en nombre de la satisfacción del principio, obligando al sacrificio de las minorías en nombre de la mayoría, sin que haya una fundamentación significativa que lo haga justo. En fin, se puede señalar que por estas razones, y otras que aquí no se mencionarán, la doctrina utilitarista ha sido y continúa siendo objeto de una importante polémica filosófica y ética.

No obstante, se debe reconocer también que el utilitarismo ha obligado a tomar en consideración importantes elementos éticos, que pueden constituir su verdadero aporte a la reflexión moral. Entre ellos, por ejemplo, su universalismo, que induce a tener necesariamente en cuenta la felicidad de todos los seres humanos por igual. Además, le ha recordado al individuo que es definitivamente bueno hacer todo lo posible para ser feliz en este mundo, y eso, excepto bajo ciertas circunstancias, no es nada despreciable.

Bibliografía

Bentham J. Principles of Morals and Legislation. Sin datos editoriales.

Brandt RB. Teoría ética. Madrid: Alianza, 1982.

Guisán E. El Utilitarismo. En: Camps V (editora). Historia de la ética (volumen 2 'La ética moderna'). Barcelona: Crítica, 1992.

MacIntyre A. Historia de la ética. Barcelona: Paidós, 1998.
Mill JS. El utilitarismo. Madrid: Alianza, 1984.
Mill JS. Sobre la libertad. Madrid: Alianza, 1981.
Rawls J. Teoría de la justicia. México: Fondo de Cultura Económica, 1979.
Sánchez Vásquez A. Ética. México, D.F.: Grijalbo, 1969.
Singer P. Ética práctica. 2da ed. Cambridge. New York; 1995.

Ética del discurso

Raúl Villarroel

La Ética del discurso (también conocida como Ética de la comunicación), desarrollada por los filósofos germanos Karl-Otto Apel[1] y Jürgen Habermas[2] intenta dar respuesta a una interrogante fundamental del pensamiento filosófico contemporáneo: si es o no posible fundamentar racionalmente una ética; sobre todo, luego del rotundo fracaso de otros proyectos éticos formulados con anterioridad y en medio de la crítica más extrema a la racionalidad que se ha dejado caer sobre la modernidad. La Ética discursiva pretende

1 Düsseldorf, 1922. Realizó sus estudios universitarios en Bonn, donde fue discípulo de Erich Rothacker y condiscípulo de J. Habermas, con quien ha seguido trabajando de manera permanente. Hizo su habilitación en Maguncia, con Gerhard Funke. Ha sido profesor en las universidades de Kiel, Saarbrücken y Frankfurt, en la que es actualmente emérito. Su pensamiento ha estado influido por diversas fuentes: la hermenéutica de la línea de Dilthey (a través de su maestro Rothacker) y la de Heidegger; la fenomenología de Husserl, la filosofía lingüística de Peirce, Wittgenstein, Austin, Searle y otros; la Escuela de Frankfurt, la Escuela de Erlangen, Max Weber, Karl Popper, Lawrence Kohlberg y algunos clásicos como Leibniz, Hegel y, fundamentalmente, Kant. Sus investigaciones recorren también diferentes campos como la filosofía del lenguaje o la teoría de la racionalidad, aunque se ha orientado cada vez más al campo de la ética.

2 Düsseldorf, 1929. Estudió en Göttingen y en Bonn, doctorándose con una tesis sobre Schelling. Es asistente de Theodor W. Adorno de 1956 a 1959 en el Instituto de Investigación Social de Frankfurt. Profesor en Heidelberg de 1961 a 1964, profesor titular de Sociología y Filosofía en Frankfurt de 1964 a 1971, dirige a partir de este último año el Instituto Max Planck de Starnberg, volviendo a Frankfurt en 1983. Tomada en su conjunto, la obra de Habermas es de difícil acceso. Su temática es tanto sociológica como filosófica, científica y política. Estuvo influido por el Heidegger de *Ser y Tiempo* y los jóvenes hegelianos, el Lúkacs de *Historia y conciencia de clase*. Lee a Marx y los sociólogos del conocimiento, los textos de Bloch, Benjamin, Marcuse y, naturalmente a Horkheimer y Adorno. Por sus estudios de Sociología entra en contacto con trabajos sobre comunicación de masas y socialización política, y con la obra de Durkheim, Weber y Parsons. Se interesa también por la hermenéutica de Gadamer, la filosofía del lenguaje y la teoría analítica de la ciencia. Todo ello, incluido el programa de Chomsky, la teoría de la acción lingüística de Austin sistematizada por Searle, lo conducen a la idea de una pragmática universal desarrollada ampliamente en su obra *Teoría de la Acción Comunicativa*.

hacerse cargo de la necesidad de fundamentar una ética ante la compleja y delicada circunstancia del mundo actual, cuyo desarrollo científico-técnico ha terminado por hacer surgir la amenaza más seria que haya tenido lugar a lo largo de toda la historia, la amenaza de su propia desaparición. Frente a semejante desafío moral cabría quizás la opción de la indiferencia, dejando el problema –como ha venido ocurriendo de hecho– en manos de los *expertos*, capaces de ofrecer soluciones técnico-instrumentales para los problemas ocasionados por la misma técnica; o bien, remitirse a las eventuales decisiones privadas de la conciencia individual de los sujetos, anclada en la validez convencional de las tradiciones que los orientan y mueven a la acción, con lo cual la solución queda librada a la obediencia o la desobediencia a determinadas normas.

Sin embargo, asumir una decisión en estos términos, ciertamente, puede culminar en un agravamiento de la crisis, de consecuencias totalmente insospechadas. Por lo mismo, la alternativa parece evidente: sólo la posibilidad de llegar a una fundamentación filosófica última *(philosophischen Letzbegründung)* de los principios morales de una ética de la responsabilidad solidaria podría garantizarle a la humanidad presente y futura una supervivencia auténticamente humana. Ahora bien, ello no significa la proposición de unos axiomas inmodificables, desde los cuales se desprenden ciertas normas morales específicas que nos permitan enfrentar el desafío; así como tampoco el descubrimiento de unos principios formales básicos, capaces de soportar diversos contenidos y que podrían tornarse peligrosamente vigentes dependiendo de quienes los esgrimieran. Ni mucho menos –una fundamentación filosófica última como ésta que mencionamos– implica el planteamiento de unas valoraciones fuertes, vinculadas sólo a una particular y determinada moralidad. Más bien, de lo que se trata es de que la ética, a partir de la misma teoría, pueda *dar razón* de las opciones y valoraciones morales que los hombres viven, de manera diversa, cotidiana y efectivamente en su propio mundo vital, evitando con ello que estas afirmaciones y preferencias sean vividas como dogmas inargumentables que conducen ineluctablemente a la arbitrariedad y al subjetivismo[3].

La ética del discurso asume el análisis weberiano de la modernidad, entendiendo que las consecuencias que el creciente proceso de racionalización y de descentramiento-diferenciación de las imágenes mítico-religiosas del

[3] El principio de la ética discursiva, tal y como está planteado por Apel en su obra *La transformación de la filosofía* (ver referencia bibliográfica más adelante) es el siguiente: "Todos los seres capaces de comunicación lingüística deben ser reconocidos como personas, puesto que en todas sus acciones y expresiones son interlocutores virtuales, y la justificación ilimitada del pensamiento no puede renunciar a ningún interlocutor y a ninguna de sus aportaciones virtuales a la discusión".

mundo constituyen la expresión de un tránsito vertiginoso que sacó a la humanidad de una estructuración anterior, marcada por referentes de carácter fraternal y comunitario *(Gemeinschaft)*, en la que los lazos de pertenencia estaban determinados por las tradiciones vinculantes, para llevarla a la configuración de estructuras societarias *(Gesellschaft)*, definidamente individualistas, donde los vínculos estrechos fueron desintegrándose y acabando por generar un proceso de "desencantamiento" *(Entzauberung)* y desacralización del mundo en el que la dimensión ética se vio fuertemente afectada en los mismos términos. Ello implicó el surgimiento de un *politeísmo axiológico* en el que fueron paulatinamente cobrando validez y vigencia las opciones morales individuales de los sujetos, las opciones provenientes de su propia interioridad; con lo cual se produjo inevitablemente una escisión entre la razón teórica y la razón práctica y, por consiguiente, el ascenso del individuo particular a la categoría de juez competente en los asuntos morales, sin recurso a instancias superiores de ningún otro tipo. Ello, por cierto, desencadenó un fenómeno de pluralismo valorativo, una fragmentación de las perspectivas de valor anteriormente unitarias, que marcó fuertemente al mundo moderno, pero, a la vez, trajo consigo los fenómenos del relativismo y el escepticismo en materias de moralidad que son característicos y definitorios del modo de vida actual[4].

Por ello, la ética discursiva no va a proporcionar orientaciones de contenido, sino solamente un *procedimiento* lleno de presupuestos que debe garantizar siempre la imparcialidad en la formación del juicio. El discurso práctico es un procedimiento no para la producción de normas justificadas,

[4] Ante la cuestión de la racionalidad de la acción social, Weber establece una tipología de la acción, inscrita en el marco del proceso occidental de racionalización según la cual se puede hablar de: 1. Acción racional-teleológica, caracterizada por el ajustamiento de medios a fines. Los agentes eligen sus metas sobre el trasfondo de un horizonte claramente articulado y tienen en cuenta las consecuencias a la hora de elegir los medios apropiados. Este tipo de acciones constituye el paradigma de la racionalidad y la base del progreso en la racionalización, y de 2. Acción racional-axiológica, a través de las cuales los agentes eligen los fines y los medios con independencia de las consecuencias que puedan seguirse. Los eligen sólo porque están convencidos del valor intrínseco de un modo de actuación determinado. Ahora, en el curso del desarrollo del proceso occidental de racionalización son las acciones racional-teleológicas las que se extienden paulatinamente a todos los ámbitos culturales y sociales, mientras que las imágenes mítico-religiosas del mundo que sirven de fundamento a las acciones racional-axiológicas retroceden ostensiblemente. En el orden axiológico triunfa el politeísmo, puesto que ya no podemos decir que nos encontremos en sociedades que se identifiquen en base a una imagen unitaria del mundo. En el orden racional, en cambio, se impone progresivamente un solo modelo de racionalidad –la propia de la acción racional-teleológica– con lo cual impera el monoteísmo racional. Politeísmo axiológico y monoteísmo racional, entonces, son las dos caras de un mismo proceso: el proceso occidental de racionalización, que es, a la vez, el proceso de desencantamiento *(Entzauberung)*.

sino para la comprobación de la validez de normas postuladas de modo hipotético. A partir de este procedimentalismo se diferencia la ética discursiva de otras éticas cognitivas, universalistas y formalistas, incluso de la teoría de la justicia de Rawls. La ética discursiva refuta el *escepticismo ético* al explicar cómo pueden fundamentarse los juicios morales y presuponer que se da la posibilidad de distinguir entre juicios morales verdaderos y falsos ya que éstos tienen un contenido cognitivo; y no expresan solamente las actitudes afectivas, las preferencias o las decisiones contingentes de los respectivos hablantes o actores. La ética discursiva, además, niega el supuesto fundamental del *relativismo ético* de que la validez de los juicios morales únicamente pueda medirse según las pautas de racionalidad y los valores de la cultura o forma de vida específica a la que en cada caso pertenezca el sujeto. Por otra parte, mediante la fundamentación del principio de universalización *"U"*[5] la ética discursiva establece una regla que elimina todas las orientaciones axiológicas concretas imbricadas en la totalidad de una forma vital o de una historia vital individual, por considerarlas contenidos no susceptibles de universalización, al tiempo que únicamente mantiene de los aspectos evaluativos de la "vida buena" las cuestiones estrictamente normativas de la justicia en cuanto cuestiones que pueden decidirse argumentativamente. Con la fundamentación de *"U"* la ética discursiva se enfrenta a los supuestos básicos de las *éticas materiales*, que se ocupan de las cuestiones de la felicidad y, en consecuencia, determinan ontológicamente un cierto tipo de vida ética. Únicamente bajo este punto de vista estrictamente deontológico de la rectitud normativa o de la justicia puede extraerse de la multiplicidad de cuestiones prácticas las que son susceptibles de una decisión racional.

El aporte de Karl-Otto Apel

La filosofía de Apel se podría definir como una "pragmática trascendental del lenguaje"[6]. Tal denominación está referida al carácter de "intermediación" *(Vermittlung)* entre la filosofía trascendental kantiana y ciertos logros de la filosofía analítica con que Apel pretende caracterizar su propósito de producir la "transformación semiótica de la filosofía trascendental", como él mismo lo señala[7]. Dicha *transformación* obedece al hecho de que, por una parte, se mantiene el criterio metodológico de la *reflexión* acerca de

[5] El principio "U" es descrito por Habermas de la siguiente manera: "Toda norma válida ha de satisfacer la condición de que las consecuencias y efectos secundarios que se derivan, previsiblemente, de su aceptación *general* para la satisfacción de los intereses de *cada* particular, pueda ser aceptada libremente por cada afectado". Cfr. Habermas, Jürgen. "Conciencia moral y acción comunicativa". Barcelona: Península, 1991.

[6] Cfr. Apel, Karl-Otto. "Transformación de la filosofía". Madrid: Taurus, 1985. Trad. de Adela Cortina y otros.

las "condiciones de posibilidad" (como quería Kant), pero, por otra, se las ubica en el plano del lenguaje y, particularmente, en la dimensión pragmática de éste; es decir, en el nivel de las relaciones entre los signos lingüísticos y los usuarios e intérpretes de los mismos.

Apel piensa que tanto en el problema del conocimiento como en el problema moral, lo verdaderamente importante es alcanzar la posibilidad de establecer una *fundamentación racional*, pues ello conduce a garantizar una validez de carácter intersubjetiva, ya sea para los conocimientos o para las normas. Apel busca superar la solución característica de la filosofía trascendental que se valió del mero recurso a las "evidencias de conciencia" para asegurar la validez; evidencias que, aunque necesarias, resultan sin embargo insuficientes. Se debe partir del hecho –supone Apel– de que todo conocimiento que busque asegurar objetividad –es decir, *validez intersubjetiva*– tiene que estar formulado lingüísticamente y tiene que poder ser, además, defendido por medio de argumentos que también sean formulados lingüísticamente. La idea dominante de tal planteamiento tiene que ver con el hecho de que, para que una validez objetiva –entendiendo la objetividad como *intersubjetividad*– pueda quedar asegurada, es preciso superar el "solipsismo metódico" característico de la filosofía que se extiende desde Descartes a Husserl. De tal modo, al superar este recurso metodológico propio del trascendentalismo clásico se supera, a la vez, la *concepción monológica* de la razón, y se la sustituye por una *concepción dialógica* de la misma. De esta manera queda de hecho determinado un *principio formal procedimental* mediante el cual debe garantizarse la igualdad de derechos de todos los participantes del discurso en cuanto representantes de diferentes intereses, como también, su igual responsabilidad en el planteamiento y la resolución de todos los problemas que se tienen que discutir. Y es que, si los problemas éticos socialmente relevantes tienen en absoluto alguna solución, las soluciones concretas, referidas a las diferentes situaciones, tiene que alcanzarse, conforme a la ética discursiva, mediante discursos prácticos de sujetos iguales y corresponsables, y no mediante alguna suerte de deducción monológica a partir de principios últimos.

Apel destaca la relevancia que deber reconocerse al nivel de la pragmática (a partir de la tridimensionalidad semántica-sintáctica-pragmática del lenguaje descubierta por Charles S. Peirce y reformulada posteriormente por Charles Morris y otros), aunque no la concibe en el sentido empírico en que, de preferencia, fue aludida por la filosofía analítica de corte positivista, sino

[7] En este sentido su planteamiento se inscribe en vecindad con el denominado "giro lingüístico" de la filosofía contemporánea; o sea, se inserta en el registro del desplazamiento del "paradigma de la conciencia" en favor del "paradigma del lenguaje".

en un sentido *trascendental*. Por eso, piensa Apel que es allí –en el nivel pragmático– donde deben buscarse esas condiciones de posibilidad de todo conocimiento formulado lingüísticamente.

En este contexto establece una ética del discurso *(Diskursethik)*[8]. En ella se hace posible una "fundamentación última" *(Letzbegründung)* de la moral, entendida como la explicitación de aquellos principios que resultan ser de validez *irrebasable (Nichthintergebahrkeit)* para cualquier argumentante, puesto que pueden ser "reconstruidos" mediante una "reflexión trascendental" sobre las condiciones de posibilidad de la argumentación. De lo que se trataría, sería de hacer explícito aquello que está necesariamente *presupuesto* cada vez que se argumenta y que, por lo mismo, no puede ser cuestionado argumentativamente. Entre tales presupuestos se encuentra el de una "comunidad ideal de argumentación", que se refiere al conjunto de condiciones ideales en las cuales el diálogo entre argumentantes siempre conducirá al consenso. Porque la formulación lingüística de conocimientos o argumentos supone *a priori* intérpretes de los signos usados en la formulación; incluso más, presupone una "síntesis trascendental de la interpretación"; es decir, la homogeneidad, el *consenso* en la interpretación de todos los intérpretes posibles. Pues, si se trata de una argumentación, ella presupone, ya en el propio acto de su formulación, una "comunidad de argumentación", que abarca a todo argumentante posible. Y como la "pragmática trascendental del lenguaje" indaga, reflexivamente, las *condiciones de posibilidad de toda argumentación*, una condición básica que debe ser reconocida como tal es precisamente la existencia de una *comunidad de argumentación*. Pero, a la vez, toda argumentación es una forma de *comunicación*. Por eso, debemos pensar que el concepto de argumentación está subsumido en el de comunicación, que, por cierto, abarca también numerosas otras formas que, aunque siendo lingüísticas también, no son precisamente argumentativas.

Ello conduce a suponer entonces que sólo la argumentación permite hacer una defensa racional de un determinado conocimiento; pero la argumentación misma presupone, por su parte, y ante todo, una "comunidad de comunicación", que no se limita a determinados interlocutores, sino que es *ilimitada*, ya que se extiende a todo interlocutor posible o imaginable. Hay que pensar, en consecuencia, que esta "comunidad ilimitada de comunicación" está supuesta –"anticipada contrafácticamente" nos dirá Apel– en todo discurso argumentativo que pretende tener sentido. Cualquier cuestionamiento de estos presupuestos equivaldría a la comisión de una "autocontradicción performativa"; es decir, a una contradicción entre el contenido semántico de

[8] Cfr. Apel, Karl-Otto. "Teoría de la verdad y Ética del discurso". Barcelona: Paidós, 1991.

lo que se dice y lo que está necesariamente presupuesto en el acto de decirlo. Negar la existencia de una comunidad de argumentación, por ejemplo, no sería posible, pues en el acto mismo de negar ya se estaría aludiendo a unos posibles interlocutores a quienes se dirigiría el planteamiento y con ello se confirmaría la existencia de lo que pretende negarse.

Por lo tanto, se alcanza una fundamentación última de la ética cuando se consigue hacer explícita la "norma básica", que está necesariamente presupuesta en todo acto de argumentación y según la cual cualquier conflicto de intereses debe procurar resolverse no por medio de violencia sino mediante argumentación y a través del consenso que es posible obtener mediante su empleo. El diálogo en el que se recurre a tales argumentos se denomina "discurso práctico" y en él se deberán tener en cuenta, además de los intereses de quienes concurren presencial o efectivamente a la situación particular, los intereses de todos los posibles afectados por las consecuencias que se lleguen a derivar de aquellas acciones consensuadas que se produzcan. De esta manera, la norma básica representa un *principio procedimental* para la legitimación de *normas situacionales concretas*. Entonces, resulta posible diferenciar esa *norma básica*, por su carácter *a priori* y su validez universal, de la *normas situacionales*, que son meramente contingentes y, por supuesto, tienen una validez que se restringe a la situación determinada que las posibilita.

Apel va a denominar "parte A" de la ética a esta propuesta de fundamentación. En ella se pueden reconocer dos niveles que corresponden exactamente a la "norma básica", por una parte, y a los "discursos prácticos" por otra. Pero, es necesario esclarecer cuáles sean las *condiciones históricas de aplicación* de la norma básica, pues, las infinitas contingencias del mundo real, en muchas ocasiones impiden que dicha norma pueda llegar a tener una expresión efectiva. La tematización de este problema es descrita por Apel como la "parte B" de la ética del discurso. Pero esta parte B no debe interpretarse como el capítulo de aplicación, sino como el complemento de la parte A de fundamentación, bajo el presupuesto de que en el mundo actual no están dadas las condiciones de aplicación de la ética discursiva. Porque Apel reconoce que cada instancia del mundo social, cada persona, cada institución, cada nación, es inexorablemente un verdadero "sistema de autoafirmación" y, por lo tanto, puede ocurrir que cada agente moral –en cuanto el sistema de autoafirmación que es– tienda circunstancialmente a transgredir la norma básica, recurriendo a manejos estratégicos que hicieran prevalecer sus propios intereses en lugar de tender al establecimiento del consenso. Por ello, esta parte B de la ética discursiva debe concebirse como una "ética de la responsabilidad", en la que no pueden dejar de contemplarse aquellas condiciones históricas efectivas que se imponen como dificultad o limitación para el cumplimiento de la norma básica en las distintas situaciones

del mundo de la vida. La ética del discurso, en este sentido, convoca a la conciliación de la evidente tensión que se articula entre la observancia del principio reconocido y la responsabilidad que tiene necesariamente que ser asumida para ello. Éste es el conflicto entre la parte A y la parte B de la ética.

Apel busca sobrepasar esta dificultad mediante la invocación de un "principio de complementación", que haga posible que los determinados agentes morales tengan en cuenta la propia responsabilidad exigida por el sistema de autoafirmación que representan (es decir, que no depongan sus intereses sin más), pero sin renunciar al reconocimiento de la validez que ostenta aquello que está exigido por la norma básica (es decir, sin recurso a la coacción o la violencia, en ninguna de sus modalidades, para establecer la validez de sus prerrogativas). Dicho principio establece la obligación de procurar la realización *a largo plazo* de la "comunidad ideal de comunicación"; es decir, de hacer posible que se produzca un estrechamiento de la distancia entre ésta y la "comunidad real de comunicación". La ética del discurso está basada en esta comunidad ideal de comunicación, que es aquella que aún no *es*, pero a la que aspiramos como horizonte de posibilidad y dónde ya no tengan preponderancia fenómenos como el dominio, la manipulación, el engaño o el particularismo, todos ellos presentes en la comunidad real de comunicación. Es decir, se trata de producir la sustitución progresiva y paulatina de la modalidad de racionalidad estrategicoinstrumental que caracteriza la interacción en la comunidad real, por otra modalidad de la racionalidad, la de carácter consensual-comunicativo que define a la comunidad ideal. Ello implica que la admisión de recursos estratégicos muestre claramente una tendencia a disminuir, y que existan –sin sobrepasar lo *necesario*– siempre y cuando vayan asociados al esfuerzo por lograr tanta formación efectiva de consenso como resulte *posible*. Lo que no podemos evitar, piensa Apel, es la necesidad de mediar la racionalidad consensual comunicativa de la ética del discurso con la racionalidad estratégica en las conversaciones reales. Para encontrar en las situaciones concretas la mediación razonable, es decir, responsable, entre la racionalidad consensual comunicativa y la racionalidad estratégica, no es suficiente con poner en juego un principio atemporal y en esta medida abstracto de autoafirmación estratégica y de *management* de situaciones de crisis.

Para la mediación responsable de la acción consensual comunicativa y la acción estratégica se debe exigir más bien todavía el tener presente permanentemente y orientarse por el fin, referido a la situación histórica, de cooperar en la modificación de las relaciones existentes en la dirección de la generación a largo plazo de las condiciones de aplicación de la ética discursiva, es decir: de la producción de las relaciones de la comunidad ideal de comunicación en la comunidad real.

En este lugar, es decir en la parte B, adquiere validez de manera inevitable un principio teleológico de orientación en la ética discursiva que es primeramente deontológica. En esto se manifiesta la circunstancia que la ética del discurso en cuanto ética de la responsabilidad no puede partir de un punto cero de la historia, ni producir un nuevo comienzo, sino que tiene que entenderse como históricamente situada. Sus condiciones de aplicación son anticipaciones contrafácticas y como tal siempre un *telos* del compromiso ético-político.

La ética del discurso, o de la comunicación, en este sentido, puede entenderse como un esfuerzo por recuperar la intersubjetividad perdida durante la modernidad y la desaparición de la solidaridad entre los sujetos, ambas fracturadas por el proceso creciente de racionalización del mundo de la vida en Occidente.

Ahora bien, Apel busca responder a la falta de correspondencia que en la actualidad se presenta entre la enorme capacidad que tienen los seres humanos actuales para producir desarrollos técnicos y su manifiesta incapacidad para dotarlos de una orientación adecuada que impida que éstos se vuelvan en su propia contra. Por lo mismo, hoy en día es evidente que no basta con una ética referida los problemas de la *microesfera*, referida exclusivamente al ámbito de las relaciones familiares y cercanas; así como tampoco parece suficiente una ética referida al nivel de la *mesoesfera*, es decir, al nivel de las formulaciones de política nacional de los distintos estados; porque lo que en verdad se requiere, dadas las actuales circunstancias críticas por las que atraviesa la humanidad una vez que se han desencadenado de manera prácticamente irreversible fenómenos como el desastre ambiental, la pobreza, el hambre o el armamentismo, es una ética capaz de asumir las dificultades propias de la *macroesfera*, los problemas que por primera vez en la historia afectan a la humanidad de manera general, ante los cuales se requiere una respuesta capaz de enfrentar de manera solidaria los efectos de la acción colectiva en escala global.

Apel cree que una poderosa razón ha obstaculizado el desarrollo de una conciencia de este tipo, razón que está representada por una fatal complementación producida durante el siglo xx entre el liberalismo de las democracias occidentales y los sistemas de inspiración marxista-leninista. Pues, en ambos modelos, una particular visión de la ciencia acabó por cerrar la posibilidad de que se fundamentara una ética de carácter racional y universal. Con ello se vio impedido el hecho de que la razón práctica pudiera responsabilizarse del estado del mundo y se atendiera a las consecuencias derivadas del carácter asumido por el progreso científico-técnico. En el mundo occidental, esto quedó reflejado en la consolidación de una división del trabajo

filosófico entre un *cientificismo-positivista*, por una parte, que otorgó validez y garantía de racionalidad exclusivamente al discurso sobre hechos, excluyendo de sus fronteras al discurso sobre normas, con lo cual legitimó una modalidad de racionalidad neutra, descomprometida, para los asuntos concernientes a la esfera de la vida pública; y, por otra, un *subjetivismo-decisionista*, que vincula las decisiones éticas nada más que al ámbito privado, a la existencia individual de los sujetos, a sus decisiones personales en conciencia, donde no tienen cabida las referencias a la razón pues las opciones provienen principalmente de su emocionalidad y por lo mismo no resulta posible el establecimiento de normas que resulten vinculantes para todos. Esta efectiva complementación entre un cientificismo objetivista y un existencialismo subjetivista es lo que finalmente –a juicio de Apel– no ha permitido el surgimiento o el desarrollo de una ética de la responsabilidad solidaria[9].

Además, Apel parte de la sospecha de que nuestro concepto tradicional de responsabilidad[10], es decir, el concepto de la responsabilidad individualmente imputable a la persona singular, es, hoy en día, insuficiente y que en la fundamentación y en la ejecución de las iniciativas de ética aplicada que actualmente se requieren (y que están ya en muchos casos en marcha), se ha llegado a presuponer tácitamente un concepto de responsabilidad que es diferente del tradicional. Apel parte, además, de la consideración de que el concepto de responsabilidad que efectivamente se presupone no puede fundamentarse estrictamente por medio de una ética racional tradicional (como la kantiana) que parta de la autarquía del sujeto individual, o de la relación sujeto-objeto del conocimiento (como lo pretende el cientificismo positivista). Propone, en consecuencia, que solamente de una transformación de la ética filosófica –en el sentido de una ética de la comunicación o de una ética discursiva– se podría esperar la fundamentación requerida, tanto del actual concepto de responsabilidad como también de la norma fundamental de la justicia que le subyace. Y es que la concepción tradicional de la responsabilidad como imputable al mero individuo ya no puede hacerse cargo de los severos problemas del mundo contemporáneo.

9 Apel reconoce que la concepción de una *ética de la responsabilidad en la era de la ciencia* habría sido sostenida por primera vez por Max Weber y luego –ante todo– por Karl Popper y sus discípulos. Cfr. Apel, Karl-Otto. "Una ética de la responsabilidad en la era de la ciencia". Buenos Aires: Almagesto, 1990.

10 Cfr. Apel, Karl-Otto. "La Ética del Discurso como ética de la corresponsabilidad por las actividades colectivas". Traducción de Julio De Zan del original: *"Diskursethik als Ethik Mitverantwortung für kollektive Aktivitäten"* publicado en Michael Grossheim und Hans-Joachim Waschkies, *Rehabilitierung des Subjektiven*. Festschrift für Hermann Schmitz, Bouvier Verlag, Bonn, 1993, p. 191-207. Hay edición castellana en Herder. Barcelona. 1995.

Apel se pregunta por quién es aquél a quien, en propiedad, se le debe imputar la responsabilidad, si es a un hombre en particular, a un grupo de hombres, a un colectivo; ¿a quiénes se les debe cargar la responsabilidad por la contaminación de la atmósfera y las alteraciones del clima a través de la industria en su conjunto, por ejemplo; o por el progresivo empobrecimiento del Tercer Mundo a causa del orden económico mundial existente; o por la relación de interdependencia que se genera entre la crisis ecológica y el endeudamiento del Tercer Mundo, en el sentido de la sobreexplotación forzada –por ej. de las selvas tropicales– y el deterioro del medioambiente; o por la explosión demográfica en el Tercer Mundo que agrava otra vez la crisis ecológica y económica? Porque éstos son sólo unos pocos ejemplos que muestran dramáticamente lo nuevo e inaudito de los actuales desafíos que se le plantean a la responsabilidad, y que permiten hacer aparecer de algún modo, por lo menos como comprensible, la sensación generalizada de impotencia de la responsabilidad según se ha entendido tradicionalmente como imputable de manera individual. El concepto tradicional de las responsabilidades de los individuos, por lo menos en su forma convencional, parte de la idea de que la responsabilidad, incluso la toma de nuevas responsabilidades, presupone siempre ya instituciones sociales o sistemas funcionales y subsistemas como el de la política, del derecho, de la economía, de la ciencia, de la técnica, de la educación, y también especialmente como la familia, el matrimonio, los círculos de amistad u otros semejantes que van a representar una limitación para las responsabilidades imputables al individuo porque, por ejemplo, no se podría responsabilizar a un empresario o a un banquero, por el hecho de que el sistema económico –que es el que le impone a él también gran parte de las reglas de su juego– contribuye directamente al empobrecimiento del Tercer Mundo y por esto indirectamente, además, a la destrucción del medioambiente en esas regiones. Sin embargo, no puede dejar de reconocerse que en el mundo actual los seres humanos, en especial quienes ocupan posiciones jerárquicas, de mayor saber y poder que los otros, no sólo cargan con las responsabilidades que les corresponden personalmente en el marco, de las instituciones o sistemas sociales, sino que tienen también responsabilidades por encima de esos límites tradicionales, a saber, responsabilidades por la organización de instituciones en orden a impedir o remediar riesgos y efectos negativos del crecimiento a escala internacional.

Apel continúa preguntándose si, por ejemplo, en el caso de los científicos y técnicos que últimamente trabajan en proyectos de ética en las ciencias, se podría decir que, al comienzo –cuando podrían haber estado solos con sus iniciativas–, lo hacían o no bajo la premisa de imponerse a sí mismos una responsabilidad que les sería imputable individualmente después.

Lo cierto es que hombres como éstos nunca están solos en una situación en la que (como individuos singulares en una determinada institución) tengan que asumir personalmente la responsabilidad por las nuevas consecuencias de las actividades humanas que han descubierto. Pues, se parte, desde el principio, del hecho de que no existe en absoluto una responsabilidad imputable individualmente; aunque, al mismo tiempo, ellos y todos los que son convocados para prestar ayuda, consejo y colaboración, llevan por naturaleza una corresponsabilidad potencial susceptible de ser activada y movilizada por las explosivas consecuencias y subconsecuencias que suelen presentar hoy las actividades colectivas. Por lo tanto, si bien es cierto que pueden presuponer la existencia de una solidaridad de la responsabilidad humana que los libera desde un comienzo de la sobreexigencia de sobrellevar solos una responsabilidad metafísica insoportable, no pueden por ello dispensarse de una corresponsabilidad solidaria por los nuevos riesgos que se puedan descubrir y por las instituciones que puedan crearse para tal fin.

Este hecho, en opinión de Apel, muestra claramente un nuevo concepto de responsabilidad en cuanto corresponsabilidad, el cual es paradigmáticamente diferente del tradicional concepto de responsabilidad imputable individualmente. Aunque es muy importante tener claro que tal concepto de corresponsabilidad de todos los hombres como el que se ha señalado no torna de ningún modo superfluo al concepto tradicional de responsabilidad individual, pues, la corresponsabilidad de todos está también ya presupuesta justamente en la nueva asignación de responsabilidades que son individualmente imputables en el marco de las instituciones.

En cierto sentido se puede afirmar que hoy las reglas procedimentales de juego de la ética discursiva de la corresponsabilidad están ya reconocidas a lo ancho del mundo, de modo que nadie pondría en entredicho la obligatoriedad de tales reglas, o dejaría de reclamar la pretensión de haberlas cumplido; esto es así por lo menos en los estados democráticos, pero también a nivel internacional a través de los medios.

Apel piensa en los miles de conversaciones y conferencias que tienen lugar casi diariamente en todos los niveles del sistema social, en las que se discuten problemas nacionales e internacionales bajo el presupuesto de lo que se trata es precisamente de hacer valer mediante argumentos racionales y libres de toda violencia los intereses de todos los afectados. Estos discursos buscan averiguar las consecuencias y subconsecuencias de nuestras actividades colectivas y a aprobar resoluciones, contratos y *agreements* prácticamente relevantes. En la medida en que estas conversaciones tienen que conducir a resultados prácticamente relevantes, efectivos, ante todo política y económicamente, en esa misma medida tendrán también el carácter de negociaciones,

y por tanto, de interacciones de tipo estratégico. No obstante esto debe quedar claro lo siguiente: con la expresión simbólica de las mil conversaciones Apel alude al único medio en el que y a través del cual puede desplegarse, efectivamente en la actualidad, la organización ético-discursiva de la corresponsabilidad. Estas conversaciones representan la alternativa realista frente a la impotencia de las personas singulares ante las nuevas responsabilidades por las consecuencias futuras de nuestras actividades colectivas en la ciencia, la técnica, la economía y la política.

Por eso también la circunstancia de que las normas procedimentales de la ética discursiva tienen a menudo, en las aludidas conversaciones y conferencias, solamente el carácter de *pretensiones* efectivas frente a los medios, no debería tomarse simplemente como motivo para la ironía y el desprecio. Según Apel, allí también reside un motivo de satisfacción y, ante todo, un instrumento que es útil para la estrategia moral a largo plazo.

El aporte de Jürgen Habermas

En su obra *Teoría de la acción comunicativa*[11], Jürgen Habermas expone una teoría general de la sociedad, en la que intenta dar cuenta de su origen, evolución y anomalías. Ello es abordado mediante un desplazamiento teórico que se mueve desde el paradigma de la filosofía de la conciencia hasta alcanzar el ámbito de la intersubjetividad comunicativa o del entendimiento lingüístico. Siguiendo esta dirección, Habermas procura definir un modelo de acción social no subjetiva ni orientada por los fines egoístas de los sujetos individuales, sino el de una "acción orientada al entendimiento", en el que los sujetos pueden "coordinar" sus "planes de acción" sobre la base de "acuerdos motivados racionalmente"; a partir de la aceptación de sus "pretensiones de validez", es decir, de que se presuponga que en la expresión comunicativa se satisfacen los requisitos o las condiciones de racionalidad, y teniendo en cuenta que estas pretensiones de validez, por cierto, son susceptibles de crítica o examen. Para ello, su *pragmática universal*, busca identificar y reconstruir las condiciones universales de todo entendimiento posible, en el ámbito particular del habla. Generalmente se ha considerado la validez de las expresiones lingüísticas desde el exclusivo punto de vista de la verdad lógica o sintáctica, o de la verdad semántica entendida como correspondencia con los estados de cosas. Habermas, sin embargo, va a criticar este reduccionismo o esta unilateralidad cognitivista presente en estas concepciones de la validez y de la racionalidad, que ha sido el concepto de validez dominante en la tradición del pensamiento occidental, desde Aristóteles hasta la filosofía

[11] Habermas J. "Teoría de la acción comunicativa" (2 volúmenes). Madrid: Taurus, 1996.

analítica anglosajona que lo ha empleado como criterio implacable de demarcación de los enunciados con o sin sentido. Habermas busca ampliar la comprensión del concepto mismo de validez teniendo en cuenta al mismo tiempo las otras pretensiones de validez que se plantean siempre conjuntamente con la pretensión de verdad en el uso comunicativo del lenguaje. Por ello, ha intentado situar el problema de la validez en el terreno en el que éste se plantea y puede resolverse efectivamente: el terreno de la dimensión *pragmática* del lenguaje, el de la comunicación y del discurso.

Por lo tanto, su concepto de "acción comunicativa" se verá complementado con la noción de "mundo de la vida"[12], que constituirá el horizonte a partir del cual se abre la posibilidad de que se reproduzca un tejido simbólico y social mediante acciones lingüísticamente determinadas. Pero, como una teoría social no podría sostenerse exclusivamente con base en una teoría de la comunicación, pues carecería de recursos argumentales para dar cuenta de las paradojas de la interacción social misma, Habermas recurre entonces al análisis sistémico de Niklas Luhmann –reformulando la teoría general de la acción esbozada por Talcott Parsons[13]– que le brindan sustento para hacer frente a la dificultad de compatibilizar los aspectos fundamentales del proyecto ilustrado: la creciente racionalización del mundo de la vida, la creciente complejidad sistémica que, al desbordar su propio ámbito, termina por "colonizarlo", privándolo significativamente de libertad y sentido.

Habermas establece su teoría moral mediante una externalización del diálogo interior kantiano. Ello tiene lugar en tres etapas. La primera de ellas consiste en transferir la deliberación mental del individuo kantiano a la deliberación interactiva pública de todos los actores involucrados en la situación moral. La segunda combina la racionalidad con la razón suponiendo que la racionalidad es un resultado de la razón, aunque al mismo tiempo es el soporte de lo razonable. La racionalidad del discurso ético consiste en dar buenas razones para elecciones razonables. El tercer paso consiste en ver a la

12 Referencias importantes para este concepto habermasiano son: el concepto de mundo cotidiano de la vida de Schütz –reelaborado por sus discípulos Berger y Luckman recientemente– y las nociones de mundo externo, objetivo; mundo social, intersubjetivo y mundo interno, subjetivo de Popper.

13 Luhmann (Lüneburg, 1927) reacciona a las insuficiencias y debilidades de la teoría general de la acción de Parsons pues su exclusiva atención a los métodos empíricos desconocía algunas exigencias generales de la teoría sociológica y su perspectiva puramente analítica dejaba sin resolver una buena parte de los problemas epistemológicos subyacentes a la formulación del estructural-funcionalismo. Luhmann intentó vincular la tradición científica de inspiración humanista a la de sello tecnológico, estableciendo puentes de relación con los grandes sistemas de la tradición filosófica occidental. Ello, llamó poderosamente la atención de Habermas, encontrando fuerte inspiración para el desarrollo de sus propios planteamientos.

justicia no según el imperativo categórico sino como el seguimiento de procedimientos, por lo que deben evitarse las referencias a todo contenido en la deliberación moral. El resultado es una reelaboración en términos interactivos del kantismo que, aun cuando se centra en los procedimientos, puede seguir reivindicando pretensiones de universalidad.

En continuidad con la línea de la teoría crítica, Habermas define a la *situación ideal del discurso* como el intento por interpretar el consenso racional de manera procedimental, sin atender a contenidos. La situación ideal del discurso permite resumir las reglas de simetría y reciprocidad que debe observar la argumentación moral. La simetría se refiere a los actos de habla. Todos los participantes del diálogo debe tener igual oportunidad de iniciar y continuar la comunicación, hacer afirmaciones, dar explicaciones y ofrecer justificaciones. La reciprocidad se refiere a los contextos de acción. Todos los participantes del diálogo deben tener igual oportunidad de expresar sus deseos, sentimientos e intenciones y los diversos interlocutores deben actuar como si cada uno de ellos tuviera la misma capacidad de decidir, prometer y ser tenido en cuenta. La situación ideal del discurso representa la expresión concreta de los supuestos morales de los distintos agentes cada vez que ellos participan seriamente en una discusión. Participar seriamente significa en este caso que el propósito final que ellos persiguen en la comunicación es la búsqueda de un entendimiento compartido *(Verständigung)*. Negarlo sería caer en una autocontradicción performativa.

La situación ideal del discurso es la orientación básica para el discurso ético, que es el discurso en el que se reúnen individuos con la intención de alcanzar un consenso racionalmente motivado acerca de normas morales que pueden llegar a tener validez universal. En el proceso, cada agente aprende de los otros a ver aquellos intereses que son comunes, en tanto éstos son juzgados imparcialmente. Y las normas pueden ser consideradas válidas únicamente cuando ellas resultan del acuerdo de todos los involucrados. Por ello, el discurso ético demanda la voluntad y la capacidad de los individuos, y de sus culturas en general, para adoptar un *punto de vista moral* universal.

En esta polarización entre mundo de la vida y sistema, Habermas reconoce el origen de diversas patologías sociales y personales; ante ello, adquiere centralidad la existencia y el desarrollo de un sujeto social dialógico, que se relaciona a través de la acción comunicativa y que se contrapone al sujeto monológico cuya referencia existencial fundamental está dada por la acción instrumental y egocéntrica, orientada al éxito y la materialización de los propios y exclusivos intereses. Entonces, por medio de la construcción del consenso que permite la acción comunicativa, cuando está orientada al entendimiento, Habermas ve la posibilidad de articular un potencial emancipatorio,

que libere los condicionamientos y las contingencias sistémicas, y se reintegre la dicotomía individuo-sociedad. Este sujeto social dialógico es capaz de construir consensos, con prescindencia de toda forma de coacción, simplemente basándose en la acción de tipo comunicativo en la que empáticamente el otro, el interlocutor resulta ser reconocido e introyectado, de manera inteligible, con pretensiones de verdad y validez y expuesto a la crítica de manera honesta.

En su obra *Conciencia moral y Acción comunicativa*[14] Habermas distingue entre la "acción orientada al entendimiento" y la "acción orientada al éxito". En este sentido, señala que las interacciones sociales son más o menos cooperativas o estables, más o menos conflictivas o inestables y, por tanto, que la cuestión teórico social de cómo es posible el orden social se corresponde con la cuestión de la teoría de la acción, es decir con el problema de cómo al menos dos participantes en la interacción pueden coordinar sus planes de acción, de forma tal que *alter* puede "enganchar" sus acciones en las de *ego* sin conflictos y evitando en todo caso el peligro de una ruptura de la interacción. Por esto, en la medida en que los actores se orienten exclusivamente hacia el *éxito*; es decir, hacia las *consecuencias* de su acción, van a tratar de alcanzar sus objetivos ejerciendo influencia sobre la definición de la situación o las decisiones o motivos del interlocutor utilizando para ello armas o mercancías, amenazas o halagos. La coordinación de las acciones de sujetos que se comportan recíprocamente de tal manera; o sea, desde un punto de vista *estratégico*, dependerá del "cálculo egocéntrico de utilidad" que haga cada uno de ellos. Entonces, el grado de cooperación y estabilidad surgirá de la situación en que se encuentran los intereses de las personas afectadas.

Ahora, la otra modalidad de la acción, que Habermas presenta en oposición a ésta es la llamada *acción comunicativa*, que corresponde a la situación en la que los actores aceptan coordinar de modo interno sus planes y admiten alcanzar sus objetivos, únicamente a condición de que haya, o se alcance mediante negociación, un *acuerdo* sobre la situación y las consecuencias que cabe esperar. Ahora, no es posible imponer el acuerdo a la otra parte, ni se le puede imponer al interlocutor mediante una manipulación, porque lo que se produce mediante la influencia externa no puede *contar* como acuerdo, ya que éste descansa siempre sobre una convicción conjunta. Habermas nos dice que el acto de habla del uno alcanza su objetivo solamente cuando el otro acepta la oferta en él contenida, en la medida en que este otro toma posición afirmativa frente a una pretensión de validez que siempre será, por principio, discutible.

[14] Habermas J. "Conciencia moral y Acción comunicativa". Op. cit.

Los interlocutores, en la comunicación, fundamentan su esfuerzo para lograr el entendimiento, en tres mundos distintos. En un *mundo objetivo*, del que los actos de habla representan o suponen circunstancias y acontecimientos; en un *mundo social* por medio del cual y a través de interacciones legítimamente reguladas los participantes de la comunicación construyen o renuevan sus relaciones interpersonales, y en un *mundo subjetivo*, a partir del cual manifiestan sus propias vivencias o se autorrepresentan. De este modo, el entendimiento en la praxis comunicativa cotidiana puede apoyarse al mismo tiempo en un saber proposicional intersubjetivamente compartido, en una coincidencia normativa y en la confianza recíproca. Por eso, el hecho de que los participantes en la comunicación logren o no el entendimiento es algo que se mide en cada caso por que el oyente acepte o rechace las pretensiones de validez enunciadas por el hablante. Entonces, en una actitud orientada al entendimiento, cada vez que un interlocutor formula un enunciado inteligible está pretendiendo, en primer lugar que su enunciado de hecho es verdad, o sea, que es coincidente con los presupuestos existenciales de un contenido proposicional ya mencionado). En segundo lugar, que su acción de habla es correcta en relación con un contexto normativo existente y a la vez legítimo, y, por último, que en la intención manifiesta su expresión coincide con lo que efectivamente está pensando. Entonces, se debe tener en cuenta que toda comunidad de comunicación se constituye sobre la base de un sistema de referencias que comprende a estos tres mundos descritos. Luego, quien rechaza una oferta inteligible de acto de habla estaría negando la validez del enunciado, al menos en uno de los tres aspectos citados, los de *verdad, rectitud* y *veracidad*; en otras palabras, estaría negando que el enunciado cumpla con alguna de las tres funciones citadas: la representación de hechos verdaderamente objetivos, que las relaciones interpersonales puedan ser garantizadas, o que se esté dando cuenta efectivamente de vivencias auténticamente personales.

Esta teoría habermasiana de los *tres mundos*, que es preciso considerar para la compresión del sentido del lenguaje, y para la posibilidad de la interacción comunicativa, no debe ser interpretada ontológicamente, pues lo que pretende, por el contrario, es precisamente romper con el monismo ontológico de la semántica referencial. El mundo social no debe ser entendido como un mundo objetivo de entes vinculados por relaciones causales, sino como el *mundo intersubjetivo*, constituido por los significados, los valores, las normas, las instituciones, etc., todos ellos reconocidos y compartidos como un trasfondo de presupuestos comunes que hacen posible la comunicación inmediata y la interacción cotidiana. Tampoco el mundo subjetivo debe ser entendido como un mundo de fenómenos objetivados, que pueden ser objeto de referencia de un lenguaje como el de la psicología, sino como el mundo

desde el cual es posible toda referencia, el mundo de las creencias, actitudes y valoraciones por medio de los cuales nos insertamos en el mundo social como tales o cuales sujetos, con una determinada identidad y nos podemos referir al mundo objetivo de tal o cual manera. Sólo el mundo objetivo de las cosas, en amplio sentido, es ontológico, por eso sólo con referencia a él se trata de la verdad. De lo que se trata en el mundo social, en cambio, es de la legitimidad, de la justicia, o de la rectitud moral; así como en el mundo subjetivo de lo que se trata es de la autenticidad, de la veracidad o de la sinceridad con que nos expresamos, y de la calidad de la autocomprensión que reflejan nuestras expresiones. Por esto, la acción comunicativa presupone: a) un saber proposicional compartido acerca de las cosas; b) un ordenamiento normativo reconocido como legítimo por las partes en interacción, y c) la confianza recíproca de los participantes en el proceso de la comunicación acerca de la sinceridad de sus expresiones. Entonces, un acto de habla orientado al entendimiento *(Verständigung)* alcanza su objetivo cuando el interlocutor acepta al mismo tiempo todas las pretensiones de validez que la expresión implica, y se produce un acuerdo *(Einverständnis)*, o consenso intersubjetivo entre los participantes de la relación comunicativa.

Críticas a la ética del discurso

Como hasta acá se ha visto, la ética del discurso ofrece importantes ventajas en la medida en que, a diferencia de lo que planteó la ética kantiana, ofrece una perspectiva dialógica e histórica de las cuestiones morales. Sin embargo, ella ha sido criticada desde diversos puntos de vista. La crítica parece ser unánime, al menos en dos cuestiones fundamentales.

En primer lugar, la ética del discurso, que se presenta como una teoría moral puramente procedimental, no por ello obliga a pensar que está libre de todo contenido. Todo aquél que esté de acuerdo con sus normas estaría de antemano motivado por algo, ya sea su voluntad, una determinada forma de elección o su propia tradición. Es decir, en una sociedad, lo que hace posible que una discusión moral pueda tener éxito es su sensibilidad moral particular, sus ya definidas preferencias morales; su previa voluntad para alcanzar los consensos o su particular capacidad para hacerlo. Es esta capacidad la que debe ser presupuesta anticipadamente a la autonomía que tengan los sujetos para lograrlo. Por lo tanto, el procedimentalismo de la ética discursiva, en realidad, ya estaría basado en los supuestos occidentales acerca de la moralidad que tienen desde un comienzo los respectivos agentes que intervienen en el discurso y ello ostentaría el carácter de un verdadero contenido. Entonces, la supuesta racionalidad e igualdad de los participantes en la comunicación postulada por Habermas y Apel, por ejemplo, serían presunciones poco

universales y poco formales, ya que difícilmente podrían hacerse extensivos sin limitaciones a las otras culturas humanas que pueblan la tierra.

En segundo término, las condiciones que deben ser cumplidas por los participantes en la comunicación (capacidad para usar el lenguaje adecuadamente, capacidad para actuar razonablemente, un cierto nivel de reflexión que permita plantearse las cuestiones de justicia y argumentar acerca de ellas para lograr consensos con los otros sujetos) son condiciones que sólo podrían ser alcanzadas por un número muy reducido de individuos, bien educados, entrenados en estas destrezas; es decir, una élite intelectual muy minoritaria. Por lo tanto, la idea de que en el discurso todos deben tener la posibilidad de hablar por sí mismos se ve inmediatamente socavada y ampliamente dificultada por las condiciones impuestas a los agentes para su participación en el discurso.

Otros tópicos críticos que se han hecho recaer sobre la ética discursiva, aunque no son unánimes como los anteriores, han logrado ejercer un efecto considerable respecto de la evaluación actual de la teoría. Uno de ellos tiene que ver con el carácter optimista y las aspiraciones de conciliación subyacentes a la ética discursiva. El debate moral actual, el debate moral cotidiano en el mundo manifiesta claramente la impotencia y la futilidad del discurso que apela a lo razonable en occidente; por ejemplo en el contexto de las Naciones Unidas, donde se constata claramente la emergencia cada vez más masiva de situaciones de conflictividad que echan por tierra toda aproximación ingenua a las esperanzas de conciliación discursiva. Los escenarios conflictivos de la Europa oriental, del medio Oriente, de África y América Latina parecen no dejar lugar a la esperanza optimista de alcanzar consensos de ningún tipo.

Otro asunto que ha suscitado una fuerte crítica a los presupuestos de la ética discursiva tiene que ver con la falta de sobriedad que definiría su consideración del carácter de finalidad, de *telos*, que el entendimiento mutuo representaría para el lenguaje humano. Los resultados de la investigación interdisciplinaria en torno a la comunicación humana parecen no mostrar, en absoluto, la posibilidad de llevar adelante un aserto como éste. Es decir, no habría cómo probar que la estructura del lenguaje obligara a la formación de consensos independientemente del ejercicio del poder. Con la misma intensidad con que podría ser defendida la tesis de que el lenguaje es un instrumento al servicio de la comunicación, se podría aseverar que lo es al servicio de la acción estratégica. Al parecer, el planteamiento de un supuesto *telos* del lenguaje humano no sería más que un planteamiento optimista, basado en una pura especulación y carente de todo fundamento empírico.

La actual tendencia a una complementación entre deontología y ética de la responsabilidad

Ana Escríbar

En la Introducción del libro mencionamos la actual necesidad de una ética mínima, como respuesta a las exigencias planteadas por la convivencia en las modernas sociedades democráticas de "extraños morales", esto es, de personas que tienen distintos ideales de felicidad y vida buena.

Antes de entrar al tema de la ética de la responsabilidad, quisiera hacer una breve exposición en relación a esa ética mínima, tal como ella es abordada por Adela Cortina, por cuanto considero que la ética de la responsabilidad, cuya preocupación se centra en la preservación de la presencia de la humanidad sobre la tierra, ya sea en la versión de Hans Jonas o en la de Karl-Otto Apel, representa un complemento de la reflexión sobre las condiciones de posibilidad de la convivencia armónica entre esos extraños morales.

Adela Cortina y la "ética mínima"

A partir del proceso de desencantamiento del mundo del que nos habla Max Weber, que en alguna medida se identifica con la "muerte de Dios" anunciada por el Zaratustra nietzscheano, esto es, con la pérdida de vigencia de los valores "absolutos" y de un sentido trascendente para la existencia, las sociedades democráticas occidentales han mostrado una marcada tendencia a lo que Weber llama "politeísmo axiológico"; esto es, frente a la diversidad de valores sustentados por los distintos grupos, se considera que todos valen igual o, lo que viene a ser lo mismo, que se carece de fundamentos suficientes para dar razón de una supuesta validez universal de algunos de ellos, porque la adhesión a unos u otros responde exclusivamente al sesgo de las emociones de cada cual.

Ante esta situación, la ética contemporánea, enfrentada a amenazas derivadas del actual poderío técnico que pueden llegar a poner en peligro la presencia de la vida sobre la tierra, ha debido centrar su esfuerzo en la búsqueda de fundamentos para normas que –puesto que tienen que responder al desafío de un riesgo global– deben ser universalmente válidas.

Esta búsqueda no representa una tarea sencilla para la ética; porque el politeísmo axiológico imperante se ha visto robustecido por la convicción, sustentada por ese ilegítimo vástago de la ciencia que Karl-Otto Apel llama "cientificismo"[1] de que la objetividad de la técnica es la única posible, que esa objetividad supone la neutralidad axiológica, y que –en último término– la razón técnica agota la racionalidad; convicción que se traduce en la afirmación ampliamente difundida de que la ética se desenvuelve en el ámbito irracional propio de lo emotivo.

Por otra parte, el reconocimiento de la igual dignidad de todos los hombres –que, en último término hunde sus raíces en la universal paternidad de Dios predicada por el cristianismo– ha ido despertando poco a poco, a lo largo de los siglos, la conciencia colectiva de la obligación de aceptar las diferencias, obligación en la que culmina la exigencia del respeto debido a cada uno emanada de esa igual dignidad.

Para enfrentar ese riesgo global y cumplir con una misión que hoy parece tener dimensiones cósmicas, la ética contemporánea debe, pues, coordinar dos aspiraciones aparentemente contradictorias entre sí, pero igualmente exigidas por las actuales condiciones de la vida en sociedad: la de descubrir un fundamento para normas de validez universal y la del respeto a las diferencias valóricas.

Esta compatibilización es, precisamente, lo que intenta lograr la "ética mínima" desarrollada por Adela Cortina[2].

El hecho moral por excelencia y su condición de posibilidad

Para la ética dialógica o ética de la comunicación que se sitúa en el trasfondo del pensamiento de Cortina, el hecho moral por excelencia no residiría, como se pensó tradicionalmente, en la universal presencia de la conciencia moral o en la estructura moral propia del hombre, sino en "la existencia de ciertos términos, modos de juzgar y argumentar, a los que llamamos morales"[3], en el hecho de la existencia de un discurso moral que va respaldado por una forma de vida que lo sustenta.

Dicha ética, en consecuencia, parte de una concepción del hombre como interlocutor; vale decir, como ser capaz de comunicación y de argumentación que, en cuanto tal, ejercería de partida una opción moral, una opción por la

1 Al respecto ver "Epílogo" de Karl-Otto Apel. En: Cortina A. *Razón Comunicativa y Responsabilidad Solidaria*. Salamanca: Ed. Sígueme, 1995.

2 Cortina A. Ética Mínima. Introducción a la Filosofía Práctica. 7ma ed. Madrid: Tecnos, 2001.

3 Op. Cit. p. 109.

verdad, sin la cual la capacidad de comunicación que lo define carecería de razón de ser, resultaría inoperante.

Esta opción se expresaría en la convicción implícita en quienes intervienen seriamente en una argumentación de que la comprensión total entre los interlocutores podría lograrse, de que todos los interesados tendrían la opción de participar en dicha argumentación en condiciones de igualdad y de que, por consiguiente, el consenso representaría una meta posible; lo que –evidentemente– no sucede en la comunidad real de habla.

Vale decir, la comunicación tendría una imprescindible condición de posibilidad: la postulación de la existencia de una "situación ideal de diálogo, expresiva de una forma ideal de vida, en la que se excluya la desfiguración sistemática de la comunicación, se distribuyan simétricamente las posibilidades de elegir y realizar actos de habla y se garantice que los roles de diálogo sean intercambiables"[4].

Este postulado, por otra parte, actuaría como idea reguladora de las interacciones en la comunidad real y daría origen a un imperativo: esforzarse para que las condiciones imperantes en dicha comunidad real se aproximen cada vez más a la situación ideal de habla.

El consenso como fundamento de la universalidad

En cuanto no define contenidos, la ética que describimos es continuadora del formalismo ético kantiano; sin embargo, tiene en relación a aquel una importante diferencia: la autonomía, que representa a partir de Kant el elemento central de la moralidad, la fuente de la dignidad humana como marca de la racionalidad, "no se entiende ya como ejercida por individuos aislados, sino como realizable a través de diálogos intersubjetivos, tendientes a dilucidar cuál sea nuestro bien, porque es errado concebir a los hombres como individuos capaces de acceder en solitario a la verdad y al bien"[5].

Vale decir, no es ya el individuo a través de un experimento imaginario efectuado en la soledad de su conciencia quien decide cuáles máximas son universalizables; ahora es el "nosotros" –constituido por el conjunto de los posibles afectados por las consecuencias de la aplicación de las normas– el que aporta la intersubjetividad fundante de la universalidad, a través de su participación en un diálogo real en condiciones de igualdad.

En consecuencia, la racionalidad no reside ya en la mera capacidad del hombre de darse a sí mismo sus propias leyes, con independencia de la

[4] Op. Cit. p. 57.
[5] Op. Cit. p. 40.

naturaleza y de la religión; depende más bien de que pueda decidirlas y justificarlas mediante el consenso logrado en un diálogo dotado de las características antes descritas. Así, la posible arbitrariedad subjetiva sería reemplazada por una objetividad que sería propia de la ética, aquélla proveniente de la intersubjetividad.

De manera que "lo que legitima una norma no sería la voluntad de los sujetos individuales, sino el reconocimiento intersubjetivo de su validez, obtenido a través del único motivo racional posible: el discurso"[6]. Así, el fundamento último de la universalidad de una norma moral radicaría en el hecho de haber sido legitimada a través del consenso entre los afectados.

Ámbitos de mínimos y máximos morales y condiciones de posibilidad del consenso

En defensa del respeto a las diferencias dice Cortina en el texto mencionado: "Tiene pleno sentido que una sociedad democrática y pluralista no desee inculcar a sus jóvenes una imagen de hombre admitida como ideal sólo por algunos de los grupos que la componen". Sin embargo –añade– esa misma sociedad no puede renunciar a transmitirles ciertos principios, valores, actitudes, y hábitos que configuran mínimos morales que condicionan la convivencia democrática y "a los que no podemos renunciar sin renunciar a la vez a la propia humanidad"[7].

En esta forma, Cortina postula, junto al derecho a la diferencia, "una base moral común a la que nuestro momento histórico no está dispuesto a renunciar en modo alguno y que, a su vez, justifica el deber de respetar las diferencias"[8]. Sustenta, pues, que aún cuando la moral no disponga ya de un fundamento religioso universalmente reconocido, existen algunas conductas y modos de relacionarse los hombres entre sí que son más humanos y, por lo tanto, más morales que otros modos y conductas posibles.

Así, rechaza el relativismo propio del politeísmo axiológico al que antes hiciéramos referencia, pero rechaza igualmente el absolutismo implícito en el intento de imponer a todos los ciudadanos una concepción de la vida buena que en nuestras sociedades pluralistas no resulta ya universalizable. Al relativismo responde con la noción de mínimos morales vinculantes para todos; al absolutismo, "con la convicción razonada de que el bosquejo de la vida feliz no puede ser idéntico para todos los hombres"[9].

[6] Op. Cit. pp. 128-29.
[7] Op. Cit. p. 28.
[8] Op. Cit. p. 35.
[9] Op. Cit. p. 39.

En lo que respecta a la búsqueda de la felicidad, por consiguiente –puesto que todos los hombres aspiran naturalmente a ella, aunque no coinciden en su definición– coexistirían diversas propuestas de máximos, diferentes ideales de perfección y vida buena formulados a partir del arte, de la religión, de las tradiciones compartidas por los miembros de las diversas comunidades constitutivas de una sociedad pluralista.

Los mínimos morales, por lo tanto, no harían referencia directamente a contenidos, no pretenderían definir la vida buena; aportarían, en cambio, procedimientos que permitirían a todos los miembros de la sociedad buscarla desde su particular perspectiva, en consonancia con sus propios aspiraciones, pero dentro del marco del respeto a la igual dignidad de todos resguardado por el carácter universalmente vinculante de esos mínimos.

Podría, entonces, afirmarse que "la convivencia de distintas morales que pretenden universalidad ha sido, y es posible sobre la base de una *ética cívica*, que se compone de unos mínimos compartidos entre las distintas ofertas de 'máximos', entre las distintas propuestas de felicidad"[10]. Vale decir, el pluralismo moral es posible porque existen, de hecho, "unos mínimos de justicia (libertad, igualdad, diálogo, respeto) compartidos por las morales de máximos"[11].

A partir de lo anterior es posible concluir que no sería el consenso el que crea la verdad moral, sino que él mismo sería posibilitado por esa "base moral común a la que nuestro momento histórico no está dispuesto a renunciar en modo alguno", porque –como decíamos antes citando a Cortina– renunciar a ella significaría renunciar a nuestra propia humanidad.

Ahora bien, puesto que los mínimos morales constitutivos de la ética cívica representarían una base común compartida por las ofertas de máximos, y habrían sido alcanzados mediante un diálogo de consenso entre todos los posibles afectados, dichos mínimos resultarían vinculantes para todos; por consiguiente, podrían ser impuestos, incluso coactivamente.

Las ofertas de máximos, en cambio, esto es los diversos ideales de perfección y vida buena que legítimamente coexistirían con los mínimos universalmente vinculantes y que interesarían también a la moral, porque aportarían los valores que harían que la vida valga la pena de ser vivida, podrían y deberían ser aconsejadas y promovidas con el ejemplo, pero no podrían ser impuestas a todos los miembros de la sociedad.

[10] Op. Cit. p. 167.
[11] *Ibíd.*

Karl-Otto Apel: Ética discursiva y responsabilidad

"Pero si, con todo, tengo mis reservas frente a la etiqueta 'deontológico', ello se debe al hecho de que sugiere una ética formal de la buena voluntad en sentido kantiano, ética que prescinde totalmente de la pregunta por los fines o las consecuencias (y subconsecuencias) de la acción. En este punto –a mi juicio– la fundamentación de la ética discursiva se enfrenta a su más difícil tarea: rebasar el punto de vista de una 'ética de la intención', que la ética kantiana no ha superado, en aras de una ética de la responsabilidad (Max Weber). A mi juicio, esto es imposible –como todavía mostraré– sin tener en cuenta de algún modo el pensamiento teleológico ya en el principio formal de la ética"[12].

Para Apel resulta evidente que las condiciones de una comunidad ideal de comunicación, supuestas necesariamente por todo el que argumenta en serio no están dadas en la comunidad real, sujeta siempre a condicionamientos socioculturales e históricos específicos.

Como consecuencia de ello y debido al riesgo implicado, no se podría exigir a los individuos responsables de un sistema de autoconservación –familia, grupo, estado, etc.– el cabal cumplimiento de un principio normativo-ético incondicionalmente válido, según el cual todas las cuestiones discutibles entre interlocutores, las discrepancias, los conflictos, etc., deberían resolverse mediante argumentos consensuables.

Frente a esta situación, Apel sostiene que la ética discursiva debe someter el imperativo categórico kantiano a una transformación "posmetafísica y referida al discurso", consistente en incluir la responsabilidad por las consecuencias de la aplicación de las normas –ausente en dicho imperativo– en el principio de universalización (U).

A ello responde la formulación propuesta por Habermas para (U): "Toda norma válida debe satisfacer la condición de que puedan ser aceptadas, con libertad por parte de todos los afectados, las consecuencias y efectos colaterales que previsiblemente resulten de su cumplimiento generalizado, para la satisfacción de los intereses de *cada* uno"[13]. En esta forma, la ética discursiva –según Apel– sería capaz de responder a la exigencia de una responsabilidad solidaria derivada de las consecuencias globales de las actividades colectivas, gracias a la transformación del principio kantiano de universalización. Éste exigía del individuo una especie de experimento mental en solitario para discernir las máximas universalizables y por consiguiente mo-

[12] "Epílogo" de Karl-Otto Apel. En: Cortina A. *Razón Comunicativa y Responsabilidad Solidaria*. Salamanca: Ediciones Sígueme, 1995: 236-37.
[13] Apel Karl-Otto. Teoría de la Verdad y Ética del Discurso. Barcelona: Ediciones Paidós, 1991: 178.

rales, de las que no lo son. La ética discursiva, en cambio, ordena que el individuo participe en discursos reales para que allí se definan –mediante consenso– las normas que tendrán validez para todos los que hayan participado, en igualdad de condiciones, en su formulación.

Así, el criterio monológico de verificación de la capacidad de universalización de las máximas introducido por Kant, sería reemplazado por un criterio dialógico y la intersubjetividad se constituiría en la objetividad propia de la ética.

Sin embargo, Apel plantea que lo anterior no sería suficiente, por cuanto la consideración de la responsabilidad por las consecuencias así incluida en (U) supone que dicho principio de universalización puede y debe ser aplicado desde ya para la regulación de conflictos; ello, sin embargo, sería imposible o, por lo menos, no sería exigible en el ámbito político, debido a que las condiciones de aplicación de dicho principio no estarían dadas actualmente. Faltaría, pues, abordar la parte más álgida del problema de la responsabilidad por las consecuencias: la de las necesarias excepciones a la aplicación de (U).

Para resolver el problema Apel propone lo que llama un "principio de complementación" (C), que ordena colaborar para la instalación progresiva de las condiciones de posibilidad de la aplicación de (U); se trataría, pues, de un principio formal, que debería actuar como idea regulativa de una acción teleológica, esto es de una acción en procura de un fin y que presenta, por lo tanto, el carácter de una estrategia moral. Dicho carácter, aunque parecería contradecir la racionalidad ético-discursiva de (U), sería necesario desde el punto de vista de la responsabilidad, en cuanto protegería a la comunidad real de comunicación del riesgo implicado por la exigencia de una aplicación irrestricta de (U) en ausencia de las condiciones que la posibilitan.

(C) debería guiar, por ejemplo, las acciones teleológicas de "un político moralmente comprometido –en aquellas situaciones en que no puede (no debe) obedecer al imperativo de la ética discursiva (por ejemplo la regulación puramente discursiva de conflictos)–, porque con ello pondría en peligro –por ejemplo– la seguridad del sistema de autoconservación que le ha sido confiado"[14].

Vale decir, se trataría de un principio teleológico que guiaría la acción tendiente a posibilitar gradualmente la aplicación de (U) en sociedades en las que las condiciones para ello no se encuentran dadas; dicho principio guiaría la acción hasta el momento en que la situación modificada de la sociedad lo hiciera superfluo.

14 "Epílogo" de Karl-Otto Apel. En: Cortina A. *Razón Comunicativa y Responsabilidad Solidaria*. Salamanca: Ediciones Sígueme, 1995: 260.

Plantea Apel que este principio de complementación no implicaría un carácter utópico de la ética discursiva, en la medida en que no se visualiza revolución alguna tendiente a implantar esas condiciones de posibilidad y en la medida en que se supone –con Kant– que ellas jamás se darán en forma completa en algún momento de la historia.

(C), por otra parte, exhibiría la verdadera dimensión de la universalidad a la que aspira la ética discursiva; en ausencia de dicho principio de complementación podría pensarse que doctrinas como la de los derechos humanos, por ejemplo –implicada en el principio de universalización (U)– tendrían que estar limitadas en su aplicación al mundo occidental, donde ya se darían aproximativamente las condiciones de posibilidad de su aplicación. La formulación de (C), en cambio, implica el reconocimiento –por parte de aquellos que hayan logrado comprender la validez del principio ético del discurso– de una responsabilidad referida a la historia, que obliga a colaborar en la superación aproximativa y a largo plazo de la diferencia entre la comunidad ideal y las comunidades reales de habla, diferentemente condicionadas histórica y socioculturalmente.

Cabría preguntarse si serían moralmente aceptables todos los medios para colaborar a la realización progresiva de las condiciones de aplicación de (U). Al respecto, Apel sostiene que debería evitarse cuanto hiciera peligrar las condiciones naturales y culturales ya realizadas de la aplicación de (U)[15]. Se introduce, así, lo que podría considerarse como un principio de conservación que restringiría la emancipación posibilitada por (C) en relación al principio de universalización.

Hace notar Apel –en una explícita referencia a la obra de Jonas que más adelante revisaremos– que esto se lograría sin que la ética de la responsabilidad asuma una posición antiutópica beligerante. El principio de conservación recibiría su sentido y emanaría, simplemente, del hecho de que "la supervivencia de la comunidad real de comunicación –por ejemplo, la de la humanidad ante la crisis ecológica– y la preservación de la 'realidad racional' de nuestra tradición cultural constituyen la condición necesaria de la realización propuesta de la comunidad ideal de comunicación, es decir, de las condiciones de (U)"[16].

15 Op. Cit. p. 262.

16 *Ibíd.*

Hans Jonas: El nuevo imperativo y el cuidado del medio ambiente

La ética de Jonas se centra en la preservación de la vida y del medio ambiente que la sustenta; podría, pues, ser considerada como una ética del cuidado del ser y esto explicaría su carácter antiutópico, en cuanto no pretende imponer sobre el ser un ideal, no propone mejorar el ser, sino simplemente protegerlo y conservarlo.

Resulta interesante constatar –y puede que sea un argumento a favor de lo adecuado de sus respectivas revisiones de los síntomas– la coincidencia que se produce entre los diagnósticos que de la época contemporánea hacen el anti utopista Hans Jonas y Karl-Otto Apel, adalid de la comunidad ideal de comunicación. Para ambos, la sociedad contemporánea adolece de una especie de antinomia trágica. La humanidad, enfrentada al peligro de un posible aniquilamiento, necesita con urgencia regular su poderío técnico; para ello requiere normas de validez universal, puesto que el riesgo que enfrenta es global. Sin embargo, el cientificismo imperante dificulta seriamente la búsqueda de fundamentos suficientes para dicha validez, por cuanto reserva exclusivamente para la ciencia la capacidad de objetividad, reduce la racionalidad a la razón técnica y, en consecuencia, relega las pretensiones de la ética al ámbito de la irracionalidad emotiva. Ambos coinciden también en su apreciación de que –dada esa situación de riesgo– la responsabilidad debe hoy necesariamente constituir parte integrante de la ética aunque ésta –como es el caso en la ética dialógica– sea fundamentalmente deontológica.

Quisiera, pues, iniciar nuestra reflexión sobre la ética de Jonas, revisando –desde su perspectiva– los antecedentes y los actuales componentes de esa antinomia que inquieta por igual a dos pensadores provenientes de campos teóricos tan distantes entre sí; pasaremos, luego, a la consideración de los rasgos de la nueva ética propuesta por Jonas para regular una acción profundamente modificada como consecuencia del inédito poder que la técnica moderna ha puesto en manos del hombre; al analizar esta nueva ética, veremos cómo un imperativo que parece centrarse exclusivamente en el bien de la especie humana, de hecho implica el reconocimiento de la íntima relación entre ese bien y el de todo el resto de los entes; finalmente, revisaremos en forma muy breve el problema del fundamento de una norma que exige el cuidado de seres aún inexistentes –las futuras generaciones– y de todos los entes extrahumanos, tratados hasta ahora como meros medios al servicio de la voluntad del hombre.

Caracterización de la técnica premoderna

Si entendemos por técnica la fabricación y el uso de instrumentos destinados a facilitar la acción del hombre sobre la materia, veremos que aquella lo ha acompañado siempre; el *hommo faber* precede –por lo tanto– al *homo sapiens* y, como veremos, esta precedencia representa una característica de la especie humana que la acompaña hasta hoy.

En relación a esta universal presencia de la técnica, Sófocles, en la Antígona, expresa a través del coro algunas reflexiones que sirven a Jonas de punto de partida para su análisis de la técnica premoderna[17].

El coro canta a la asombrosa condición del hombre que le permite navegar, cultivar la tierra, pescar y cazar, doblegar a los animales para ponerlos a su servicio, protegerse de la furia de los elementos, hablar, pensar y, finalmente, construir ese refugio –la ciudad– en el que se protege de los embates de la naturaleza y de otros hombres que, no viviendo dentro de esos muros, no le parecen plenamente humanos.

Este cántico de alabanza, sin embargo, deja traslucir la percepción de la insignificancia del hombre y es esa insignificancia –precisamente– la fuente del asombro del poeta ante la audacia humana. La descripción que el coro hace de las capacidades del hombre, por otra parte, permiten ver que su insolente intromisión en las aguas, el aire y la tierra, así como la construcción de su pequeño reino, representan intervenciones superficiales, meros rasguños, que están lejos de implicar una amenaza para el equilibrio natural.

En ese cántico, finalmente, no se descubre ningún anuncio de que el poderío humano deba acrecentarse; por el contrario, es tal el asombro ante lo logrado que el hombre no puede menos que angustiarse ante su propia temeridad.

Estas pocas líneas de Sófocles permiten explicitar los rasgos fundamentales de la técnica premoderna. Ésta permite al hombre satisfacer sus necesidades y humanizar su vida, sin afectar mayormente su entorno y sin que sus efectos lleguen mucho más allá de la vecindad inmediata del lugar donde los instrumentos son usados.

En consecuencia, la naturaleza representa para el hombre lo estable, aquello sobre lo que no tiene poder y, por lo tanto, tampoco responsabilidad. Más bien debe protegerse contra ella y de ahí el carácter de refugio que ostenta su ciudad, que no invade la naturaleza, sino que cierra el ámbito de lo humano frente a ella.

[17] Jonas H. El Principio de Responsabilidad. Ensayo de una Ética para la Civilización Tecnológica. Barcelona: Herder, 1995: 25 y ss.

Dentro de esa ciudad, donde transcurre la convivencia, la acción del hombre tiene relevancia y allí él se reconoce responsable de sus actos; ella, como obra suya es –a diferencia de la naturaleza– esencialmente inestable y pasajera; su creador, por consiguiente, debe encargarse de otorgarle una frágil permanencia mediante leyes que él mismo formula y que se compromete a respetar.

Por otra parte, el hombre como creador de esa técnica no parece estar aún imbuido de la idea de progreso; simplemente constata sus logros y se asombra ante ellos, pero no pretende más; carece de toda disciplina que pudiéramos comparar con la ciencia y la investigación modernas, tendiente a buscar la innovación técnica; ésta –cuando se produce– es casi siempre como resultado del azar y es tan excepcional y valiosa en sí misma que la comunidad donde ella surge la conserva en el mayor secreto.

A partir de las anteriores características, Jonas define la técnica premoderna como "posesión y estado"; lo primero, en cuanto es resguardada como patrimonio, lo segundo, por sus rasgos de permanencia, en la medida en que los artefactos en uso se mantienen idénticos por largos períodos, sin que haya interés aparente por introducirles modificaciones o por reemplazarlos por otros que impliquen ventajas para los usuarios en cualquier aspecto[18].

Características de la ética tradicional

Los imperativos de la ética tradicional guardarían una clara coherencia con los alcances de la acción humana correspondientes a la técnica premoderna. Como el hombre carece de poder sobre la naturaleza dicha ética no se preocupa de regular sus relaciones con ella.

Por el contrario, la convivencia humana en la ciudad centra la mirada de la ética; ésta se ocupa fundamentalmente de regular las relaciones de los hombres entre sí; pero como los alcances de la acción humana no llegan más allá de los contemporáneos o de los coterráneos, la ética regula sólo las relaciones entre los próximos en el tiempo y en el espacio, puesto que los efectos de la acción difícilmente trascienden esos límites.

Como consecuencia de lo anterior, la ética tradicional sería, en primer lugar, claramente antropocéntrica. Así, por ejemplo, la ética kantiana –que desde la perspectiva del desarrollo técnico pertenecería todavía al período premoderno, aún cuando en ese momento la ciencia ya ha iniciado el proceso

[18] Para la caracterización de la técnica premoderna ver Jonas H. Técnica, Medicina y Ética. La Práctica del Principio de Responsabilidad. Barcelona: Paidós, 1997: 16 y ss.

que desembocará en la actual tecnología– presenta al hombre como el único ente intramundano que representa un fin en sí; todo el resto, en cambio, si bien el mismo Kant recomienda que se le dispense un trato cuidadoso, queda reducido a la condición de medio al servicio de la voluntad humana. Vale decir, la ética kantiana ve en el hombre al único sujeto de derechos.

En segundo lugar, sería inmediatista, rasgo que estaría presente, incluso, en las éticas de base religiosa; éstas, aunque conciben la vida buena en función de una bienaventuranza transmundana, definen lo bueno y lo justo en referencia a la vida en el aquí y en el ahora, único ámbito del que el hombre puede reconocerse responsable[19].

Caracterización de la técnica moderna y de sus efectos sobre los alcances de la acción

Jonas caracteriza la técnica moderna en los siguientes términos: "la moderna tecnología, a diferencia de la tradicional, es una empresa y no una posesión, un proceso y no un estado, un impulso dinámico y no un arsenal de herramientas y habilidades"[20]. Intentaremos explicitar las novedades implicadas en esta definición y las consecuencias que ellas traen consigo en lo que respecta a los alcances de la acción humana.

Podríamos sintetizar el cambio radical que supone la moderna tecnología diciendo que a ésta la idea de progreso le es inherente; pareciera que con su advenimiento cambia profundamente la relación entre medios y fines que ahora se hace circular; así, objetivos siempre buscados encuentran satisfacción más adecuada gracias a las nuevas técnicas, pero éstas –a su vez– suscitan nuevos objetivos, antes impensados.

Como consecuencia de esta permanente dinámica que rompe el equilibrio premoderno entre necesidades e instrumentos destinados a su satisfacción, la innovación es buscada en forma deliberada y –cuando se logra– ella se difunde rápidamente. Todo sucede como si la técnica moderna estuviese habitada por un impulso poderoso que la empuja siempre más allá, en ocasiones –incluso– en contra de la voluntad humana.

Dicho impulso surge de una interrelación entre el proceso científico y el tecnológico consistente en que la ciencia –para alcanzar sus propios objetivos– necesita de una tecnología cada vez más sofisticada, lo que representa un incentivo para el desarrollo de esta última; por su parte, la creación de las aplicaciones técnicas que vienen a satisfacer esas demandas se constituye en

[19] Jonas H. Op. Cit. 1995. pp. 29-31.
[20] Jonas H. Op. Cit. 1997. p. 19.

una especie de laboratorio gigantesco donde se generan nuevas interrogantes para la ciencia. Así, cada una de ellas impulsa a la otra y se produce entre ambas una especie de retroalimentación permanente.

Este progreso conjunto de la ciencia y de la técnica se apoya en una premisa ontológico-gnoseológica que caracteriza al pensamiento moderno; ella se expresa en la convicción de que nuestro conocimiento no llega jamás al fondo de las cosas, no las agota en ningún momento, porque éstas poseen por naturaleza una especie de infinitud que se despliega en todo momento ante la mirada del investigador para mostrar nuevos aspectos de sí misma.

La consecuencia de la interacción entre ciencia y técnica es que tienden a desaparecer los límites entre teoría y práctica, hasta el extremo de que hoy parece ya imposible hablar de una "ciencia pura", preocupada exclusivamente de la búsqueda de la verdad y, en esa medida, valóricamente neutra. El científico –si es que no trabaja directamente en función de solicitudes provenientes del mundo práctico– sabe que todo avance del conocimiento dará lugar más temprano que tarde a una aplicación tecnológica; está consciente, además, de que no puede evitarlo, en cuanto reconoce la existencia de una especie de imperativo técnico que exige llevar a la práctica, a la brevedad, todo aquello que en la teoría se ha mostrado como posible.

La tecnología como factor de progreso, por otra parte, adquiere tal prestigio que de medio se convierte en fin y llega a percibirse a menudo como el auténtico destino de la humanidad.

Ahora bien, el desarrollo de la técnica se produce en una sucesión de fases que refleja el avance de la ciencia; va de la mecánica a la química, de ésta a la electrodinámica, luego a la física nuclear y, finalmente, a la biotecnología. La aparición de ésta última aporta una novedad hasta entonces insospechada; las formas tecnológicas anteriores ponían la naturaleza inanimada al servicio del hombre; la biotecnología, en cambio, puesto que se basa en avanzados conocimientos biológicos, permite al hombre manipular la vida y convertirse él mismo en nuevo objeto de la técnica. Al respecto dice Jonas: "el *homo faber* vuelve su arte sobre sí mismo y se dispone a rehacer innovadoramente al inventor y fabricante de todo lo demás"[21].

La consecuencia última de todo este desarrollo es que la naturaleza deja de representar lo estable para el hombre y se hace vulnerable frente a su poderío técnico. Los efectos de la acción humana, limitados antes a lo inmediatamente próximo en el espacio y en el tiempo, se hacen sentir ahora no sólo en toda la tierra, sino en la biósfera completa, no actúan sólo sobre los

[21] Jonas H. Op. Cit. 1995. p. 49.

contemporáneos, sino que prometen afectar a las futuras generaciones[22]. En definitiva, el hombre es hoy capaz de modificar su propia especie, de manipular la vida y de alterar profundamente el medio ambiente que la sustenta.

Así, como resultado del explosivo desarrollo de la técnica moderna, llega a configurarse la antinomia a la que hacíamos referencia: el trágico desfase entre los actuales alcances de la acción y la reflexión ética tradicional que –adecuada a las demandas de la técnica premoderna– ignora la responsabilidad humana frente a la naturaleza y se centra en las relaciones entre los próximos. A ello vendría a sumarse la dificultad para encontrar fundamentos para una nueva ética, derivada del abismo abierto por la filosofía moderna entre el ser, supuestamente neutral desde el punto de vista valórico y la conciencia, percibida como única sede del valor.

La nueva ética exigida por los nuevos alcances de la acción

Esta nueva vulnerabilidad de la naturaleza, de la vida y de la especie misma frente a una intervención de alcances antes insospechados, exige que el hombre extienda su responsabilidad hasta donde alcanzan los efectos de su acción.

Surge, por consiguiente, la necesidad de una nueva ética que no viene a reemplazar a la ética tradicional, sino a complementarla. "Ciertamente, los viejos preceptos de esa ética 'próxima' –los preceptos de justicia, caridad, honradez, etc.– siguen vigentes en su inmediatez íntima para la esfera diaria, próxima de los efectos recíprocos". Lo que sucede, sin embargo, es que "esta esfera queda eclipsada por un creciente alcance del obrar colectivo, en el cual el agente, la acción y el efecto no son ya los mismos que en la esfera cercana y que, por la enormidad de sus fuerzas, impone a la ética una dimensión nueva, nunca antes soñada, de responsabilidad"[23].

Esta nueva responsabilidad la formula Jonas en un nuevo imperativo que, en su versión positiva, ordena lo siguiente: "obra de tal modo que los efectos de tu acción sean compatibles con la permanencia de una vida humana auténtica en la tierra"; en su versión negativa, en cambio, dice, "obra de tal modo que los efectos de tu acción no sean destructivos para la futura posibilidad de esa vida"[24].

Resulta interesante detenerse un momento para considerar, en primer lugar, lo que diferencia a este nuevo imperativo del kantiano, lo que al mismo

[22] Para revisar la caracterización de la técnica moderna, Jonas H, Op. Cit. 1997. pp. 18-31.

[23] Jonas H. Op. Cit. 1995. p. 32.

[24] Para las diversas formulaciones del Nuevo imperativo, ver Jonas H. Op. Cit. 1995. p. 40.

tiempo nos permitirá ver porqué aquél ha llegado a ser necesario; para revisar, en segundo lugar, lo que implica esa "vida humana auténtica" mencionada por Jonas en su enunciado positivo.

La primera formulación que hace Kant del imperativo categórico es la siguiente: "actúa siempre de tal manera que puedas querer que la máxima de tu acción se convierta en ley universal". Este imperativo representa –a la vez– un criterio que permite discernir cuáles de nuestras máximas son universalizables y, en consecuencia, morales; dicho criterio es –en último término– de naturaleza lógica, por cuanto exige que la máxima pueda ser hipotéticamente universalizada sin autocontradicción.

En esta forma, como dice Jonas, en el caso de Kant, "la reflexión fundamental de la moral no es ella misma moral, sino lógica"[25]; en ello reside una de sus diferencias con el imperativo jonasiano, en la medida en que no parece ser autocontradictoria la idea de que la humanidad deje de existir en un momento determinado, ni la noción de que la felicidad y el bienestar de la presente generación se obtenga a costa de la desgracia o –quizá– de la inexistencia de generaciones futuras. Tampoco resulta contradictorio que la felicidad y el bienestar de éstas últimas se logren gracias al sacrificio de la generación actual. Por consiguiente, la violación del nuevo imperativo no implica una contradicción racional; lo que él exige no es la concordancia de la norma consigo misma, sino la coherencia de los efectos de la aplicación del imperativo con la continuidad de la vida humana sobre la tierra.

Por otra parte, el imperativo categórico kantiano se dirige a cada individuo y lo invita a hacer una especie de experimento imaginario para ver si su máxima es o no universalizable, pero las consecuencias reales de su aplicación no llegan a ser consideradas; por lo tanto, no se trata de un principio de responsabilidad objetiva. El nuevo imperativo, por el contrario, va dirigido a la política pública –mientras las acciones individuales siguen rigiéndose fundamentalmente por las normas de la ética tradicional– y no remite a una universalización hipotética, sino "a un futuro real previsible como dimensión abierta a nuestra responsabilidad"[26]. Pretende, en consecuencia, adecuarse a las condiciones modificadas de la acción humana que exigen una regulación que no puede provenir de la ética próxima, donde la responsabilidad no juega un rol determinante.

Esta nueva forma de coherencia –no ya lógica sino propiamente moral, no ya meramente individual, sino social– exigida por los actuales alcances de la acción humana es la que, según Jonas, define la necesidad del nuevo

[25] Op. Cit. p. 39.
[26] Op. Cit. p. 41.

imperativo. Éste último, por otra parte, al extender la obligación de respeto que nos relacionaba con los próximos a las futuras generaciones y a los seres extrahumanos, estaría cumpliendo efectivamente el mandato de universalidad constitutivo de la ley kantiana y del principio de universalización (U) de la ética discursiva.

En lo que respecta al concepto de vida humana auténtica, por otra parte, la ética de la responsabilidad jonasiana supone, centralmente, dos exigencias: que las futuras generaciones cuenten con un medio ambiente y una biodiversidad por lo menos comparables a las actuales y que la identidad genética de la especie humana no sea alterada.

En función de la primera de estas exigencias, la nueva ética considera que la conservación de la naturaleza y de la vida extrahumana representan un interés moral; ella pretende, pues, trascender los límites estrictamente antropocéntricos de la ética tradicional. Sin embargo, ese interés aparece como tributario de una preocupación por el destino del hombre, ahora íntimamente entrelazado con la preservación de un medio ambiente amenazado por las consecuencias de los nuevos alcances de la acción; por lo tanto, desde este ángulo, podría pensarse que la inspiración de la ética propuesta sigue siendo antropocéntrica.

A pesar de ello, el cambio de orientación es bastante más profundo de lo que a primera vista pudiera parecer. Por un lado, la estrecha relación establecida entre el destino humano y el estado de la naturaleza tiende a echar por tierra la tajante contraposición entre sujeto y objeto, propia de la modernidad, para poner en evidencia que el hombre es un ser-en-el-mundo, cuyo bien no puede separarse del de éste último. Por otro, Jonas plantea explícitamente la necesidad de considerar la extensión de la calidad de fin en sí más allá del hombre a todos los seres vivos e –incluso– a la naturaleza misma en su conjunto, lo cual implicaría buscar no sólo el bien humano, sino también el de los entes extrahumanos.

A este respecto es interesante mencionar un importante aporte del médico y bioeticista español, Diego Gracia. Éste plantea que el concepto de fin, cuando es aplicado a la naturaleza y a la vida no humana, tiene un significado diferente al que le es propio en relación al hombre. Así, cuando se lo utiliza en referencia a la especie humana, lo que se afirma es que cada individuo, así como la humanidad en su conjunto, representa un fin en sí que jamás puede ser tratado solamente como medio; en cambio, cuando se lo aplica a los animales o a los seres no vivos, debe entenderse que cada una de las especies y la naturaleza misma constituyen fines en sí, pero no cada uno de los individuos que las componen. En palabras de Gracia: "la vida es un fin,

y la naturaleza es un fin, pero no cada espécimen de la vida o cada elemento de la naturaleza"[27].

La segunda condición exigida para la autenticidad de la vida humana es, decíamos, la preservación de la identidad genética de la especie. En referencia a este punto, habría que recordar lo que planteábamos al iniciar esta parte de la exposición: que el *homo faber* precede al *homo sapiens* y que esta precedencia se mantiene hasta hoy.

Efectivamente, en la actualidad, el saber predictivo de la humanidad está muy atrasado en comparación con su saber técnico, esto es, con su capacidad de hacer. En consecuencia, ignora absolutamente cuáles puedan ser los efectos a largo plazo, para futuras generaciones, de la nueva situación del hombre como objeto de su propio arte; esta ignorancia adquiere una dimensión moral negativa para una ética de la responsabilidad; en especial en lo que respecta a la manipulación de sus propios genes supuestamente iniciada por el hombre con fines terapéuticos, pero que a poco andar podría permitir –si es que ya no lo ha hecho– las intervenciones tendientes a "perfeccionar" al creador mismo de la técnica.

En esta forma, las dimensiones del poder detentado por el hombre exigen de parte de éste una nueva humildad, no derivada ahora de su insignificancia frente a la naturaleza, como la que se adivina en la angustia presente en el coro de Antígona, sino proveniente de la constatación de la ignorancia que acompaña hoy a los acrecentados alcances de su acción.

Es aquí donde se hace presente ya con meridiana claridad el carácter no utópico de la ética jonasiana; no anuncia ni busca el advenimiento de un hombre "nuevo"; le preocupa simplemente la preservación de aquél que emergió de manos de la naturaleza, tras millones de años de gestación evolutiva, con toda la ambigüedad que se expresa en su capacidad para la verdad y el error, para el amor y el odio, para la creación y la destrucción y para todas las polaridades que configuran su relativa libertad.

La ética de la responsabilidad de Jonas –en este sentido cercana a la aristotélica– busca sobre todo el buen deliberar y la prudencia tendientes a permitir la preservación de un mundo apto para la presencia de una existencia humana auténtica, en los dos sentidos antes descritos.

Ahora bien ¿qué podría ayudarnos a esbozar con mayor precisión la imagen del hombre que queremos preservar? Al respecto nos dice Jonas: "Así como no tendríamos saber de la santidad de la vida si no existiese el matar y

[27] Gracia D. Ética de los confines de la vida. Tomo III de Ética y Vida: Estudios de Bioética. Santa Fe, Bogotá: Ed. El Búho, 1998: 174.

si el mandamiento 'no matarás' no hubiese sacado a luz esa santidad, y así como no conoceríamos el valor de la veracidad si no existiera la mentira, ni el de la libertad sin la esclavitud..." "...solamente la prevista desfiguración del hombre nos ayuda a forjarnos la idea de hombre que ha de ser preservada de tal desfiguración; y necesitamos que ese concepto sea amenazado..." "...para, ante el espanto que tal cosa nos produce, afianzar una imagen verdadera del hombre"[28].

De manera que si se trata de descubrir lo que realmente apreciamos, la ética debería centrar su atención en nuestros temores más que en nuestros deseos. Esto es lo que Jonas llama la "heurística del temor" y considera que es un instrumento valioso al servicio de esa necesaria indagación en relación a nosotros mismos. Dicha heurística no hace de la ética de la responsabilidad una ética del temor, sino que representa un método tendiente a sacar a luz aquellos elementos constitutivos de la común humanidad que el hombre no puede dejar de lado sin renunciar –como dijera Adela Cortina– a la condición humana misma.

Por otra parte, frente a la inseguridad propia de las proyecciones referentes al futuro, imprescindibles para una ética de la responsabilidad que pretende cautelar la presencia de una vida humana auténtica en un mundo apto para ella, Jonas propone un principio práctico: "dar mayor crédito a las profecías catastrofistas que a las optimistas"[29].

Para justificar este principio, que en alguna medida podríamos considerar como una derivación de la heurística del temor, nos ofrece varios argumentos; en primer lugar, y a diferencia de lo que sucede con la evolución natural que avanza siempre a través de pasos sucesivos lentos y cuidadosos, Jonas argumenta que los procesos desatados por la técnica moderna implican unas pocas zancadas gigantescas, con el consiguiente riesgo de desastres y la consecuente exigencia de prudencia. En segundo lugar, menciona el dinamismo propio de la técnica al que antes hacíamos referencia, que se traduce en el imperativo de llevar a la práctica todo lo que en teoría se ha mostrado como posible; ello determina que en el ámbito de la técnica "mientras somos libres de dar el primer paso, en el segundo y los sucesivos nos convertimos en esclavos"[30]; vale decir, a poco andar el dinamismo de la técnica se nos escapa de las manos. Finalmente, aduce lo que llama "el carácter sacrosanto del sujeto de la evolución", esto es, del hombre, proveniente del hecho de que en éste –en su capacidad de creación y de libertad– se concentra la herencia de

[28] Jonas H. Op. Cit. 1995. p. 65.
[29] Op. Cit. p. 71.
[30] Op. Cit. p. 73.

un gigantesco proceso evolutivo precedente, que corre el riesgo de perderse si la humanidad desaparece y cuya preservación incumbe a la responsabilidad humana.

El problema del fundamento

Como el mismo autor lo reconoce, el gran problema del fundamento de una ética de la responsabilidad así entendida, se centra en la siguiente pregunta: ¿por qué debe sobrevivir el hombre?

En un mundo como el nuestro, del que prácticamente ha quedado excluida toda noción de lo sagrado, la respuesta no es fácil; ella es, sin embargo urgente, porque los hombres pueden o no disponer de una religión que otorgue sentido a sus vidas, pero no pueden prescindir de la ética puesto que no pueden renunciar a la acción y, por consiguiente, a la responsabilidad que aquélla supone.

Por eso, para fundamentar deberes, las éticas modernas recurren a la noción de derechos; sin embargo, en la ética jonasiana de la responsabilidad se trata de exigir sacrificios a las generaciones presentes en función del bien de generaciones venideras, vale decir, en pro de seres humanos aún inexistentes que, como tales, carecen de derechos.

Ante esta situación, Jonas propone una revisión de la idea de naturaleza tendiente a superar el abismo introducido por la modernidad entre los reinos de lo objetivo y lo subjetivo, abismo que se expresa fundamentalmente en la consideración de los valores como patrimonio exclusivo de la subjetividad, mientras los "hechos" aparecen como valóricamente neutros.

La revisión propuesta se centra en la idea de que lo que surge con la especie humana en un determinado momento de la evolución, debe tener necesariamente antecedentes a lo largo de todo el proceso que precede a dicho surgimiento. Así, la racionalidad que permite al hombre actuar de acuerdo a fines, la capacidad de crear y valorar, la libertad, estarían en alguna medida latentes en la naturaleza antes de la aparición del hombre, aunque a nivel aún inconsciente.

El compromiso de la humanidad con su autopreservación respondería, pues, al respeto por un grandioso proceso evolutivo del que ella emerge y en el que descubre su propia gestación. Respondiendo a la pregunta planteada habría que decir: el hombre debe mantenerse en la vida porque es el depositario de una herencia cuyo valor lo compromete con la existencia.

En esta forma, la ética de la responsabilidad obliga al hombre a responder por el futuro de su especie y por el del mundo en función de un compromiso con el pasado que los crea a ambos.

Dicho compromiso es la base para un axioma ético que Jonas formula en los siguientes términos: "nunca es lícito apostar, en las apuestas de la acción, la existencia o la esencia del hombre en su totalidad"[31]. Es también el punto de referencia para el nuevo imperativo categórico que –puesto que mantener a la humanidad en la existencia exige la preservación del mundo– puede expresarse en tres palabras que se han liberado de su anterior sentido meramente antropocéntrico, para sintetizar todos los deberes: "que haya hombres".

Observación final

Hemos expuesto dos líneas de la ética contemporánea procedentes de ámbitos teóricos tradicionalmente contrapuestos. Primero, la "ética mínima", presentada por Adela Cortina, que recoge fundamentalmente la herencia kantiana y la ética de la responsabilidad que –según Apel– debe hoy quedar necesariamente incluida en la ética discursiva; luego, la ética de la responsabilidad, de Hans Jonas, que responde a la herencia aristotélica.

Al adscribirles diversos ámbitos de aplicación, las dos primeras al de las relaciones entre los "extraños morales" que conviven en las sociedades pluralistas y la segunda, al de las relaciones del hombre con la naturaleza y con las futuras generaciones, las hemos postulado –en alguna medida– como complementarias.

Con ello hemos intentado dar expresión a lo que nos parece ser un notable rasgo de la ética contemporánea, y específicamente de la bioética, en cuanto encarna su intención dialógica: la tendencia a integrar como dos momentos sucesivos, igualmente necesarios de la deliberación, lo que antes representó dos maneras contrapuestas de entender los fundamentos de la moral; por un lado, el deber que responde a principios, por otro, la responsabilidad que reconoce validez moral a la consideración de las consecuencias.

Bibliografía

Apel KO. Teoría de la Verdad y Ética del Discurso. Barcelona: Ediciones Paidós, 1991.

Cortina A. Ética Mínima. Introducción a la Filosofía Práctica. Madrid: Tecnos, 2000.

Cortina A. Razón Comunicativa y Responsabilidad Solidaria. Salamanca: Ed. Sígueme, 1995.

Gracia D. Ética de los confines de la vida. Tomo III de Ética y Vida: Estudios de Bioética. Bogotá: Ed. El Búho, 1998.

[31] Op. Cit. p. 80.

Jonas H. El Principio de Responsabilidad. Ensayo de una Ética para la Civilización Tecnológica. Barcelona: Herder, 1995.

Jonas H. Técnica, Medicina y Ética. La Práctica del Principio de Responsabilidad. Barcelona: Paidós, 1997.

MacIntyre A. Tras la Virtud. Barcelona: Editorial Crítica, 1987.

2

Surgimiento y desarrollo de la bioética

Primeros hitos en el desarrollo de la bioética

Ana Escríbar

Surgimiento y evolución del término "bioética"[1]

El término fue creado en 1970 y podría decirse que tiene un doble nacimiento casi simultáneo; por un lado con el oncólogo americano, Rensselaer Potter que es quien lo acuña; por otro, con André Helleggers en la Universidad de Georgetown, quien en 1971 crea el *Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*, dando origen a la institucionalización de los estudios de bioética.

Desde el momento de su creación, el término goza de una aceptación generalizada que obedece, probablemente, a dos órdenes de motivos.

En primer lugar la palabra misma, mediante la combinación de los dos componentes que la integran –*bios* y *éthos*– parece hacer referencia a las exigencias planteadas a la ética por la nueva situación del hombre, por los nuevos alcances de su acción derivados de su poderío técnico, situación que nosotros analizáramos en la Introducción y, luego, en "Antecedentes filosóficos de la bioética", al exponer los planteamientos de Hans Jonas sobre la ética de la responsabilidad.

Por otra parte, podría decirse que esa misma combinación le otorga al término una riqueza semántica que se traduce en una especial ambigüedad, que permite visualizar a partir de él la posibilidad de desarrollar respuestas satisfactorias para las inquietudes y problemas de los grupos más diversos. Así, por ejemplo, desde el ámbito de las ciencias de la salud se lo ve como medio para renovar la ética médica y para buscar solución a las interrogantes morales derivadas de la moderna capacidad de manipulación técnica de la vida humana; desde los movimientos ecologistas se lo aprecia como oportu-

[1] Al respecto ver Estévez A. "Bioética: de la cuestión nominal a la caracterización de su concepto". Tesis para optar al Grado de Magíster en Bioética. Universidad de Chile. 2000: 1-42.

nidad para fundamentar la defensa del medio ambiente y la biodiversidad; desde una perspectiva política se lo interpreta como un aporte para la defensa de los derechos de ciertas minorías postergadas; para la filosofía, ofrece el punto de partida para un renacimiento de la reflexión ética y para la teología representa un valioso instrumento para reformular el concepto de sacralidad de la vida.

En todo caso, hay que reconocer que el surgimiento del término vino a cubrir una necesidad, ya que desde los años 60 empezó a hacerse presente la creciente urgencia de un debate público sobre temas tales como la muerte cerebral, la eutanasia, los transplantes de órganos, la eugenesia, etcétera.

Hasta ese momento, los científicos y los médicos en su mayoría no parecían creer que las cuestiones morales derivadas de esos temas pudiesen ser objeto de especialidades ajenas a la suya. En consecuencia, este debate se daba casi exclusivamente al interior de las profesiones de la salud, pareciendo que al respecto lo único que el público podía esperar era una información veraz.

Algunos de los sucesos que más colaboraron al cambio de esta manera de ver las cosas fueron experimentos –objetables desde el punto de vista ético– que conmovieron profundamente a la opinión pública en los Estados Unidos de Norteamérica; entre ellos cabe citar la inoculación del virus de la hepatitis a niños deficientes mentales internados en una Institución de Willowbrook y el experimento de Tuskegee, en Alabama, donde se negó el tratamiento con antibióticos a pacientes de raza negra enfermos de sífilis, para estudiar la evolución de la enfermedad en ausencia de tratamiento.

Empezó, así, a hacerse evidente la necesidad de una colaboración entre médicos y humanistas y se inició la toma de conciencia del hecho de que con ello se preparaba el nacimiento de una nueva disciplina, aún innominada, de carácter necesariamente interdisciplinario.

Podría decirse que el doble lugar de nacimiento del término al que antes hiciéramos referencia dio lugar ulteriormente a una también doble comprensión de su contenido.

Potter, por un lado, entiende la bioética como una disciplina que combina el conocimiento biológico de las ciencias de la vida con el conocimiento de los sistemas de valores humanos manejados por las humanidades; la percibe como un puente tendido entre ambos ámbitos y la visualiza como un instrumento indispensable al servicio de la supervivencia de la humanidad.

André Hellegers, por su parte, entiende la bioética desde la perspectiva de una ética médica renovada.

Se genera, así, un doble sentido del término. Por un lado, el que le dio Potter, global, evolucionista y ecológico, centrado en una preocupación por la preservación del medio ambiente y la supervivencia de la especie humana, para el que el concepto de responsabilidad juega un rol fundamental; Potter llama "global" a esta bioética y la define como un "programa secular para desarrollar una moralidad que exija decisiones en el cuidado de la salud y en la preservación del medio ambiente natural"[2]. Así entendida, la disciplina incluiría dos orientaciones: la de una bioética médica, centrada en las capacidades y fragilidades humanas y la de una bioética ecológica, centrada en el cuidado del medio ambiente, como una condición esencial para la supervivencia digna de la especie. Por otro, un sentido más restringido, proveniente de Hellegers y del Instituto fundado por él, que aplica las tradiciones éticas y religiosas a la biomedicina, se centra fundamentalmente en el concepto de sacralidad de la vida y, en consecuencia, en el cuidado y preservación de la vida del individuo.

Desde la concepción de Potter, como lo prueban las dos orientaciones que distingue en su bioética global, ambas perspectivas –lejos de ser excluyentes entre sí– podrían llegar a ser complementarias.

El ulterior desarrollo de la bioética, sin embargo, dejó prácticamente de lado la propuesta de Potter de una bioética global para desarrollar el modelo biomédico de Hellegers, más restringido, pero también más concreto y abordable, sin necesidad de inmiscuirse directamente en problemas de alta política y de macroeconomía.

La *National Comission* y el Informe Belmont

En gran medida como respuesta a la conmoción pública derivada de los experimentos antes mencionados, el año 1974 el Congreso Norteamericano creó la *National Comission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behaviorial Research* y le encargó iniciar un trabajo tendiente a definir los principios éticos básicos que deberían regir toda investigación con seres humanos.

Cuatro años más tarde, en 1978, el trabajo de la Comisión culmina con la aparición del Informe Belmont; en él se presentan tres principios éticos que los miembros de la Comisión consideran como fundamentales y que –afirman– deberían complementar códigos ya existentes, como el de Nüremberg, por ejemplo, dadas las dificultades que éste presentaba llegado el momento de su aplicación.

[2] Potter van R. *Global Bioethics*. Michigan State University Press, 1988: 152-53.

Los principios definidos, cuyo objetivo estaba circunscrito a regular las condiciones que enfrentarían los sujetos humanos de experimentación, fueron los de autonomía, beneficencia y justicia, a partir de los cuales se formularían otros tantos procedimientos tendientes a asegurar su adecuada aplicación.

Los principios enunciados por el Informe Belmont

Principio de autonomía

Establece que el respeto por las personas exige que cada una de ellas sea tratada como un ente autónomo y que las personas en las que esa autonomía se encuentra disminuida son acreedoras de una especial protección.

En el contexto de la bioética la autonomía es entendida como la capacidad de actuar con conocimiento de causa y sin coacción externa; se trata, pues, de un concepto cuyo sentido es mucho más restringido que el correspondiente concepto filosófico, con el que Kant hace referencia al carácter autolegislador de la voluntad humana; dicho carácter se expresa en la capacidad de esa voluntad para dictar la ley a la que ella misma se somete y es lo que permite que todo hombre sea –a la vez– legislador y súbdito; esto es, represente un fin en sí, tenga la dignidad de persona y esté, por lo menos en principio, capacitado para vivir en democracia.

Como derivaciones de este principio surgen dos procedimientos prácticos que –a poco andar– adquieren gran notoriedad; el del consentimiento informado, por una parte, tendiente a que las personas puedan efectivamente decidir "con conocimiento de causa y sin coacción externa"; el segundo, complemento del anterior, que indica cómo tomar resoluciones de sustitución en el caso de quienes carecen de autonomía o que –por una u otra causa– la presentan temporal o definitivamente disminuida.

Principio de beneficencia

La beneficencia, que en este contexto no es entendida en el sentido de una acción caritativa cuyo cumplimiento es resorte de la voluntad de cada cual, sino que representa una obligación, incluye dos aspectos: maximizar los beneficios y minimizar los riesgos. A partir de este principio se generan procedimientos tendientes a la evaluación de esos riesgos y beneficios.

Principio de justicia

Establece la obligación de que haya una distribución igualitaria de los riesgos y de los beneficios; a partir de él se define un procedimiento tendiente a una selección equitativa de los sujetos de experimentación.

Beauchamp y Childress y el "Principialismo"

En el año 1979 se publica *Principles of Biomedical Ethics*, de Tom L. Beauchamp y James F. Childress[3] que pretende extender la reflexión ética, que la *National Comission* centrara en los problemas derivados de la investigación con sujetos humanos, al ámbito completo de la práctica clínica y asistencial. Esta obra se constituye en el punto de partida de una ética biomédica, cuyo procedimiento –consistente en la aplicación de principios generales para resolver los problemas que se suscitan en la práctica médica– se conocerá de ahí en adelante como "principialismo".

Dicho procedimiento, de gran presencia en la bioética hasta nuestros días, pretende sintetizar en los cuatro principios que formula un conjunto de valores irrenunciables e indiscutibles que –en su calidad de tales– aparecen como evidentes para el sentido común y no requieren, por lo tanto, de una fundamentación teórica.

Es así como Beauchamp y Childress sostienen que ambos –a pesar de provenir de tradiciones teóricas contrapuestas, pues el primero pertenecía al ámbito del utilitarismo, mientras que el segundo al de la deontología– podían aceptar sin problemas la validez de unos mismos principios y la posibilidad de aplicarlos para lograr soluciones coincidentes frente a problemas concretos. Así, el principialismo implicaría la superación práctica del enfrentamiento teórico, propio de la tradición ético filosófica occidental, entre deontología y teleología.

La principal novedad aportada por estos autores en relación al Informe Belmont, es la ampliación del número de principios, que pasan de tres a cuatro, mediante el desglose del principio de "no-maleficencia" antes implicado en el de "beneficencia". La justificación para dicha distinción radicaría en el hecho de que la obligación de no hacer el mal a otros sería más exigente que la de hacerles el bien; esto es, existiría una diferencia moral entre actos puramente negativos, como podría ser en la práctica asistencial el dejar morir cuando en determinadas circunstancias, por ejemplo, se suspende el apoyo mecánico a una vida que termina, lo que sería legítimo, y actos positivos, como el matar directamente –que iría contra el principio de no maleficencia– y que, en consecuencia, tendría que ser prohibido.

[3] Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. New York. Oxford University Press, 1979.

Carácter trágico de la vida moral y el problema del principialismo

Podría decirse que la vida moral de la humanidad está marcada por el rasgo de lo trágico en la medida en que el hombre es solicitado por valores, a menudo contrapuestos entre sí, que parecen plantear una misma exigencia de realización; se ve, pues, obligado a elegir entre ellos, a preferir unos y postergar otros y, en consecuencia –en alguna medida– se percibe siempre a sí mismo en una condición de culpabilidad.

Así, por ejemplo, Antígona, en la obra de Sófocles, enfrenta los mandatos contradictorios provenientes de las leyes no escritas de los dioses, que la obligan a la piedad filial frente al hermano, aún cuando éste haya muerto luchando contra Tebas, y de las leyes escritas de la ciudad, que ordenan el castigo inmisericorde de los traidores; ella acoge la exigencia de los dioses y paga con su vida esa elección.

En forma similar, los cuatro principios bioéticos nos enfrentan a obligaciones a menudo contradictorias; eso sucede, por ejemplo, en el caso de un enfermo cuyos sufrimientos y pronóstico pudieran inclinar al médico a escuchar su petición –hecha en función del principio de autonomía– de poner fin a su vida, mientras que el de no-maleficencia le exigiría respetarla.

Así, el inevitable preferir y postergar unos principios en relación a otros implica hacer una excepción en la aplicación de aquél que se posterga; ahora bien, Beauchamp y Childress, recurriendo a la distinción establecida por David Ross entre "deberes *prima facie*" y "deberes actuales o reales", plantean que los cuatro principios tienen un mismo rango y, por lo tanto, obligan por igual mientras no entren en contradicción entre sí; sin embargo, cuando esa contradicción se produce, se debe priorizar uno de ellos, postergando el resto. En esta forma, los principios representarían deberes *prima facie* y sólo aquél que es priorizado llegaría a tener el carácter de un deber real.

Nos encontramos, así, ante el problema de cuál podría ser el criterio que guíe las necesarias excepciones. Si la pregunta se la planteamos a la deontología, ámbito en el que Childress reconoce su lugar de procedencia teórica, la respuesta es que la aplicación de los principios no admite excepciones; por lo tanto, el criterio solo puede provenir del utilitarismo en el que milita Beauchamp y es, entonces, un criterio fundamentalmente consecuencialista: la regla obliga cuando su aplicación desemboca en la mayor felicidad para el mayor número. Comprobamos, pues, que la propuesta de estos autores no implica una superación de la contraposición entre deontología y utilitarismo, sino más bien la imposición subrepticia de éste sobre la primera.

Una propuesta para solucionar dicho problema

Niveles de mínimos y máximos morales y jerarquización de los principios bioéticos[4]

Apoyándose en la distinción introducida por Habermas y Apel entre dos niveles, que el primero llama de "autonomía" y de "autorrealización" y el segundo partes A y B de la ética, y que en el primer capítulo de este libro analizáramos en la exposición que de ello hace Adela Cortina, Diego Gracia introduce en bioética esta distinción entre mínimos y máximos morales, relacionándola con una jerarquización de los principios.

El nivel de mínimos se expresaría en los principios bioéticos de no-maleficencia y de justicia, que prohibirían la discriminación en los ámbitos biológico y social. "El primero es la aplicación de la ley de que todos los hombres somos iguales y merecemos igual consideración y respeto al orden de la vida biológica, y el segundo, el de justicia, al de la vida social"[5].

Los deberes de este nivel, definidos por los principios antes mencionados, coincidirían con lo que la ética tradicional ha considerado como "deberes perfectos" o "deberes de bien común"; constituirían el momento kantiano, formal, deontológico y, en consecuencia, universal de la moral; dichos deberes nos obligarían a todos por igual, incluso a los "extraños morales" que conviven en las sociedades pluralistas, esto es, a quienes no comparten los mismos valores y tienen distintos ideales de perfección y de felicidad. Representaría el nivel de lo "correcto" o "incorrecto" y correspondería al ámbito propio del Derecho, por lo que los deberes que lo constituyen podrían ser impuestos incluso coactivamente.

Pero junto al anterior existiría también un segundo nivel, el de máximos; en éste, cada persona, ejerciendo su autonomía, podría elaborar su proyecto de vida en función de sus propios ideales, siempre históricos, personales e intransferibles. Los principios que corresponderían a este nivel son los de autonomía, entendida en su sentido bioético de capacidad de realizar actos con conocimiento de causa y sin coacción, y el de beneficencia, íntimamente ligado a aquél, puesto que cada persona tiene su propia concepción de lo que es bueno para ella.

Los deberes de este nivel coincidirían con los que la ética tradicional consideró como deberes "imperfectos" o de "bien particular"; constituirían el momento aristotélico, de la ética de la virtud, o de la felicidad, basada en

[4] Al respecto, ver Gracia D. *Procedimientos de Decisión en Ética Clínica*. Madrid: Eudema, 1991: 97-137.

[5] Op. Cit. p. 107.

principios consuetudinarios que obligan sólo a aquéllos que los comparten y a cuyo cumplimiento se puede exhortar pero no obligar. Representaría el nivel de lo "bueno" y de lo "malo" y correspondería al ámbito específico de la moral.

Los principios de ambos niveles obligarían por igual mientras no aparecieran conflictos entre ellos, vale decir, serían *prima facie*; pero, en el caso de haberlos, los principios del nivel de mínimos tendrían prioridad sobre los del nivel de máximos.

Esta jerarquía se definiría, en último término, en función de lo que Diego Gracia llama el "sistema de referencia moral".

Sistema de referencia y esbozos morales

Frente al largo debate de la ética-filosófica relativo al fundamento de la validez de las normas morales que dividió la tradición entre teleología y deontología, la bioética surge con una vocación procedimental; vale decir, intenta dejar de lado ese debate para centrarse en el diseño de procedimientos para la solución de los conflictos que representan un rasgo inevitable de la vida moral.

La bioética europea, sin embargo, a diferencia de la norteamericana más marcada por esa vocación procedimental, parece no resignarse a renunciar completamente a la consideración del fundamento. Es así como Diego Gracia nos habla de un "*a priori*", que para él representa "lo dado", y que en cuanto tal no sería racional como pretende ser el *a priori* kantiano, ni lo sería siquiera en el sentido morigerado que lo racional adquiere en le ética discursiva, sino pre-racional. Representaría aquello que la razón descubre como dado y a partir de lo cual construye sus sistemas.

A este *a priori* pre-racional Gracia lo llama "sistema de referencia moral" y lo presenta como lo único absoluto, en relación a lo cual no puede haber excepciones y que –por el contrario– ofrece el criterio que permite, llegado el momento, hacer esas excepciones correctamente.

Dicho sistema de referencia incluiría dos premisas, una ontológica y otra ética, formuladas en los siguientes términos. "Premisa ontológica: el hombre es persona y en tanto que tal tiene dignidad y no precio. Premisa ética: en tanto que persona, todos los hombres son iguales y merecen igual consideración y respeto"[6].

[6] Gracia D. *Ética y Vida*. Tomo I. Santa Fe de Bogotá: Ed. El Búho, 1998: 24-25.

Este *a priori* ontológico
hensión de realidad; sería
transhistórico y representaría
y, gracias a ello, de validez u
sucesivos contenidos a lo larg
"esbozos morales", que serían
pre-racional, tendientes a enc
zos serían, entre otros, los di
humanos y los mismos conten

Los principios de no-male
ción en los ámbitos biológico y
priori ontológico-ético constituti
igual consideración y respeto p
personas– éstos son fundament
principios, tendientes al logro d
trascendería la autonomía de l
una obligación que queda por encima de las voluntades individuales y, debido a ello, podrían ser impuestos incluso coactivamente.

Los principios de autonomía y beneficencia, en cambio, cautelarían el logro del bien particular y si cada uno de nosotros tiene el derecho de buscar su propio bien, cada uno tiene también la obligación de postergarlo cuando interfiere con el logro del bien común.

En consecuencia, los principios de no-maleficencia y de justicia tendrían prioridad sobre los de autonomía y de beneficencia; vale decir, si bien todos obligan por igual mientras no entren en conflicto, cuando éste se produce, la excepción debe hacerse en referencia a los dos últimos.

Diego Gracia considera que esta distinción de niveles y el reconocimiento del sistema de referencia que la posibilita tiene gran importancia, no solo porque facilita las decisiones en lo que respecta a las necesarias excepciones en relación a la aplicación de los principios, sino también en cuanto permite evitar la caída en uno de dos "extremismos" contrapuestos. "El propio de todos los totalitarismos políticos, (que) ha sido el de negar el nivel 2, convirtiendo todo en deberes de nivel 1" y "El extremismo opuesto (que) es el de negar el nivel 1, convirtiendo todo en nivel 2. Ésta ha sido siempre la utopía liberal extrema y libertaria". En cambio, "la ética clásica distinguió siempre entre dos tipos de deberes, los llamados de obligación perfecta o de justicia, y los de obligación imperfecta o caridad"[7].

[7] Op. Cit. p. 130.

Los dos momentos del razonamiento moral y el nuevo intento de superar la contraposición entre teleología y deontología

Sin embargo, el reconocimiento del sistema de referencia, de los dos niveles constitutivos de la vida moral, de los principios que cada uno incluye y de las respectivas jerarquías con las prioridades que ellas definen no agotan todas las etapas involucradas en el procedimiento bioético, tendiente a la solución de conflictos.

Antes hacíamos referencia a la condición trágica de la vida moral que nos enfrenta a valores contrapuestos, y en apariencia igualmente exigentes, entre los que nos vemos obligados a elegir; ahora debemos revisar otro aspecto de esa trágica condición: la inevitable contradicción entre el carácter general de los principios y los conflictos morales, que son siempre concretos, particulares[8].

Este segundo tipo de conflictos determina la necesidad de distinguir dos momentos en el razonamiento moral; el de los principios, racional y *a priori* y el de la particularidad, siempre experiencial y *a posteriori*. Este segundo momento, que Aristóteles caracterizó como el de la *phrónesis* (prudencia), que es propiamente el momento de la deliberación que correspondería ejercer a los Comités de Bioética, debe necesariamente considerar las consecuencias de la aplicación de los diversos principios para definir sus inevitables excepciones.

En esta forma, si antes distinguimos dos niveles en relación a las respectivas jerarquías de los principios, ahora debemos reconocer dos momentos en el desarrollo del procedimiento tendiente a la solución de los conflictos morales: "uno principialista, deontológico y *a priori*, y otro consecuencialista, teleológico y *a posteriori*. El primero sirve para establecer las 'normas', y el segundo las 'excepciones' a la norma"[9]. Esto es, sirve para definir cuándo las consecuencias de la aplicación determinan la necesidad de hacer una excepción en la aplicación del principio[10].

El criterio que orienta estas excepciones está dado por la misma premisa ontológico-ética constitutiva del sistema de referencia moral: que todos los hombres merecen igual consideración y respeto; esa consideración y ese respeto son, precisamente, los que a menudo exigen hacer una excepción en

[8] Al respecto, ver Gracia D. *Ética y Vida*. Tomo I. Fundamentación y Enseñanza de la Bioética. Santa Fe de Bogotá: Editorial El Búho, 1998: 24-27.

[9] Op. Cit. p. 24

[10] Al respecto ver la esquematización de los distintos momentos del razonamiento moral presentada por Diego Gracia. Op. Cit. pp. 24-25.

relación a la aplicación de los principios, tratando –sin embargo– de distanciarse lo menos posible de sus exigencias.

En esta forma, la propuesta de Diego Gracia combina los procedimientos principialista y consecuencialista, en un nuevo intento por superar efectivamente la contraposición entre deontología y teleología presente en la tradición ético-filosófica occidental, para presentar ambas herencias como dos momentos –igualmente necesarios– en el procedimiento tendiente a la solución de conflictos morales.

Bibliografía

Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press, 1979.

Cortina A. Ética Mínima. Introducción a la Filosofía Práctica. Madrid: Tecnos, 2000

Escríbar A. Antígona y las fuentes del conflicto moral según Hegel y Ricoeur. Revista de Filosofía 1996; Vol. XLVII - XLVIII.

Estévez A. Bioética: de la cuestión nominal a la caracterización de su concepto. Tesis para optar al Grado de Magíster en Bioética. Universidad de Chile. 2000.

Gafo J. 10 palabras claves en Bioética. 5ta ed. Pamplona: Editorial Verbo Divino, 2000.

Gracia D. Fundamentos de Bioética. Madrid: Eudema, 1989.

Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Eudema, 1991.

Gracia D. Ética y Vida. Santa Fe de Bogotá: Editorial El Búho, 1998. 4 tomos.

Potter, Van Rensselaer. Global Bioethics. Michigan State University Press, 1988.

Ross D. The Rigth and the Good. Gifford Lectures, Clarendon Press, Oxford, 1930. Traducción española, Fundamentos de ética. 1972.

Introducción al método deliberativo en bioética

Pamela Chávez

En este capítulo, reflexionamos brevemente sobre la importancia de la deliberación moral para el desarrollo de la Bioética y, por extensión, de las sociedades auténticamente democráticas. A partir del modelo de Diego Gracia, se realiza una sencilla sistematización del método deliberativo, que intenta ofrecer una síntesis clara de esta estrategia de resolución de conflictos morales, herramienta fundamental del bioeticista o del educador en Bioética.

La bioética como discurso deliberativo interdisciplinario en los comités de ética

¡Para, para!
Pues ha llegado el momento
en que tus dones
ya nos bastan.
¿Qué pasa? ¡Qué sufrimiento!
He olvidado la palabra.

J.W. Goethe, "El aprendiz de brujo"

Con estas dramáticas palabras el aprendiz de hechicero, en el poema de Goethe, intenta infructuosamente detener o controlar el poder que ha desatado voluntariamente. La seguridad y admiración inicial ante el conocimiento aprendido del viejo brujo y el dominio que de él se deriva, se transforma en desesperada conciencia de la propia falta de sabiduría para decir "la palabra" que logre reestablecer el orden y la armonía entre humanidad, poder técnico y naturaleza. Análoga es la situación de la humanidad contemporánea frente a sus propias creaciones técnicas.

En efecto, las aplicaciones del desarrollo científico-técnico han dado al ser humano un incremento significativo de su poder de transformación y dominio sobre la tierra, naturaleza y humanidad; mediante ellas puede

transformar la "naturaleza" genética humana, destruir la capa de ozono, hacer desaparecer especies, contaminar aguas y aire, desertificar los suelos, amenazar la vida humana mediante el desarrollo de potencial bélico. La verdadera carencia es la *sabiduría* humana para manejar este poder. Ocurre aquí lo que en el poema "El aprendiz de brujo" de Goethe: el ser humano tiene el poder del conocimiento y la técnica de transformación de la naturaleza para ocuparla en su favor, pero no tiene el *dominio de sí*, es decir, el control sobre su afán de dominio.

Ahora bien, ¿es la "palabra" exigida por la época actual asimilable a la sabiduría ofrecida por las tradiciones religiosas, espirituales y morales desde la antigüedad? Ciertamente, el ser humano necesita hoy más que nunca encontrar la armonía interna consigo mismo, con los demás, con la naturaleza, y con Dios. Pero, junto con ello, lo que exige esta época es una vida social plena de *deliberación moral,* en la cual los problemas generados por sus propia acción y creación sean analizados, tal como lo pide la ética discursiva, por todos los interesados, en condiciones de simetría y libertad; un diálogo social que considere la perspectiva ética y no sólo la perspectiva pragmática o técnica; una deliberación donde se analice no sólo los medios mejores, más eficaces y eficientes en torno a un fin, sino donde se analicen los mismos fines, su legitimidad, su referencia a lo humano, refiriendo los medios y fines a *valores*. Entendemos que "la palabra" o nueva "sabiduría" que esta situación exige es el ejercicio continuo y compartido de la deliberación.

Los "dones" o beneficios de la ciencia-técnica están a la vista; pero el verdadero acontecimiento, lo que nos mueve a la reflexión y nos interpela personal y socialmente es la aparente incapacidad de diálogo e interacción social para dar respuesta a los conflictos y preguntas éticas que ella plantea. Esto sólo puede resolverse con la fortaleza moral de la sociedad. Si ésta se capacita para resolver pacíficamente los conflictos y para proyectar su quehacer no sólo desde el punto de vista técnico-pragmático sino también desde lo moral, entonces podría dejar de sentir o al menos reducir la sensación de temor, amenaza y crisis característica de la modernidad. A este problema pretende contribuir nuestra reflexión en torno a la deliberación como procedimiento de la Bioética.

Entendemos por deliberación un método de reflexión y análisis colectivo orientado a tomar decisiones racionales en condiciones de incertidumbre. Es un proceso inacabado, que no se agota, abierto a la participación argumentativa de todos los interesados. La deliberación así entendida forma parte de la misma estructura de este nuevo conocimiento que llamamos "Bioética".

En efecto, la Bioética no es solamente una *ética aplicada,* esto es, la reflexión ética sobre principios dados en un campo especial del saber, sobre fundamentación, teorías, principios morales; tampoco debe ser entendida únicamente como *ética clínica*, consistente en la aplicación del conocimiento médico, científico y hospitalario sobre los casos que se presentan. La Bioética es también un *discurso interdisciplinario*, que no es médico, ni legal, ni filosófico, pero que no puede prescindir de ninguno de estos aportes: es un *discurso común* compartido y construido con la participación de todos, desarrollado principalmente en los Comités de Ética hospitalarios. La perspectiva integrada de los tres aspectos impide la caída en un reduccionismo filosófico, médico o decisionista[1].

En este sentido, los Comités de Ética son lugares privilegiados para desarrollar el saber bioético; en éstos, el saber especializado previo de cada uno de los participantes debe ser precedido y presidido por la actitud de aprender de la perspectiva del otro, la capacidad de escuchar al otro y respetar las diferencias, sensibilidad ante ciertos problemas y disposición a atender y cuidar del sufrimiento humano.

El desarrollo de la bioética como deliberación moral es una cuestión que atañe también a la posibilidad de la democracia; como ha visto Diego Gracia, el paso de la democracia participativa a una democracia verdaderamente deliberativa requiere la incorporación de procedimientos y sobre todo actitudes democráticas. La primera de ellas, asumir como principio que la verdad no es privilegio de unos sino una tarea en la que hay que ir avanzando juntos, colaborativamente, con la participación de todos. Ello nos exige tomar posiciones reflexivas, dar razones de ellas y estar dispuestos a modificarlas si en la escucha e interacción con otros descubrimos que eran erradas o incompletas. La deliberación puede ayudarnos a tomar decisiones más correctas y matizadas, en el entendido de que "sin deliberación conjunta no habrá nunca auténtica democracia"[2].

Gracia destaca el rol que en el desarrollo de la democracia tiene la deliberación social y, en particular, el procedimiento deliberativo de la bioética. Especialmente, tiene el poder de abrir el diálogo en el ámbito de lo privado, donde rigen los principios éticos de nivel 2, Autonomía y Beneficencia. Esto es una enorme posibilidad para la sociedad humana, en el entendido de que los problemas relativos a mínimos de No Maleficencia y Justicia deben ser

[1] Cfr. Estévez A. "Bioética y Comités Hospitalarios". *Cuadernos del Sur, Filosofía,* 28, octubre, 1998, Universidad Nacional del Sur, Argentina.

[2] Cfr. Gracia D. "Democracia y Bioética". *Acta Bioethica.* Revista del Programa Regional de Bioética, O.P.S./O.M.S., *2001, año VII, Nº2: 343-54.* Cfr., además, Gracia D. Fundamentación y enseñanza de la bioética. En: *Ética y Vida 1.* Santa Fe de Bogotá: Ed. El Búho, 1998: p. 127ss.

regulados legalmente en toda sociedad democrática. Pero el diálogo en torno a las éticas de máximos puede ser fundamental para definir los contenidos propios de la ética de mínimos; al mismo tiempo, para permitir que las decisiones sean respetuosas con los valores de las personas[3].

La deliberación como objetivo de la bioética y de su enseñanza

El desarrollo de la bioética pasa obviamente por su enseñanza. Ésta debe atender a los tres tipos de objetivos que constituyen la finalidad u orientación de toda actividad pedagógica: objetivos de conocimiento, de habilidades y de actitudes.

Los objetivos de conocimiento se refieren a un grupo de saberes objetivos, disciplinarios, específicos, transmisibles, todos los cuales responden a una necesidad de "saber". En Bioética, los contenidos de conocimiento son, por ejemplo, los distintos tipos de valores, principios y normas; su jerarquización; la comprensión de las condiciones socioculturales del surgimiento e historia de la Bioética; la comprensión de fundamentos y teorías morales que la sustentan; la comprensión de los problemas bioéticos en diversos ámbitos, etcétera.

Los objetivos de habilidades se refieren a procedimientos, técnicas, habilidades, métodos que responden a la necesidad de "saber hacer". Aunque este nivel es más difícil de asimilar que los contenidos de conocimiento, a los cuales presupone, en Bioética es esencial; a este objetivo se refieren los procedimientos de análisis y decisión de casos de conflicto moral, la habilidad de identificación de valores, la propuesta de jerarquía, el emitir juicios de valor, evaluar las consecuencias, participar en la discusión crítica.

Los objetivos de actitudes se refieren al desarrollo de disposiciones, del carácter, valores y virtudes y responden a la necesidad de "ser" y "valorar". Éste es un nivel profundo, difícil de educar; en Bioética, podemos entenderlo como el desarrollar la sensibilidad hacia el carácter valórico y normativo del mundo humano, de las profesiones, de la tecno-ciencia; actitudes de tolerancia y respeto activo, de valoración y aceptación de la diferencia en el ámbito moral, de comprensión y acogida del otro.

Los tres ámbitos están ligados entre sí; para el desarrollo de la Bioética es necesario aprender el "cómo" incorporar la reflexión moral en el quehacer profesional de cada cual y en la vida social común a todos. Podemos conocer la historia de la bioética, definirla, valorar su importancia; pero sólo podremos desarrollar la Bioética realmente si sabemos *cómo* analizar problemas

[3] Cfr. Gracia D. "Democracia y bioética". p.352.

morales desde la perspectiva interdisciplinaria bioética, teniendo en cuenta los principios, evaluando las circunstancias y consecuencias, es decir, *deliberando*.

El método deliberativo como método de investigación ética

La vida moral supone el conflicto; éste como todo problema o pregunta nos exige una decisión, una resolución. En el decidir hay dificultad, pues toda decisión difícil es incierta e implica renunciar a importantes posibilidades y comprometerse con una opción determinada. El tener que renunciar es el sentido trágico de la vida moral; la incertidumbre deriva de la precariedad de la misma razón humana que no puede estar totalmente segura de que lo elegido es el mejor camino; es una seguridad probable, hipotética, tiene algo de "temor y temblor", de límite, de angustia; pero no podemos eximirnos de elegir.

La toma de decisión en caso de conflicto moral puede provenir de diversos ámbitos de la persona: podemos decidir emocional o impulsivamente, azarosa o pragmáticamente, intuitivamente, basándonos en autoridad, tradiciones o expectativas de otros, etc. Pero entendemos que es deliberación plenamente humana si incorpora la perspectiva racional y reflexiva. Esto no significa que ignore la consideración de aspectos tan importantes como las emociones, los afectos, el sentimiento moral; éstos siempre estarán presentes en una deliberación. Pero sí que debe integrar éstos en una comprensión u ordenación que no puede sino provenir del ejercicio racional, el cual nos permite, en definitiva, entendernos y tomar acuerdos con otros.

El método deliberativo de Gracia es un procedimiento racional colectivo de análisis y resolución de problemas éticos. Como los métodos casuísticos y clínicos[4], tiene una fase de recopilación de datos y otra en que aplica normas de evaluación. Entiende que un buen método debe mantener la evaluación moral vinculada con los hechos, con el fin de evitar falsas generalizaciones y mantenerse arraigada en las situaciones de la vida real.

Se contrapone a los métodos decisionistas de tipo dilemático, como los basados en la teoría de la decisión racional, que entienden que todo tiene una solución y que hay un procedimiento para decidir lo correcto entre dos opciones. La deliberación es un método *problemático* que pone énfasis no en la decisión sino en la deliberación, en el análisis y discusión racional y colaborativo. La deliberación es más cercana a la *dóxa*, opinión probable, que a la *epistéme*, verdad cierta e indudable. Siguiendo a Aristóteles, Gracia considera que no se

[4] Para una completa descripción de estos métodos, Cfr. Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Eudema, 1991.

delibera sobre lo que es absolutamente cierto, sino sobre lo que puede ser de varias maneras, en lo cual el resultado siempre tiene una dosis de imprecisión, oscuridad o perplejidad[5]; esta incertidumbre nunca puede agotarse por completo en la decisión moral, pero puede reducirse al máximo mediante un buen procedimiento racional. La deliberación, entonces, es el método para tomar decisiones probables o decisiones racionales en condiciones de incertidumbre. Por esta razón, el proceso deliberativo tiende a ser colectivo, participativo y termina en una decisión prudente o juicio prudencial.

El método deliberativo como forma práctica de desarrollo de la bioética, responde a una fundamentación racional de la ética como discurso y como ética de la responsabilidad. En efecto, los presupuestos básicos de la deliberación corresponden a los de la argumentación racional en el sentido de la ética discursiva: debe darse cabida a todos los intereses, apoyarse con un buen manejo y desarrollo de la discusión grupal, una actitud no impositiva por parte de cada uno de los participantes, dar a todos la posibilidad de argumentar, considerar a todo ser capaz de comunicación como un interlocutor válido, favorecer las condiciones de simetría entre los interlocutores. Asimismo, la deliberación incorpora las exigencias de una genuina ética de la responsabilidad, en el sentido de Weber, en la medida que considera a la vez principios éticos y consecuencias de la acción[6].

La deliberación como procedimiento racional de resolución de conflictos, integra etapas de comprensión de los hechos y los valores involucrados, análisis de los principios, ponderación de circunstancias y consecuencias y juicio moral, decisión o recomendación ética.

Así, en el método deliberativo de Gracia están presentes tres niveles:

- *Nivel comprensivo*, que nos permite darnos cuenta del problema, de los hechos y valores implicados, del contexto en que ocurre, los problemas de hábitos y carácter moral.
- *Nivel analítico*, o análisis de los principios bioéticos involucrados y ponderación de las circunstancias y consecuencias concretas, la determinación de los diversos cursos de acción posibles.
- *Nivel resolutorio*, etapa final, derivada de lo anterior, de toma de decisiones, juicio moral o recomendación ética[7].

[5] Cfr. Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. Libro III, 3.

[6] Cfr. Weber, Max. *El político y el científico*. Madrid: Alianza, 1997.

[7] Es importante mencionar que la finalidad de este nivel es establecer una recomendación moral, mediante la reflexión colectiva, metódica e interdisciplinaria, que ayude a la persona en la toma de decisiones, sin reemplazarla; la deliberación que se da, por ejemplo, en los Comités Asistenciales de Ética, tiene carácter consultivo y no ejecutivo ni decisorio.

El procedimiento general de la deliberación tiene tres momentos: el primero, un marco referencial absoluto y abstracto que es el principio de respeto a todos los seres humanos, de carácter indiscutible y que constituye el "canon" de la moral. Un segundo momento lo constituye la consideración de los principios universales *prima facie,* en el sentido de Ross[8]: los principios de primer nivel que enuncian los deberes perfectos de "No ser maleficiente" y "No ser injusto" y los de segundo nivel, que enuncian los deberes imperfectos de "Ser beneficiente" y "Respetar la autonomía". Finalmente, un tercer momento lo constituye la evaluación de las circunstancias y consecuencias previsibles, que es la instancia de ponderación de lo concreto y particular.

En este marco, el proceso deliberativo sobre casos concretos, considerado como un método de investigación ética, debería seguir los siguientes pasos básicos o fases[9]:

1. *Presentación del problema:* Es una narración sintética pero lo más completa posible de todos los hechos, acciones, omisiones, personas, opiniones y circunstancias que rodean el caso particular de conflicto moral que se pretende analizar. Esta presentación debe ser redactada de manera preferencial en forma escrita, en un lenguaje comprensible para todos los participantes, por la persona responsable de tomar la decisión, la cual debe tener un conocimiento suficientemente profundo del problema o caso a tratar.
2. *Aclaración de los hechos:* El proceso comprensivo se completa con esta instancia que, sin pasar aún al debate respecto a valores y principios involucrados, pretende aclarar las dudas de todo el grupo deliberante acerca de los hechos, precisándolos, profundizándolos, ampliando información sobre ellos, contextualizándolos; en la ética clínica, será fundamental la discusión y clarificación de los aspectos médicos del caso. Es una etapa fundamental, pues no puede haber una buena discusión sobre valores y normas éticas, si antes no hay una comprensión profunda de los hechos; en efecto, una buena percepción de los hechos nos permite descubrir los valores que siempre están presentes en ellos y a los cuales pretendemos proteger mediante normas morales, prescripciones y principios éticos[10].

[8] Cfr. Gracia D. *Fundamentos de Bioética.* Madrid: Eudema, 1989: 455ss.

[9] Cfr. Gracia D. "La deliberación moral: el método de la ética clínica". Proyecto *Bioética para clínicos.* Instituto de Bioética, Fundación de Ciencias de la Salud. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 18-23.

[10] Los pasos 1 y 2 corresponden al nivel comprensivo de la deliberación; la capacidad de comprensión crítica de los problemas morales, siempre particulares y situacionales, puede ser coadyuvada por métodos narrativos que, a largo plazo, eduquen el carácter y la sensibilidad moral ante ciertas situaciones y conflictos humanos.

3. *Identificación de problemas éticos:* Es una etapa que puede desarrollarse mediante un método de "tormenta" o "lluvia de ideas", en el que todos los participantes colaboran intentando visualizar *todos* los problemas implicados en el caso, ya sean procedimentales, técnicos o de claro carácter moral, enunciándolos sintéticamente e incorporándolos a un listado lo más completo posible. Esta etapa permite reflejar la complejidad siempre presente en un caso de conflicto moral, en el que se dan cita diversos problemas simultáneamente.
4. *Selección del problema a deliberar:* La complejidad de un caso de conflicto moral exige tomar una decisión respecto a qué problema se deliberará, o cuál es la pregunta que se intenta responder. Es importante resolver cada problema en forma separada, secuencial y no simultáneamente; por ello, la persona responsable de presentar el caso debe elegir el problema moral que le preocupa y quiere discutir. La selección del conflicto ético fundamental permite ordenar la discusión, evitando la confusión y aumentando la posibilidad de entendimiento.
5. *Deliberación sobre el conflicto fundamental:* El análisis conjunto debe orientarse hacia los principios éticos en juego, intentando clarificar cuál es el conflicto ético fundamental, entre cuáles principios y de qué nivel; asimismo, el análisis debe atender necesariamente a las condiciones particulares del caso. Deben visualizarse y establecerse todas las salidas o *cursos de acción posibles*, ponderando en cada uno los principios éticos que involucra y sus consecuencias previsibles; a partir de ello, e intentando alejarse de los caminos extremos, puede proponerse un curso de acción que parezca óptimo y deliberar sobre él, dando razones en pro y en contra, rectificándolo, enriqueciéndolo.
6. *Toma de decisiones:* Como resultado de la deliberación, se espera llegar a un juicio prudencial, una resolución, una decisión o una recomendación moral. Como una forma de contrastación, el resultado puede evaluarse mediante un criterio de "seguridad", analizando su posibilidad de ser universalizable, ser defendido racionalmente en público y no ser contradictorio con el marco legal correspondiente. En el caso de que no exista un consenso total respecto a la resolución del grupo deliberante mayoritario, es conveniente hacer referencia en las conclusiones a las objeciones o argumentos en contra de la decisión

tomada así como de los argumentos en contra de esos argumentos; de esta manera se abre un espacio para todas las perspectivas y para las reflexiones futuras.

Los pasos así descritos sólo pretenden ser una sistematización que oriente el proceso deliberativo, pudiendo sufrir variaciones según las características del grupo que en él participe. Ciertamente lo fundamental del método deliberativo de Gracia no puede ser descrito sino, como todo procedimiento, debe ser aprendido ejecutándolo, es decir, deliberando. La más bella lección que podemos aprender de este ejercicio es que, aunque dialogar con otros de cuestiones morales nunca es fácil, especialmente si involucra el ámbito humanamente tan preciado de nuestras éticas de máximos, dialogar y llegar a resoluciones compartidas *es posible*. Las diferencias de valores, de culturas, de disciplinas y saberes pueden pasar de ser un obstáculo a una ayuda para la *deliberación moral*, aquella "palabra olvidada" que la humanidad, la eterna aprendiz, debe procurar ejercitar y aprender.

Introducción al enfoque narrativo en bioética

María José López

Ya Aristóteles presenta la relación entre ética y narratividad. En su poética el filósofo plantea que habría una cierta relación entre la racionalidad ética y aquélla que nos permite elaborar y comprender intrigas. Es decir, en cierto sentido, la inteligencia ética, aquélla que nos permite enfrentar, resolver y aprender de los conflictos éticos, tiene una *estructura narrativa*[1].

Éste es un tema ampliamente explorado por el pensamiento filosófico contemporáneo, que de la mano del desarrollo de la teoría literaria y la semiótica, ha indagado en los campos de la narratividad, vinculando por ejemplo, narratividad, identidad humana y crisis de la filosofía del sujeto (Arendt)[2]. Como también, experiencia humana, fundamentalmente experiencia de la temporalidad e identidad, entendida como identidad narrativa (Ricoeur)[3].

Por enfoque o método narrativo en bioética podemos entender el trabajo de una serie de autores, especialmente norteamericanos, que durante más de tres décadas han indagado en las relaciones que existen entre narrativa, ética y el conocimiento como la práctica médica.

Para Anne Hudson[4], el desarrollo del enfoque narrativo en la formación médica y no sólo bioética presenta tres etapas históricas de desarrollo:

A. En una primera etapa durante los años setenta, el estudio de obras literarias en las escuelas de medicina tenía como fin el desarrollo de la empatía y las habilidades interpretativas. Las narraciones literarias ofrecían la posibilidad de un aprendizaje de la semiótica médica, necesaria para la labor clínica. Se buscaba desarrollar lo que pode-

[1] Aristóteles. La poética. México: Editores Mexicanos Unidos, 1996.
[2] Arendt H. La Condición Humana. Barcelona: Paidós, 1993.
[3] Ricoeur P. Tiempo y Narración. Madrid: SXXI, 1995.
[4] Hudson A. Literature and Medicine: Narrative ethics. Lancet (April) 1997; 349: 26.

mos entender como las capacidades hermenéuticas del alumno, de comprender e interpretar otras realidades, y sobre todo a otras personas. El supuesto presente en este objetivo es el de la existencia de una cierta superioridad hermenéutica de la narración en la aprehensión-comprensión de lo propiamente humano. Cierta prioridad antropológica de lo narrativo como estructura comprehensiva. Lo humano se revela de esta manera como algo que primariamente puede ser narrado[5].

B. En una segunda etapa durante los años ochenta, se amplió y profundizó la relación entre medicina y narrativa, como en general entre medicina, literatura y arte. Comienza a vincularse el estudio y el trabajo de lo narrativo en medicina con la creciente preocupación por la ética. Entre otros tópicos, la narrativa y su teoría comienzan a ser utilizadas para explorar la adquisición y transmisión de conocimiento médico en general, para estudiar la naturaleza de la relación médico paciente, analizar las convenciones de varios géneros médicos (historias clínicas, informes médicos, casos clínicos, etcétera).

C. En una tercera etapa ya en los años noventa, hay un notable desarrollo del tema en el ámbito biomédico que además continúa en constante expansión. Se estudia la inherente estructura narrativa del conocimiento y la práctica médica, los hábitos de los médicos, con los aspectos y conflictos éticos que con el decisivo desarrollo de la bioética, ha conformado un campo central de estudio. También se incentiva el trabajo de la vinculación con la ética médica y su enseñanza. A continuación, revisaremos algunas de las principales posturas de esta última etapa, intentando dar con un panorama general del tema.

Narrativa, conocimiento y práctica médica

Para Kathryn Montgomery[6] la medicina al igual que las leyes, la criminalística, la moral teológica, constituye un tipo de conocimiento basado en casos. Es decir, al menos una dimensión importante de su quehacer, tiene que ver con el conocer y analizar a fondo cada caso particular, ya que sólo el conocimiento de las singularidades del caso específico permitirían cumplir con el objetivo de darle cura[7].

[5] Esta tesis es la que explora Paul Ricoeur, para quien la experiencia humana, que constantemente requiere ser examinada (siguiendo la idea socrática de que una vida que no es examinada no vale la pena de ser vivida), encuentra en la narración su forma privilegiada de expresión. Esto porque la narración como estructura mediadora recoge y expresa el carácter temporal de la experiencia. Ver Ricoeur P. Tiempo y Narración. Madrid: SXXI, 1995.

Esta necesidad de conocer la particularidad y su contexto podría ser satisfecha por la narración como estructura epistemológica privilegiada para el conocimiento de esa particularidad. El caso se convierte en narración bajo la forma de una historia clínica, la particular narración de la experiencia de la enfermedad concreta del paciente.

Evidentemente este tipo de conocimiento debido a su misma particularidad presenta grandes limitaciones. Para ampliar estos límites, la construcción narrativa de conocimiento sobre el caso particular, no puede ser creación exclusiva del médico y debe, en la medida de lo posible, involucrar la participación del paciente, del personal a cargo del cuidado del paciente, y también de los familiares involucrados en la enfermedad y cura del paciente.

La historia clínica es así el resultado del encuentro y el diálogo de distintas versiones sobre la enfermedad nacidas de los distintos involucrados. En este caso, la tarea de la narración consiste en la construcción de una historia particular de la enfermedad del paciente, con la cooperación de todos los involucrados en el caso.

La labor hermenéutico-narrativa del médico

Según Montgomery[8], lo propio de la experiencia clínica del médico es en cierto sentido una experiencia narrativa. Lo que el médico conoce de una paciente y su enfermedad son una serie de signos dispersos que requieren ser interpretados y formulados en una narración que permita hacer sentido.

La narrativa es un puente, una estructura mediadora que comunica y hace posible el encuentro del conocimiento teórico y técnico que los médicos traen y dominan al egresar de las escuelas de medicina y el caso particular del enfermo. De esta manera, la narrativa se convierte en un modo de aplicación de los conocimientos especializados, el soporte que hace posible un diálogo entre esos conocimientos y el tratamiento del paciente individual.

En un primer momento el médico atraviesa este puente, tomando la narración de la enfermedad que le da el paciente (*Cuénteme porqué vino a consultar, Qué le pasa, Qué le duele*) e intenta interpretarlos a la luz de los conocimientos médicos especializados que posee. Una vez hecha esta interpretación, considerando a veces datos empíricos otorgados por el apoyo de exámenes, vuelve al paciente con una nueva narración: *el diagnóstico*.

[6] Enciclopedy of bioethic the oxford. Oxford: Oxford University Press, 1997: 1791.

[7] Platón en el Banquete nos recuerda como el arte de la medicina no consiste en curar el cuerpo en general, sino el cuerpo concreto y particular del enfermo, quien es el que padece la enfermedad.

[8] Montgomery K., op. cit. p. 1791.

Montgomery compara este método con el método usado por Sherlock Holmes, que a partir de ciertas pistas y datos va reconstruyendo retrospectivamente la historia del crimen, en este caso de la enfermedad. En un movimiento que no es propiamente inductivo o deductivo sino que transita constantemente en ambos sentidos, en un diálogo constante entre experiencia concreta y conocimiento abstracto, asemejándose al recorrido propio de la interpretación: el círculo hermenéutico.

Narrativa, resolución de conflictos en ética, enseñanza de hábitos y virtudes

Pero la narrativa no sólo puede relacionarse con ciertas formas de conocimiento y de práctica médica, al parecer también puede cumplir una tarea importante en la enseñanza, el análisis y la resolución de conflictos éticos en el ámbito biomédico.

La representación narrativa se ha convertido en una importante herramienta para la enseñanza de la ética médica en la medida en que permite un acceso a la experiencia subjetiva, da a los alumnos un acceso a la percepción y al juicio de otro ser humano, y ofrece sentidos para el pensamiento acerca del significado de la enfermedad en la vida del paciente, el rol del médico en la relación médico-paciente, etcétera.

También da oportunidad a la imaginación moral de reflexionar y de proveer de argumentos, que permiten a los estudiantes ensayar el análisis y la resolución de conflictos. Podemos decir que actualmente, la lectura, el análisis, e incluso la representación de narraciones que ilustran problemas éticos vinculados a la experiencia biomédica, ocupan un lugar importante en la enseñanza de la bioética.

Ya sea si se recurre a obras de la literatura universal, recreación de casos, historias clínicas, historietas o películas, la narrativa ofrece oportunidades pedagógicas para aprender sobre conflictos éticos y sus resolusiones, hábitos, actitudes y todo lo que tenga que ver con la experiencia ética concreta.

En relación con el ámbito de los conflictos éticos, la narrativa cumpliría un importante rol. Generalmente la resolución de conflictos éticos ha sido trabajada por los bioeticistas, especialmente norteamericanos desde la perspectiva de los principios bioéticos. Pero la aplicabilidad de los principios bioéticos está inevitablemente vinculada con el caso particular, y los casos particulares regularmente provocan un cuidadoso estudio de las normas.

Para David Burrell el enfoque narrativo es fundamental para el análisis de cualquier conflicto moral en bioética, ya que el funcionamiento de la razón práctica es siempre en un contexto que puede ser comprendido narrativamente. La narración como estructura de sentido permitiría entender los problemas éticos en lo que tienen de concreto y circunstanciado. En este sentido, narratividad y conflicto se relacionan íntimamente, "narrativa y explicación están en íntima dependencia, razón por la cual los desacuerdos morales conllevan historias explicativas rivales"[9].

Son las historias o las versiones diferentes sobre una misma historia lo que genera el conflicto ético. Estas historias o narraciones son las que se pueden transformar, corregir, fusionar, someter al diálogo y a la confrontación con otras historias.

En este sentido, la perspectiva narrativa se relaciona con la imputabilidad de las posturas morales de un conflicto. Las controversias éticas enfrentan a posturas a posiciones que vienen de comprensiones narrativas distintas y a veces inconmensurables. Lo que caracteriza a estas posturas que entran al conflicto es, sin embargo, el hecho de que pueden ser imputadas, cuestionadas por el otro.

Diego Gracia interpretando a Burrell, nos dice que de esta postura "se sigue que los conflictos éticos no deben entenderse tanto como conflicto de principios, cuanto como historias rivales. Estas historias, por lo demás no difieren primaria ni principalmente por los actos de sus protagonistas, sino por sus hábitos (virtudes o vicios) y sus actitudes (carácter), razón por la cual los conflictos no se interpretan como un desacuerdo en los hechos o actos, sino en los hábitos y el carácter, es decir, en la trama básica de la historia. Analizar el conflicto sólo en el nivel más superficial de los actos, es trivializarlo. De ahí que el enfoque narrativo, según los narrativistas, sea mucho más profundo y comprehensivo que el propio de la razón especulativa y abstracta"[10].

Una perspectiva distinta es la de Howard Brody[11], para quien hay dos tipos de ética médica: la ética relacional y la decisional. La ética relacional es la propia del nivel de atención primario o del trabajo en comunidad, donde la actividad médica está centrada en la prevención y los problemas éticos planteados tienen que ver con lo cotidiano, los hábitos y las costumbres de la población. Mientras que la ética decisional corresponde al nivel terciario o específico de la práctica hospitalaria, donde la actividad se centra principalmente en lo curativo, en estos casos los problemas éticos tienen que ver casi siempre con la toma rápida de decisiones diagnósticas o terapéuticas. Ambos

9 Burrell D. From System to Story: An Alternative Pattern for rationality in Ethics, Truthfulness and Tragedy. Notre Dame (Indiana) University of Notre Dame Press, 1977: 15.

10 Gracia D. Procedimientos de Ética Clínica. Madrid: Eudema, 1991: 51.

11 Brody H. Story of sickness. New Haven: Yale University Press, 1987.

campos de la ética médica harían necesario enfoques y métodos éticos diferentes. Para el campo de lo decisional serían más oportunos métodos como el principialista, el análisis a partir de principios, mientras que para el ámbito relacional serían más eficientes los métodos narrativos.

De esta manera, parece ser que los recursos narrativos son especialmente eficientes para la enseñanza de todo aquel ámbito que podemos entender como propio de una ética que tiene que ver con virtudes y hábitos, concepciones antropológicas acerca del ser humano y la enfermedad, desarrollo de la capacidad moral, en sus ámbitos reflexivos e imaginativos.

Ésta es también la postura de Diego Gracia, para quien "la ética narrativa es particularmente útil en medicina familiar y comunitaria. (...) El enfoque narrativo ha de atender al contexto mucho más que el puramente decisional. No se puede hacer ética narrativa sin un profundo conocimiento del medio"[12]. Los métodos narrativos permiten una comprensión más integral de los problemas éticos, no sólo considerando sus aspectos intelectuales sino también contextuales del problema y centrándose más que en los actos mismos, en los agentes de esos actos, sus motivaciones, su carácter y hábitos.

Para Gracia, el enfoque narrativo surge como una alternativa al método principialista que él mismo toma de la bioética norteamericana y profundiza. Esto porque "es probable que el modelo de Beauchamp y Childress sirva para resolver conflictos, pero no es claro que pueda evitarlos, ya que esos conflictos suelen deberse a malos hábitos, es decir, a vicios, adquiridos a lo largo del tiempo"[13]. En este sentido se puede comprender el enfoque narrativo en oposición al principialismo: "El enfoque narrativo tiene en común con el casuístico (...) el rechazo de toda razón abstracta y especulativa, y por tanto, la negación de cualquier sistema de principios universales y abstractos"[14].

Sin embargo, el hecho de que sea un enfoque opuesto no implica necesariamente que principialismo y narrativismo sean enfoques excluyentes. Ambos enfoques al ser aplicables a distintos momentos del quehacer médico, tal como plantea Brody, constituyen perspectivas complementarias. "Este [el método narrativo] es un procedimiento importante, pero que no convierte en inútil el propio del enfoque principialista. Hay situaciones en que es preciso echar mano de éste, y otras de aquél"[15].

De esta manera, Gracia también adscribe a la complementariedad de los métodos, que cubren distintas necesidades y zonas éticas diferentes, por lo

[12] Gracia D. Procedimientos de Ética Clínica. Madrid: Eudema, 1991: 54.
[13] Gracia D. op. cit. p. 46.
[14] Gracia D. op. cit. p. 50.
[15] Gracia D. op. cit. p. 50.

que aplicados a los campos específicos de acción de cada uno, pueden ser efectivos tanto en la enseñanza con en el análisis y resolución de problemas éticos concretos. Para el autor, mientras el enfoque principialista es más oportuno para el análisis de problemas vinculados al nivel de ética de mínimos, los métodos narrativos presentan mayor efectividad para el análisis y la resolución de problemas de nivel de ética de máximos[16].

Narrativa y finalidad ética de la profesión médica

Por último, parece posible distinguir un último aporte del enfoque narrativo a la bioética especialmente clínica, aporte que parece básico y que aunque no coincide exactamente con ninguna de las posturas presentadas, incluye elementos de muchas de ellas.

Si pensamos que el rol del médico es, como ya veíamos, primariamente hermenéutico, en la medida en que a partir de un conjunto de datos y señas dispersas trabaja como el hacedor de una precaria narración-interpretación en colaboración con el paciente y los otros involucrados, trabajo que se resume en la historia clínica de la enfermedad. Podemos entender que la tarea del médico, en términos generales, como la de alguien que busca, o al menos ayuda en la búsqueda de sentido. En este caso esta búsqueda va al menos del sin sentido de los síntomas y muchas veces los malestares de los pacientes, al sentido que ya implica el diagnóstico de la enfermedad y luego el tratamiento.

Si por otro lado, consideramos que esa dispersión previa que es la enfermedad antes del diagnóstico y del tratamiento, es una situación no sólo médica o clínica, sino antes que nada una situación humana compleja: la situación de sinsentido, o de quiebre de sentido en la que el enfermo es el protagonista. De esta manera, el enfermo no es sólo un enfermo sino una persona con una propia vida, es decir, con una narración que de alguna manera, ha quedado puesta en entredicho por la irrupción de la enfermedad. En el caso de una enfermedad grave, por ejemplo, esta situación del sinsentido de síntomas y señas corporales, se vuelve el quiebre de significado de una vida que no sabe como continuará su narración vital.

En estos casos, lo que el paciente busca en el médico no es sólo la construcción de la enfermedad como narración, de una histórica clínica que le permita entender biomédicamente lo que pasa, sino también, una ayuda en la continuación de su propia narración vital. Tal como sugiere Brody[17], la

[16] Gracia D. op. cit. p. 53.
[17] Brody H. "My story is broken; can you help me fix it? Medical ethic and the joint contruction of narrative". Lit Med 1994; 13: 79-92.

enfermedad es antes que nada una situación existencial muchas veces extrema, que irrumpe en la vida del paciente y su entorno, e instaura un sinsentido en la vida del paciente, en el que inevitablemente el médico se ve en alguna medida involucrado. Quiéralo o no, el médico como también el equipo que lo acompaña, se ven requeridos en su condición no sólo técnica especializada, sino también, en la tarea de reconstitución del sentido vital que es enfrentada por el paciente.

Me parece que esta tarea se puede vincular con la perspectiva de la relación médico-paciente que viene de la antropología médica, específicamente de la visión de Laín-Entralgo[18]. Quien ensaya la comprensión de la relación médico-paciente del paradigma de la amistad. En un texto sobre los poderes curativos de la palabra en el mundo clásico, el autor nos habla de cómo la palabra en el mundo clásico, como palabra médica, pone orden y sentido, ahí donde todo era desorden y enfermedad, es esta labor hermenéutica la que le da parte importante y fundamental de su poder curativo al médico.

De esta manera, la función médica parecería no poder desentenderse, al menos no del todo, de la cooperación en la recomposición de un sentido que ha quedado roto en la experiencia del enfermo, con la irrupción de la enfermedad. El médico-hermeneuta tendría la función ética fundamental de estar abierto a la colaboración en la reconstrucción del sentido, no sólo de la narración que es la enfermedad misma, sino también, en la narración mayor y más importante: la de la vida del enfermo.

18 Laín-Entralgo, P. La curación por la palabra en la antigüedad clásica. Madrid: Revista Occidente, 1958.

Condicionamientos sociales en bioética

Miguel Kottow

El tema de este texto se originó en un interés en cierta medida lúdico – una curiosidad en el sentido aristotélico– de entender los orígenes culturales de la bioética[1], interés ahora convertido en una necesidad por esclarecer las interfaces entre bioética y sociedad de un modo más programado, ciertamente que no definitivo, en reconocimiento de que estas interacciones son esenciales y fundantes de una bioética que abandona su etapa de juvenil entusiasmo y debe impostergablemente encarar problemas que requieren un discurso maduro y sustantivo.

Una muy somera mirada a la historia de la ética occidental revela su decidida transformación desde un énfasis en el perfeccionamiento del individuo –el socrático "conócete a ti mismo", la ética salvífica medieval–, hacia una ética que se entiende como inserta en lo interpersonal, vale decir, como una ética relacional y social (*homo homini homo*)[2].

Todavía Nietzsche, dentro de su visión iconoclasta, arraiga en la idea del perfeccionamiento individual, del superhombre que se legitima en contra, y por encima, de todo. Pero poco después, en una certera visión de los cambios inducidos por el auge decimonónico de las ciencias naturales y de la expansión tecnocientífica que marcará el siglo xx, señalaba Max Weber que la tradicional ética de conciencia debía dar paso a la ética de responsabilidad[3]. Las decisiones humanas tienen invariablemente consecuencias para otros, frente a los cuales el mandato ético requiere justificación o, eventualmente, compensación. La reflexión moral de una persona en torno a sus actos y pensamientos se realiza por medio de normativas éticas interiorizadas –conciencia–, dando ahora paso a una ética de responsabilidad basada en la

1 Kottow M. Raíces sociales de la bioética. Anales de la Universidad de Chile, 6ª Serie, Nº8: 79-84, 1998.

2 Savater F. Invitación a la ética. Barcelona: Anagrama, 1995.

3 Weber M. Wissenschaft als Beruf / Politik als Beruf. Tübingen: Mohr, 1994.

interlocución entre agentes y afectados. Desde entonces, la ética se viene entendiendo primordialmente como una reflexión moral sobre relaciones interpersonales o en torno a acciones mediante las cuales se influye sobre el entorno vivo; mas esta dimensión interindividual también se ve rebasada. Los grupos humanos son afectados cada vez más a través de actos tanto individuales como institucionales inspirados por programas industriales, energéticos, informáticos, la prosecución expansiva de intereses particulares, las estrategias de adaptación y sobrevivencia. Lo social emerge con fuerza propia y reclama una ética que trascienda el ámbito de las personas singulares.

Sin ser ésta la palestra adecuada para discutir el tema a fondo, es conveniente al menos reconocer que la pérdida de una ética basada en máximas o principios, y su reemplazo por una ética social de diálogos, consensos y tolerancias ha sido resistida por muchos, alimentando polémicas aún insolutas. También en otras áreas del saber se ha intentado rescatar una supuesta capacidad del ser humano de converger hacia verdades absolutas cuya existencia se da por cierta, en contraste con el pragmatismo que sólo reconoce por verdadero lo que se puede sustentar racionalmente con fundamento en las premisas aceptadas por la propia cultura. Tildar de relativas a las éticas ancladas en el contexto social es una soberbia intelectual que supone, infundadamente, que se está más cerca de la verdad que el otro. El anclaje social de la bioética, como de toda ética práctica, proscribe las posturas dogmáticas, que siempre tienen detractores, y recomienda planteamientos éticos que sean racional y razonablemente sustentables, coherentemente arraigados en la tradición y en la realidad social donde se gestan[4].

Éticas prácticas

Las éticas aplicadas se entendieron desde sus comienzos a mediados del siglo pasado como enfocadas sobre prácticas sociales determinadas, que en el caso de la bioética son las prácticas biomédicas. El término prácticas sociales ha sido utilizado con especial énfasis por MacIntyre[5]. Su definición es algo compleja, pero está referida a acciones estructuradas, realizadas por personas especialmente formadas, cuyas competencias son requeridas y premiadas por la sociedad por cuanto cumplen tareas, y cultivan bienes, importantes. De esta definición deriva MacIntyre conclusiones éticas, al diferenciar en externos e internos los bienes generados por las prácticas sociales.

[4] Rorty R. Solidarity or Objectivity? In John Rajchman & Cornel West (eds.). Post-Analytic Philosophy. New York: Columbia Univ. Press, 1986: 3-19.

[5] MacIntyre A. After Virtue. Notre Dame: U. of Notre Dame, 1984.

Bienes externos, como bienes materiales o servicios, son los productos tangibles de las prácticas. La realización de estos bienes es recompensada a sus productores, por lo cual hay aquí un intercambio más que una generación de nuevos bienes. Estos intercambios se rigen por una moral contractual que exige honestidad y ecuanimidad. Más allá de este trueque de bienes, las prácticas sociales pueden ser ejercidas con excelencia y virtuosismo, de tal modo que se genera un bien interno –el buen trato médico, la eximia interpretación–, que no tiene precio pues es supererogatorio, vale decir, está más allá de lo contractual y florece en el ejercicio éticamente acabado de la práctica en cuestión. La reflexión sobre los bienes internos generados por prácticas sociales constituye la preocupación de las éticas aplicadas, y en ello se distinguen de la moral profesional y de la etiqueta institucional que velan por el probo cumplimiento de los bienes externos.

Principialismo y bien común

La corriente conceptual más influyente desde la inauguración de la bioética como disciplina formal ha sido el principialismo de Georgetown, basado en cuatro principios que todos representan aspiraciones individuales y que sólo muy tardíamente han buscado insertarse en una visión más comunitaria, en parte como respuesta a las críticas que este principialismo ha desencadenado. Es en su versión más dura que los principios giran en torno al individuo: la autonomía se entiende en la tradición millesiana, ejercida por cada cual con la única limitante de no interferir con las libertades de otros, sin hacer referencia ni pagar tributo alguno a un bien común. La beneficencia es el bien que el individuo ha de recibir –por derecho o por retribución–, así como la no-maleficencia consiste en los resguardos que deben proteger al individuo contra efectos negativos. La justicia, que pasaría por ser un principio eminentemente social es, sin embargo, reformulada desde la perspectiva particularista, como ya se vislumbra en el antiguo "dar a cada uno lo suyo", y se refleja asimismo en la doctrina del liberalismo contemporáneo de asegurar a toda persona la igualdad de oportunidades. En efecto, la bioética anglosajona ha operado con el concepto de que la justicia consiste en establecer la equidad en el acceso a las oportunidades sociales, vale decir, situar a cada individuo en condiciones de competir desde un punto de partida equitativo.

Dentro de estas normas contractualistas apenas si tienen cabida los bienes internos como compasión, simpatía o altruismo. Incluso la ética de cuidados tiene dificultades en incorporarse a este discurso bioético, pues opera más con la afectividad que con el razonamiento. La bioética también ha escamoteado su insoslayable inserción comunitaria al insistir en un discurso

liberal e individualista, y si en ocasión se habla en forma redundante de bioética social, ello sólo pretende identificar determinadas prácticas biomédicas desplegadas en el ámbito poblacional –medicina preventiva, salud pública, ecología–, para distinguirlas de prácticas que, si bien también son sociales, ejercen su acción a través de agentes singulares identificables –investigadores, profesionales sanitarios– que actúan con o sobre individuos afectados de un modo también precisable. Sería trivial enfatizar lo social de la bioética si el pensamiento bioético no hubiese nacido y recibido sus mejores impulsos creativos en una cultura liberal y contractualista con respeto irrestricto por la individualidad, que no trepida en postergar toda preocupación por lo comunitario, el bien común, la moral pública y la moral común, todos conceptos que atienden a la gregariedad del ser humano y le exigen sacrificios a su individualidad y a su autonomía.

Este aspecto originario de la bioética explica su fácil aceptación en medios académicos liberales, en tanto que culturas más tradicionalistas, como la europea o la latinoamericana, acusan reticencias en la medida que sus sociedades no comparten ni se prestan para una visión puramente contractualista. Para Latinoamérica, ello es especialmente evidente en vista de las disparidades sociales que persisten, haciendo utópico pensar que toda la población esté en situación paritaria de negociar sus contratos sociales. Es precisamente desde la óptica de los países con severas desigualdades socioeconómicas que se inicia un movimiento por reinsertar la bioética en sus raíces sociales y enfocarla sobre los problemas biomédicos y su impacto en las comunidades.

Orígenes sociales de la bioética

Por cuanto la sociedad se encuentra en situaciones disyuntivas que requieren esclarecimiento, es que gesta instrumentos culturales que contribuyen a resolverlas. Se validan estos instrumentos en la medida que reconocen y permanecen fieles a las circunstancias que los gestaron, cumplen lo encomendado y se preocupan de sugerir soluciones a los conflictos sociales. La inscripción pública del quehacer bioético reconoce como indispensable el estudio de las circunstancias y fuerzas sociales que dieron origen a la disciplina bioética, pues su génesis obedece a necesidades sociales inatendidas que derivan de un mandato impostergable de satisfacerlas. Estos factores deben reaparecer e inspirar una bioética responsable de su misión pública.

Las circunstancias sociales invocadas para explicar el nacimiento de la bioética deben dar cuenta tanto del prefijo "bio" como del sufijo "ética", es decir, han de recoger los antecedentes que en el seno de la vida estaban causando desazón pública, así como reseñar la evolución del pensamiento

ético tradicional que se viene mostrando como insuficiente y requirente de complementación para las nuevas dinámicas sociales. La sorpresiva emergencia de la disciplina bioética en un momento puntual de la historia es producto de una efervescencia social de la cual es preciso dar cuenta. En 1970-71 nace la propuesta bioética iniciada en forma simultánea por dos individuos que no se conocen –V.R. Potter y A. Hellegers–, y que independientemente generan un neologismo tan afortunado que logra insertarse de inmediato en la cultura y en la vida académica de las sociedades occidentales y en el quehacer intelectual de muchos países de diversos continentes. No existe en la historia cultural un parangón a esta generación disciplinar aparentemente espontánea, aunque lo inédito de este fenómeno no invalida que hubo una serie de propuestas precursoras para que ello ocurriera –la ética médica, la medicina antropológica, algunos comentarios incipientes en torno a la ética de la investigación, la naciente filosofía de la técnica–, antecedentes que fueron muy desigualmente incorporados al esqueleto conceptual de la bioética.

W. Reich, bioeticista de la primera hora, amigo y colaborador de A. Hellegers, así como historiador de los inicios de la bioética, caracteriza los años 1960 y comienzo de los 1970 como imbuidos de una "mentalidad de derechos cívicos", preocupados de los "derechos de minorías, mujeres y discapacitados"[6] y empeñados en lograr que "a través de la bioética el médico recupere su cercanía al paciente"[7]. Relacionado con los orígenes sociales de la bioética más que con los conflictos de la práctica clínica, es posible descubrir que V. R. Potter concentró sus inquietudes en proponer una disciplina que "combinase la consideración por valores humanos con la ciencia"[8].

Con este trasfondo, al cual la bioética ha sido fiel en muy diversa medida y en fluctuante consonancia con numerosas realidades sociales, es preciso elaborar el pasado, describir el presente y anticipar el futuro de la bioética en tanto disciplina social. La mirada retrospectiva consiste en reproducir aquellas fuerzas culturales que dieron origen a la bioética y dar cuenta de la ya mencionada emergencia inéditamente puntual en 1971. Cuatro son los factores socioculturales que explican la necesidad que aparecieran las ética aplicadas en general, y la bioética en particular, y que conviene desarrollar brevemente para justificar su plausibilidad como gestores de éticas y propuestas éticas enfocadas sobre las complejas prácticas sociales de la actualidad.

6 Reich W. The word "Bioethics". The struggle over its earliest meanings. Kennedy Institute of Ethics Journal 5:19-34, 1995: 22.

7 Reich W. The "wider view": André Hellegers' passionate integrating intellect and the creatio of bioethics. Kennedy Institute of Ethics Journal 1999; 9:25-51; p. 37.

8 Potter V.R. Bioethics. Bioscience 21: 1688, 1971.

Erosión de la ética filosófica

La ética filosófica sufre un ocaso en el siglo xx, iniciado tal vez con Nietzsche pero rubricado definitivamente por Wittgenstein. En su "Genealogía de la moral" (1887)[9] degradaba Niezsche la ética a una doctrina consolatoria destinada a quienes deben someterse al orden social imperante y postergar sus deseos y anhelos para un supuesto mundo trascendente[10]. La voluntad de poder hace abstracción de la ética, pero las ideas de Nietzsche no fueron letales al pensamiento moral, como lo demuestra la posterior aparición de obras importantes aunque no presentan reflexiones sistemáticas sino enfoques muchas veces analíticos, de ambiciones limitadas y discutidas, entre las cuales fulguran ocasionales gemas propositivas. Más definitivo es el golpe de Wittgenstein, quien no desea destruir la ética, todo lo contrario, pues ella está en el centro de sus preocupaciones; se siente, no obstante, forzado a negarle a la competencia lingüística y racional del ser humano la capacidad de llegar a esclarecimientos y certezas en el ámbito de lo ético. De allí que "sobre lo que no se puede hablar hay que callar"[11]. La actitud de Wittgenstein cala hondo en sus discípulos y en la filosofía contemporánea. E. Anscombe propone desviarse de la filosofía moral y concentrarse en la psicología y, si bien la ética filosófica sigue siendo motivo de constante preocupación intelectual, no ha podido dar a luz una obra contemporánea de mayor influencia. En efecto, el espacio anglohablante atomizó sus intereses en este campo y comenzó a preocuparse de aspectos limitados, frecuentemente minucias, que de ningún modo podían configurar conceptos éticos más amplios. A mediados del siglo xx, escribe McIntyre, el "término tradicional de la filosofía moral, "ética", parecía haberse despojado de sus resonancias teóricas para pasar a ser un rubro de la sociología cultural o de la etnografía"[12]. No es de extrañar que al emerger la bioética algunos hayan visto en ella no más que el renacimiento de una ética periclitada.

En paralelo con esta progresiva esterilidad, emerge en las sociedades complejas de Occidente la necesidad de un ordenamiento valórico, de una orientación ética nacida precisamente de esta complejidad societal que naufraga en la carencia de fundamentos morales universalmente aceptables y aplicables. Nacen así, a partir de la segunda mitad del siglo xx, las éticas aplicadas a determinadas prácticas sociales y destinadas a realizar lo valórico,

9 En el prólogo de esta obra, señala Nietzsche: "[R]equerimos un crítica de los valores morales, *el valor en sí de estos valores debe primeramente ser cuestionado.*" (Cursiva en el original).

10 Nietzsche F. Werke in zwei Bänden: Zur Genealogie der Moral. München: Hanser, 1967.

11 Wittgenstein L. Tractatus logico-philosophicus. Frankfurt a.M., Suhrkamp (stw), 1984: 85.

12 Guariglia O. Una ética para el siglo XXI. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica 2001: 60.

pero instrumentalizadas asimismo a fin de lubricar las relaciones entre los participantes de esas prácticas, clarificar contratos, reducir el riesgo de conflictos. También la bioética nace sin un sustrato filosófico definido y con el encargo inicial muy pragmático de por una parte atenuar la erosión que la medicina tecnocientífica ejerce sobre los derechos del paciente, por otro lado abogar por la conservación del medio ambiente en condiciones sustentables para la sobrevivencia de la humanidad.

Fatiga de tradiciones y doctrinas

Dos guerras mundiales, el desmoronamiento de imperios coloniales, el desarrollo durante 70 años de dos modelos políticos que se enfrentaron en forma antagónica y bélica, han dislocado el papel de la tradición en la conformación cultural de nuestros tiempos, debilitando y cuestionando sus instituciones fundantes. Conceptos como patria y nación han perdido su vinculación valórica y su cohesión a medida que emergen fuerzas políticas y económicas de orden transnacional; la familia se ha desdibujado en tanto prevalecen convivencias atípicas, existencias solitarias o reestructuraciones que han provocado que, al menos en EE.UU., la mayoría de los niños no crecen en el tradicional y estable entorno de sus padres biológicos. El discurso valórico de la tradición, tan fundamental para la estabilidad cultural, se debilita al punto de desmoronar la matriz ética vigente sin poderla reemplazar, por propuestas adecuadas para enfrentar fenómenos sociales complejos y en permanente cambio. Las grandes religiones sufren desafiliaciones y distanciamientos y la fragmentación en sectas de corto alcance. El cuestionamiento de la modernidad, los intentos de desestructurar la racionalidad y el descrédito del sujeto en cuanto fuente de conocimiento, contribuyen a desestabilizar todo pensamiento humanista y a negarle validez a lo moral.

La expansión tecnocientífica

El tercer gran factor que estimuló el desarrollo de la bioética fue la expansión del desarrollo tecnocientífico y la hegemonía incuestionada de la razón instrumental. El poderío de la razón pragmática le ha permitido colonizar a la razón comunicativa, en una expresión de J. Habermas, infectándola de valores materiales que se sustraen a la ponderación ética. Conviene, sin embargo, no otorgarle preeminencia indiscutida a esta evolución civilizatoria, por cuanto los problemas bioéticos también se dan en sociedades de escaso desarrollo tecnocientífico, y porque algunos conflictos que la bioética enfrenta son más antiguos e independientes de la técnica, como sucede con el aborto, la justicia sanitaria, la investigación en seres vivos,

el respeto por la confidencialidad y el cultivo de la veracidad frente al paciente, por nombrar unos pocos temas.

Con mayor o menor efectividad, ha de reconocerse que desde fines del siglo XIX se viene desarrollando una filosofía de la técnica que ha buscado clarificar y en ocasiones rectificar al *homo technicus*. Algunos hitos de esta reflexión han trascendido a la bioética y merecen ser recordados como precursores de una actitud crítica frente a la instrumentalidad. Meditaba Ortega sobre la técnica y le reconocía la capacidad de permitir al ser humano adaptar el medio para que sirviese a sus necesidades, pero con un encargo que va mucho más allá de una mera estrategia de sobrevivencia. El ser humano sólo está en el mundo si está bien, y en ese afán el filósofo registra "la casi ilimitación de posibilidades en la técnica material contemporánea"[13]. La función beneficente y hasta hedonista que Ortega le asigna a la técnica fue, amarga ironía, descrita en 1939, el año inaugural de un período fatídico en la aplicación de instrumentos y armas de destrucción. Heidegger se interesó menos en el impacto social de lo técnico que en sus repercusiones epistemológicas. El desarrollo de la técnica genera en el ser humano una errónea creencia de estar tratando con la realidad, de haber captado el ser, en circunstancias que está llenando el entorno con aparatos técnicos, "dispositivos", que le ocluyen la visión hacia la realidad misma, desembocando en la imposibilidad del ser humano por encontrarse a sí mismo, es decir, se pierde el acceso cognitivo hacia la propia esencia. Lenguaje al mismo tiempo apocalíptico y críptico, pero que indica la desazón provocada por la técnica en la mente filosófica. L. Mummford ve con similar intranquilidad que la técnica, históricamente subalterna a los designios del *homo technicus*, se ha independizado del ser humano y ahora sólo se obedece a sí misma. Técnica hegemónica, técnica fusionada con la ciencia, técnica ensimismada y autorreferente, procesos todos registrados en los últimos decenios por sociólogos (Ellul) y filósofos (Anders, García Bacca, Habermas), cuyas disquisiciones sientan ciertos fundamentos para la insoslayable reflexión crítica de la bioética sobre la tecnociencia biomédica (Jonas).

El antropólogo médico A. Kleinmann ha hecho notar que tanto la biomedicina –nombre que sería más preciso que el de medicina alopática–, como la bioética se desarrollan desde la sacralización del individuo entendido como unidad orgánica, pero cuya inserción familiar y social permanece ignorada al momento de enfermar y de ingresar en los cuidados terapéuticos. Se gesta así una práctica médica basada en, y limitada por, la exploración objetiva y cuantificable del individuo, la actualmente venerada medicina

[13] Ortega y Gasset J. Meditaciones de la técnica y otros ensayos sobre ciencia y filosofía. Madrid: Revista de Occidente, 1982.

basada en evidencia cuya inscripción valórica genera una ética pragmática que se despliega en los grandes escenarios clínicos: la UCI-UTI, el quirófano, la unidad de neonatología y el hospital oncológico. La perspectiva antropológica incluye una crítica a este modo de practicar la medicina y a aquella reflexión bioética tendiente al dogmatismo, pero también al rechazo de otras culturas que son tildadas de relativas, provincianas, no esclarecidas.

Corresponde a la bioética de los países que son periféricos al gran acontecer tecnocientífico tomar consciencia que están recibiendo en forma acrítica un modo de practicar la medicina y de reflexionar sobre ella, que no se adapta a idiosincrasias culturales locales sino más bien menosprecia una serie de constantes antropológicas que operan al interior de prácticas médicas que a su vez son muy diversas. Mientras más importancia se conceda al origen tecnocientífico de la bioética, tanto mayor será la distorsión de su discurso en relación a sociedades y culturas locales.

Reivindicaciones de grupos sociales postergados

El menos recordado de los momentos sociales que iniciaron la disciplina bioética es, ante todo desde la perspectiva del Tercer Mundo, el más trascendente. En 1968, B. Friedmann y otras autoras publican sus primeros escritos feministas, teniendo por *leitmotiv* la igualdad de las personas en independencia de su filiación biológica –sexo– y de los roles culturales –género– que se les asigna socialmente en forma arbitraria y discriminatoria. Ese mismo año se producen las revueltas estudiantiles en París y otros centros, a objeto de lograr mayor participación de los universitarios en la estructuración de la educación superior. También en 1968, culminando las movilizaciones afroamericanas contra el racismo y la opresiva hegemonía de los blancos en EE.UU., es asesinado Martín Luther King; fue igualmente en 1968 que se produjo la "Primavera de Praga" como movimiento de liberación ciudadana del dictatorial imperialismo soviético. Coinciden estas fechas con la fundación del movimiento ecológico Greenpeace, que inicia campañas de protección a seres desvalidos frente a la explotación por intereses comerciales y a la polución del medio ambiente por acciones industriales. También por esos años se intensifican las corrientes migratorias de grandes grupos humanos escapados de penurias económicas o de persecuciones políticas de su país, pero cuya acogida en los países huésped se condiciona a otorgarles estatus de ciudadanos de segunda clase, con reducción de derechos cívicos y de opciones sociales.

Es éste un apretado lustro en que minorías postergadas y mayorías discriminadas emprenden movimientos de reivindicación de sus derechos. Nada extraño, por ende, que también las personas enfermas viesen llegado

el momento de requerir sus derechos desmedrados frente a una sofisticada medicina instrumental e impersonal. Sólo que, por su condición de fragilidad y dependencia, los pacientes no poseían la cohesión ni el poder para emprender estas reivindicaciones, las cuales vicariantemente fueron planteadas por personas sensibles a estos requerimientos y disponibles en un mercado laboral saturado de académicos: teólogos, filósofos, algunos médicos, sociólogos, antropólogos.

Mucho más notorio aún que en el caso de la tecnociencia, es lo contextual del discurso de derechos en dependencia de características culturales locales. También la medicina así llamada científica se ve expuesta a matices y modificaciones culturales de importancia, que erróneamente han sido descuidados. Diversos estudiosos han contribuido a ilustrar este punto que aparece resumido con precisión en la siguiente cita:

"Pocos miembros de sociedades no Occidentales –tales como China, India, Japón, la mayor parte del Sudeste asiático, sociedades africanas–, sostienen la postura que el individuo aislado es el centro de responsabilidad de decisiones terapéuticas, o que la terapia debe fomentar el máximo de individuación de la persona enferma, o que la autenticidad personal es fundamental para la salud y el bienestar"[14].

Concedido que Latinoamérica no es una sociedad no Occidental y que por ende tal vez sea coherente nuestra perspectiva más individualista, no deriva de ello que la biomedicina pragmática y la bioética de corte liberal-principialista sean adoptadas sin cuestionamientos ni modificaciones alternativas, so pena de desertar de la raíz social propia de nuestras tradiciones. Si la bioética nace como reivindicadora de derechos de pacientes, ello debe suceder en el seno de la cultura de cada sociedad, considerando las idiosincrasias locales a nivel individual, familiar, grupal y comunal. Por ejemplo, la tan prevalente discusión en torno a la distribución de recursos se da en países industriales como resultado de la crisis financiera de los sistemas de atención médica, en tanto que naciones tercermundistas inspiran este tema en búsqueda de justicia sanitaria.

Influencias económicas en la biomedicina

Esta última observación deja entrever una quinta raíz del poderoso avance académico de la bioética: la imprecedente transformación económica ocurrida al interior del mundo biomédico, cuya expansión lo consigna como el más poderoso y lucrativo entre las magnoempresas. Aun cuando este factor operaba en forma incipiente y poco visible en los años 1960-70, comenzó a

[14] Kleinman A. Writing at the margin. Berkeley: U. of California Press, 1997: 47.

adquirir fuerza durante la etapa de crecimiento de la bioética y no faltan quienes recuerdan que la disciplina se inició con un análisis de asignación de recursos escasos, el conocido Comité de Seatle y la polémica discusión de los años 1960 en torno a los criterios de selección elaborados para requirentes de diálisis renal. El modo de hacer medicina, así como las metas y estrategias de la investigación biomédica, el pensamiento mercantil de la industria farmacéutica, la aparición de la medicina administrada, las finanzas sanitarias de clínicas, hospitales y gobiernos, todo ello ha generado la primacía del *homo economicus* al interior del enfermar y del quehacer terapéutico. La bioética se encuentra seriamente exigida para ayudar a esclarecer la gran diversidad de realidades biomédicas que se generan y, lamentablemente, debe desplegar importantes esfuerzos, no siempre logrados, por no caer en una defensa de intereses particulares apoyados en éticas contradictorias[15]. No obstante, este tema no será tratado aquí, en consideración a la sociología funcional-sistémica de Luhman, quien describe los sub-sistemas de la sociedad, el económico entre ellos, como cerrados a toda influencia ajena a sus propios códigos epistémicos y semánticos. Esta teoría confirma la observación cotidiana en torno a la indiferencia de lo económico frente a consideraciones éticas, que obliga a mirar con escepticismo la influencia de la bioética sobre las propuestas pragmáticas de políticas presupuestarias y de intereses pecuniarios. A lo más podrá jugar un papel modulador sobre el modo cómo se distribuyen las disponibilidades de recursos, materia fundamental que aquí queda sólo insinuada. A pesar de estas limitaciones, la literatura contiene una proporción progresivamente creciente de reflexiones dedicadas a los aspectos económicos que están determinando el quehacer biomédico contemporáneo.

Desbrozadas las fuerzas sociales que impulsaron el nacimiento y rápido crecimiento de la bioética, corresponde a continuación dilucidar la interacción producida entre bioética y realidad social. En la ética filosófica se entiende como áreas de competencia diversa a la ética –reflexión sobre– y la moral –conjunto de normas éticas socialmente vigentes–, a las que se agregan la moralidad –la *Sittlichkeit* hegeliana– y la metaética. El discurso bioético frecuentemente omite la rigurosa distinción entre lo que es y lo que debe ser, cayendo en la falacia naturalista de describir fenómenos sociales y validarlos éticamente por su sola existencia. La bioética no siempre reconoce estas filigranas, por lo que no es de extrañar que considere lo dado, por el hecho de darse, como meritorio, siéndole difícil aceptar valores no tradicionales y tolerar visiones morales atípicas. A la inversa, el discurso prescriptivo se infecta con lo descriptivo en la medida que la perspectiva sociológica diagnostica el estado actual de lo social y deriva, sin legitimarlo, el deseado estado

[15] Kottow M. Who is my brother's keeper? J Med Ethics 2002; 28: 24-27.

futuro. Es pertinente destacar estas dificultades en el presente contexto, por cuanto no es infrecuente que una descripción sociológica o una presunta, y con frecuencia errónea, percepción del sentir comunitario sean trasladados sin más al terreno de la bioética prescriptiva, produciendo enormes brechas entre el discurso académico y el sentir popular.

Sociología y bioética

Las éticas aplicadas se definen precisamente como disposiciones morales relevantes a prácticas sociales, vale decir, una ética aplicada no podrá hacer abstracción de la realidad social para la cual está siendo elaborada y de la cual provienen los problemas, los dilemas y las inquietudes que solicitan análisis moral. Como posiblemente la más destacada de las éticas prácticas, la bioética se ocupa de valores de ineludible presencia y urgente validación para todos los sujetos morales, con lo cual está aún más expuesta a conflictos y a la búsqueda de adecuadas resoluciones. La interacción entre bioética y sociología es, pues, insoslayable, por lo que no deja de sorprender la tan larga hegemonía de una bioética individualista como lo es el principialismo. Igualmente preocupante es la tendencia marcadamente kantiana de derivar perspectivas y normas bioéticas desde una subjetividad humana que sólo en segunda instancia recuerda la necesidad de hacerse cargo de su validación social.

El positivismo con el cual A. Comte inaugura la disciplina sociológica tendió a neutralizar toda filosofía moral y a establecer, en palabras de otro sociólogo de la primera hora, Emile Durkheim, la determinación social del hecho moral, consecuencia de lo cual los principios morales serían reactivos a las realidades sociales que los determinan. Una tal depuración por parte de la sociología de toda perspectiva primariamente ética tuvo importantes seguidores en las escuelas estructural-funcionalistas (Parsons, Merton), entre los etnometodólogos (Garfinkel) y en algunas escuelas marxistas. Lento fue el reconocimiento de lo contrario, de que "no se puede estudiar la vida de seres morales sin tener en cuenta los anhelos que determinan sus conciencias éticas, ni sin dejar de proyectar los nuestros sobre los suyos"[16]. Favorablemente para la ética, y probablemente para la sociología, ha renacido el cultivo de las ciencias sociales desde la óptica que reconoce la centralidad de los problemas filosófico-morales, notablemente en la Escuela de Frankfurt, cuyo más prominente representante actual, J. Habermas, ha incursionado recientemente en la bioética[17].

16 Giner S. Sociología y filosofía moral. En: Camps V. (ed). Historia de la ética. Tomo 3. Barcelona: Ed. Crítica, 1989: 118-162; p.155.

La importancia de entender la sociología como explicando –pero no dando origen a– valores morales trascendentalmente presentes y a éstos como proveniendo de y recursivamente influyendo sobre procesos sociales, se refuerza con el relativamente reciente concepto de la sociedad como un centro de conflictos. La multiplicidad de intereses, de creencias y de perspectivas valóricas genera conflictos cuya resolución, o al menos su debilitamiento, se desarrolla a través del ejercicio de la racionalidad y confiando en la gestión de instituciones inspiradas en la justicia[18]. En la investigación de los conflictos inherentes a toda sociedad, y que han sido acuciosamente disecados por Maliandi[19], se confunden las plumas de sociólogos (G. Simmel) y de filósofos como Nowell-Smith, Aranguren, Hampshire.

Bioética y sociedad

Los temas de la bioética permean todo orden social y las más diversas culturas. Los problemas biomédicos que requieren reflexión ética afectan necesariamente toda biografía humana, reconociendo que el individuo es influido desde el nacimiento por otras vidas, convive gregariamente, sabe de su enfermabilidad y dependencia, así como tiene conciencia de la muerte propia pero también registra la finitud de los otros. Si la bioética no es ajena a persona alguna, resulta sorprendente que haya desarrollado un discurso donde el sentido común –el *common sense* de los filósofos escoceses–, la intuición –si es que se la valora como fuente cognitiva–, la moral común y la moral pública, alcanzan todos sólo escasa figuración. Si la bioética olvida su anclaje en lo social, arriesga reducirse a un pensamiento enrarecido y divorciado del sentir y del decir de los afectados. Allí donde la disquisición teórica ha pretendido basarse en opiniones públicas supuestamente prevalentes, ha sido criticada como acertada en su intención pero errónea en su percepción, mas esta crítica merece a su vez reparos, de tal modo que la muy necesaria polinización de la reflexión bioética por la investigación sociológica continúa siendo deficitaria.

Sintomática, asimismo, es la paucidad de investigaciones empíricas acerca de la validez extraacadémica y cotidiana del discurso bioético. Todo lo que se escribe, lo que se enseña y se discute, ¿tiene repercusiones en las prácticas biomédicas? ¿Están olvidando los amantes y cultores de la bioética, que el fin último de una ética aplicada es su traducción a la *praxis*? ¿Y eso con especial urgencia en la medicina como la más inmediata de las praxiologías?

17 Habermas J. Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik? Frankfurt aM., Suhrkamp 2001.

18 Hampshire S. Justice is conflict. Princeton, N.J.: Princeton U.P., 2000.

19 Maliandi R. Cultura y conflicto. Buenos Aires: Biblos, 1984.

Si el discurso de la bioética tiene por tarea social el ordenar moralmente las prácticas biomédicas, será difícil desoír el sentir social al respecto, y eso requiere una observación acuciosa y empíricamente fundada de cuál sea el sentido común –como moral pública y moral común[20]– prevalente. La función de la bioética ha sido precisamente "importar a la medicina un conjunto de requerimientos éticos que no son intrínsecos a las culturas ocupacionales y organizadoras de la medicina en sí"[21], mas incluso esta observación y el llamado a incrementar este tipo de estudios adolece de premisas conceptuales cuestionables[22].

La bioética del futuro

La desinserción de la bioética de su campo de aplicación social entrega signos poco auspiciosos sobre su futuro y amenaza convertirla en una disciplina académica marginal por haber traicionado su misión práctica. Diversas causas están en juego para insinuar este destino, pero el presente texto tiene la menos ardua tarea de referirse a la bioética del futuro, no al futuro de la bioética.

Viene transitando la bioética por un carril individualista que se ha plasmado en una posición filosófica particularista o casuista, desdeñando toda pretensión de universalismo. Desde allí se han nutrido las exaltaciones de la autonomía –postulada pero no realizada, según la distinción de Guariglia[23]– que sólo respeta a otras autonomías pero no se siente en deuda con un bien común. Presenciamos las presentaciones de valores singulares y derechos espurios –como el derecho de no haber nacido– y que se escabullen de toda justificación racional; así como se dan los comunitarismos locales que se aíslan de la red social más amplia que los alberga. Particularismos todos éstos que claman por la presencia de instancias de arbitraje moral –Comités, por ejemplo– que deben dirimir las discordias a falta de doctrina, de jurisprudencia y de la utilización ecuánime de procedimientos de deliberación ética. La medicina social o salud pública se desarrolla de espaldas a la bioética, al punto que algunos bioeticistas han preguntado por qué esta práctica biomédica poblacional se siente eximida de todo análisis ético[24].

[20] La moral pública se ocupa del resguardo de los intereses comunes a todos. La moral común es la representación de los valores éticos prevalentes en la sociedad.

[21] Russmann R. The contributions of sociology to medical ethics. Hastings Center Report 30:7-11, 2000.

[22] Emanuel EJ. The relevance of empirical research for bioethics. En: Lolas F, Agar L (eds). Interfaces between bioethics and the empirical social sciences. Santiago: Publications Series OPS/OMS, 2002: 99-110.

[23] Guariglia O. Una ética para el siglo XXI. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2001.

[24] Skrabanek P. Why is preventive medicine exempted from ethical constraints? J Med Ethics 1990; 16:187-90.

La rendición del pensamiento bioético a la óptica individualista tiene repercusiones insospechadas sobre la influencia social de las tecnociencias y prácticas biomédicas, pues habría una paucidad de herramientas conceptuales para enfrentar las repercusiones públicas de lo que erróneamente se cree afectará sólo a los individuos. Al igual que los acápites anteriores, la mirada proléptica de la bioética futura está marcada por un sesgo individualista indiferente a los impactos sociales de enorme trascendencia que cabe esperar del futuro. Dadas las incertidumbres de toda anticipación, lo que sigue no puede ir más allá de un escorzo en gran medida intuitivo.

La tecnociencia tiende efectivamente a satisfacer expectativas individuales sin tomar conciencia de las repercusiones sociales que se producen. En el área biomédica se investiga en forma promisoria para alcanzar una prolongación de la vida, excediendo en 20-30 años los promedios actuales pero sin descartar logros substancialmente mayores. En la mira está la existencia individual, pero es evidente que las consecuencias sociales de una proliferación de personas más que octogenarias serán de incalculable envergadura, para lo cual basta reconocer el panorama sociológico actual donde las personas envejecen y ven debilitados sus lazos laborales, económicos, sociales, familiares. Son las diversas muertes que las personas sufren en la senescencia, la última de las cuales es la muerte biológica[25]. Las sociedades no están preparadas para que las personas vivan varios decenios más que ahora sin desmedrar su calidad de vida y manteniendo una activa y satisfactoria relación con el entorno material y social. Desde la bioética ha de venir la preocupación por la naciente discrepancia entre un ciclo social limitado e invariable, y un ciclo médico enormemente expandido. El futuro próximo enfrenta una gerontología feble y carente de inspiración, con una geriatría dinámica y ambiciosa, un desencuentro que augura rispideces sociales severas.

La genética entrega otro ejemplo de un pensamiento bioético individual sólo marginalmente analizando los efectos sociales producidos. La intervención genética tiene el expreso propósito de curar, mejorar o perfeccionar la dotación génica de los individuos. Es más, cualquier insinuación de alterar genéticamente a una población es rechazada como discriminatoria y abusiva, reminiscente de políticas eugenésicas repelentes; no obstante, pasa inadvertido que técnicas de intervención genética que supuestamente sólo afectan al individuo, impunemente generan impactos sociales evidentes, desde los tamizajes que tienen objetivos diagnósticos pero están infectados de discriminaciones laborales y económicas, hasta los recambios genéticos terapéuticos

[25] Kottow M. Bioética: ¿Cómo morimos? El Mercurio, 5 Nov. 2000. pp E5-E6.

que generan en todos los actualmente afectados por el gen imperfecto una resistencia a ser catalogados de minusválidos e indeseables. Indeseables, señalan ellos, porque su gen está siendo eliminado en futuros individuos. Válido o no, el argumento muestra cómo un programa genético influye sobre segmentos poblacionales que se sienten afectados y marginados[26].

La tendencia de la medicina a entender enfermedad como una interacción multifactorial con el entorno, donde incluso las predisposiciones genéticas se expresan en virtud de factores externos, traslada gran parte del quehacer biomédico al terreno social. La etiopatogenia parece reducirse en el futuro a dos fuerzas: la dotación genética y el estilo de vida, éste último englobando impactos sociales y del entorno, así como modos de comportamiento; la inculpación del *modus vivendi* como factor patogénico abre las puertas para hablar de autogestión sanitaria y volver a conceptos periclitados de culpa y castigo, y a la consecuente reducción o negación de coberturas. El concepto griego de enfermedad por necesidad natural y forzosa *–katananken–*, en distinción del enfermar por necesidad azarosa *–katatychen–* según lo presentara Laín Entralgo en un Curso de Antropología Médica dictado en la Universidad de Chile en 1965, se está desplazando contemporáneamente a favor de la primera. Pero en tanto el enfermar por azar invita al cuidado terapéutico[27], el enfermar por determinismo natural tiende a generar medidas públicas de prevención y regulación. Es en este sentido que el aspecto público de la medicina tiende a reforzarse en tanto la bioética continúa enfrascada en el caso singular del encuentro clínico. Ciertamente, la tarea principal de la bioética ha sido y continúa siendo el resguardo ético de la relación médico-paciente, pero en ese legítimo afán no debe perder de vista que una parte creciente de la práctica médica se está alejando de esta atmósfera interpersonal y anidando en lo público y en sus instituciones, posición en la cual se requiere una deliberación ético-social que aún es muy anémica.

Un rasgo emergente adicional que debe hacer meditar a la bioética es la tendencia originada en la genética pero no limitada sólo a ella, de erosionar los límites entre salud y enfermedad. A los problemas ya esbozados, agrega la genética una oferta de intervención que puede ser terapéutica –neutralizar o eliminar genes defectuosos– o de carácter meliorista y aun perfectiva que promete mejorar la dotación genética según deseos idiosincrásicos. Esta

[26] Kottow M. Salud pública, genética y ética. Revista de Saúde Pública 2002; 36:537-44.

[27] Aunque hay quienes, como T.H. Engelhardt Jr., distinguen el infortunio de la injusticia y consideran sólo ésta como causa de preocupación social. El desafortunado tendrá que resguardarse por sí solo y estará sujeto a la sanción de la autorresponsabilidad.

tendencia, que ya opera en ciertos mercados biológicos y ha inspirado en algunos pensadores la sugerencia de eliminar el término "medicina" por cuanto la tradicional práctica terapéutica está siendo reemplazada por "tratamientos de cuidados de salud" que responden a los deseos de personas sanas pero empeñadas en arbitrariamente determinar y rediseñar su sino biológico[28]. Se genera así la medicina desiderativa, en la cual decisiones e intervenciones aparentemente individuales afectan importantemente los aspectos sociales de las prácticas biomédicas y su análisis bioético.

El impacto público de esta reasignación de esfuerzos y recursos sanitarios es otra área donde la bioética particularista será testigo mudo e impotente a menos que se reoriente hacia la búsqueda de validaciones generales y reflexione críticamente sobre la actual proliferación de preferencias sólo a primera vista moralmente indiferentes, como decían los estoicos, y que se escabullen del esclarecimiento moral. En países del Tercer Mundo, donde segmentos importantes y no rara vez mayoritarios viven en pobreza y deprivación, es en extremo grave si la medicina olvida la distinción entre necesidades y preferencias, y se concentra en otorgar servicios postergables y superfluos en olvido de los carenciados. Sólo una bioética con sensibilidad social podrá llamar la atención sobre las tareas insolutas y prioritarias de las prácticas biomédicas, tanto en lo clínico como en lo sanitario público y en la investigación.

Conclusión

Una ética aplicada que arraiga históricamente en lo social pero que ausculta cada vez menos sus fundamentos públicos, se viene divorciando de su sustrato de reflexión, produciendo un hiato entre las prácticas biomédicas de repercusiones sociales innegables y la reflexión particularista que se solaza con analizar casos y busca resolver únicamente problemas contingentes. Así tensionada, la bioética requiere reinsertarse en lo social, ejercer la comunicación participativa y buscar procedimientos que hagan real la comunidad de comunicación, a tiempo que ha de eludir a los dos cancerberos que la amenazan: la filosofía teorizante que desprecia lo práctico, por un lado, y el pragmatismo algorítmico que rehuye toda generalización en la errónea impresión que lo particular no ancla, trascendentalmente, en validaciones más amplias. Con todo lo importante que es el énfasis en la bioética clínica, es preciso enriquecerla con un instrumento que realmente pulse el sentir de las

[28] Mori M. The Twilight of "Medicine" and the Dawn of "Health Care". J Med Philosophy 2000; 25:723-744; p. 731.

comunidades, esclarezca los valores en juego y depure los mecanismos decisionales que faciliten su realización.

La bioética tiene un rol fundamental e indelegable en el escenario futuro pero que ya se esboza, donde los problemas biomédicos toman un cariz progresivamente colectivo en tanto los afanes de las prácticas respectivas se deslumbran con los incentivos de atender deseos y preferencias individuales, con la consiguiente redistribución de recursos en olvido de la diferencia moral entre conceder caprichos idiosincrásicos y cubrir necesidades sociales impostergables.

3

Bioética clínica

Salud y enfermedad

Manuel Pérez

Sólo la pregunta ¿te sientes enfermo? es válida para H.G. Gadamer, pues sentirse sano es precisamente el no sentirse enfermo. Salud es homologable a estar-en-el-mundo, en-la-vida, satisfecho de sí mismo, con el deseo de enfrentar los problemas que el vivir plantea en forma continua, es estar dispuesto al desarrollo de nuestro plan de hombres. La salud es el ritmo de la vida, proceso continuo de equilibrio con nuestra intimidad. La salud es un estado oculto conocido, pero realmente desconocido en su última realidad. La medicina es ciencia de la enfermedad, que es lo que se autoexpresa, se objetiviza en un momento en nuestras vidas. La enfermedad puede denominarse "caso", un verdadero caso de enfermedad. Caso, remite a acaso, el que a su vez se relaciona con el azar. De ese modo, la enfermedad es también un azar en nuestras existencias. Síntoma, en griego, significa también casualidad y se utilizaba para denominar las manifestaciones más llamativas del cuadro morboso, significado que se mantiene hasta nuestros días. La salud no llama la atención por sí misma y si quisiéramos aplicarle elementos de medida objetivantes, como lo hacemos para la enfermedad, nos encontraríamos que ella no los acepta, pues aplicar estas medidas al hombre sano en particular, no sólo carecería de valor, sino que lo enfermaría (Gadamer) (1). La salud no puede medirse para cada hombre a través de elementos estadísticos, ya que su medida, su propia medida, ella la posee con carácter absolutamente interno, natural, de adecuación al sí mismo con la fluidez de la vida.

Lo que la ciencia moderna ha intentado es objetivar metódicamente la enfermedad, que es la que aparece y se deja aprehender. Sin embargo, existe una permanente tensión entre la vigencia de antiguos ritos y costumbres utilizados a través de todos los tiempos para mantener y controlar la salud, cuya eficacia se mantiene, aunque la evidencia metodológica de su acción se desconozca mediante la visión científico técnica de la modernidad y la medicina actual. Esta tensión, siempre presente, entre la experiencia del hombre a través de la historia para "llevar" (vivir) su vida, especialmente en lo se

refiere a la enfermedad y la muerte, y la obligatoriedad de la ciencia de exigir "la razón suficiente necesaria" (Leibniz) o "la proposición del fundamento" (Heidegger), con la intención de la representación objetivante y calculadora de la realidad, es lo que Gadamer denomina "el estado oculto de la salud" (1).

La medicina como expresión del saber científico puede aprenderse en lo general y teórico, pero en la aplicación al caso particular es donde se demuestra el verdadero "arte de curar". Esta *praxis* requiere de experiencia, tiempo, maduración y vida.

Al mismo tiempo, en las últimas décadas, y gracias a los estudios de Foucault (2), la enfermedad ha estrechado su vinculación con los aspectos sociopolíticos, dado que las normativas de una sociedad entera siempre contribuyen a delimitar el campo de lo morboso, especialmente en lo referente a las áreas del espíritu. "Genio y locura" se entremezclan casi indisolublemente en lo artístico, y los cultores de dichas disciplinas habitualmente se marginan del ámbito social convencional. Para los contemporáneos de F. Hölderlin, la mayoría de su obra tardía se vinculaba directamente con la enfermedad mental, de tal modo que no fue publicada en la recopilación de su trabajo poético. Sin embargo, la obra de dicho autor ha sido incorporada en el siglo XX con las características de un verdadero maestro y creador de un nuevo y valiosísimo estilo (Gadamer) (3). También hay que reflexionar en la transición entre lo auténtico y lo simulado, a la manera de Pirandello. El límite entre salud y enfermedad es en Nietzsche, en muchas ocasiones un verdadero enigma. ¿Es comprensible o ya ha dejado de serlo, la sentencia "Dionysos o el Crucificado? A esto agrega Gadamer que el concepto de comprensibilidad ha demostrado ser muy vago (3).

El análisis de los mecanismos de la enfermedad nos lleva a descubrir en su más extrema profundidad un núcleo universal de lo patológico, la angustia, la cual todo lo sobrepasa, no dejándose atrapar por el enfoque naturalista ni por el individual o biográfico, no dejándose interpretar tampoco por la historia (Foucault) (2).

En la medida que comprender implica reunir, captar y penetrar al mismo tiempo, la nueva reflexión sobre la enfermedad es, ante todo, comprender. ¿Es posible comprenderlo todo? Lo característico de la enfermedad mental en contraste con el comportamiento mental normal puede ser explicado, pero ¿puede ser comprendido? (Foucault) (2). Jaspers nos indica que la comprensión puede extenderse mucho más allá de las fronteras de lo normal, y que la comprensión intersubjetiva puede alcanzar al mundo patológico en su esencia (2).

La frontera entre enfermedad y salud se diluye a través del tiempo en forma cada vez más acentuada. Las manifestaciones del estar enfermo no

obedecen sólo a una sumatoria de síntomas secundarios al proceso patológico actuante, sino que expresan tanto a la morbosidad misma como a las posibilidades de respuesta de carácter absolutamente fisiológicos con que la armonía tisular en su totalidad se manifiesta frente a la agresión. La plasticidad de las respuestas orgánicas en la presencia de la enfermedad pueden causar paradojalmente más daño global y generalizado que el agente patógeno mismo. La salud y también la enfermedad-salud son el resultado de un delicado equilibrio entre las condiciones normales y coherentes de respuesta de un organismo frente a su realidad externa e interna como también a la presencia de modificaciones adaptativas en relación a la injuria de carácter tanto físico como psíquico. Existe una real solidaridad entre las reacciones particulares de las funciones de la biología con la totalidad de su conjunto orgánico expresado en un "organismo" individual. Esto puede ser denominado "coherencia global" (2).

Es necesario dar crédito al hombre en su totalidad y no a las abstracciones de la enfermedad.

Platón decía en una oportunidad, que no se puede sanar el cuerpo sin conocer el alma, sin conocer la naturaleza del todo (1). Con esto se refería a la unidad del ser en sí. El todo de la *physis* y del mundo social (Gadamer).

Perspectiva histórica de salud y enfermedad

Culturas primitivas

Con la salud sucede algo similar a lo que acontece con el concepto de lo bueno. Ambos son realmente entendidos al compararseles con sus contrarios negativos, la enfermedad y lo malo. Ya decíamos que la salud se manifiesta y se vivencia en relación a su ausencia, es decir, con la irrupción de la enfermedad. Del mismo modo, la comprensión de lo bueno se hace evidente en contraposición a la aparición de lo malo. Dos valores negativos resaltan la comprensión de valores positivos (4). Al mismo tiempo se establece una relación entre ambas condiciones, es decir, lo malo se vincula con la enfermedad como expresión de castigo frente a una respuesta moralmente no adecuada. Culpabilidad y enfermedad han caminado muy unidas a lo largo de toda la historia e incluso en nuestro tiempo se expresan interpretaciones que mantienen la vigencia de lo señalado.

El Mal interpretado como trágico, es decir, existente desde sí mismo y por sí mismo, exterior e independiente de la actividad humana en particular, asumió las características de "mancha", asociado a impureza, contaminación, contra la cual y con la intención de protección aparecen los rituales de purificación. Una de las manifestaciones con que se hacía presente esta

impureza era la enfermedad. Ésta representaba la contaminación como castigo al grupo o tribu y se expiaba en comunidad frente al azote de la peste, a manera de ejemplo. Enfermedad como desgracia, como ausencia de un estado de gracia o armonía con las divinidades. La connotación de impureza de la enfermedad alcanza a nuestros días (Ricoeur) (5).

La interiorización de la responsabilidad de la acción, en cuanto mala o buena, marca el inicio de la moral individual y de la culpa personificada la que adquiere la connotación de pecado. La enfermedad representa un castigo en múltiples oportunidades, hecho que se extiende en la historia de Occidente. Los mitos trágicos del mal comparten su existencia con los llamados mitos antropológicos o éticos, en los cuales el hombre es el responsable del Mal, liberando de esta manera a Dios de la responsabilidad de su creación (Teodiceas) (5).

Gran importancia reviste el "Mito Adánico", el que relata la expulsión del hombre del paraíso terrenal, en el cual cabe destacar que la expulsión es consecuencia de la desobediencia de Adán, el que por insinuación de Eva come el fruto prohibido, el que se origina en el árbol del "conocimiento del bien y el mal", conocimiento al que tiene acceso sólo Dios. Desde un comienzo el Bien y el Mal son privativos de la divinidad. Este acto trae como consecuencia la aparición del sufrimiento, del dolor físico, de la enfermedad y la muerte. El pecado nuevamente asociado al castigo, la enfermedad y la finitud de la vida terrenal. Sin embargo, el mal parece anteceder al pecado de Adán ya que se hace presente en la serpiente que tienta; así, el mito trágico reaparece en el seno del mito ético, volviéndose a plantear la interrogante respecto a la suprema bondad divina.

Cultura antigua

La cultura griega consideró a la realidad en términos de naturaleza o *physis*. Las cosas son de esta manera naturales o no naturales. La naturaleza es en sí misma única, buena, justa, hermosa y sana. Es en definitiva de donde todo nace o brota. Es el orden universal o cosmos. La enfermedad y el dolor son antinaturales y por lo tanto desorden. Esa es la base del nacimiento de la medicina presocrática y posteriormente hipocrática.

La salud es algo relacionado directamente con la felicidad y con la ataraxia. El cuerpo humano está compuesto por elementos y su equilibrio es el responsable de la salud, la que por definición es natural. El dolor es de por sí antinatural y, por lo tanto, es obligación casi religiosa combatirlo.

Dios es considerado naturaleza perfecta y por lo tanto con los atributos de plenitud de felicidad y salud. Dios no puede padecer y si padece no es

Dios. Los estoicos dejaron claramente establecido que es impasible, "*apathes*", pues el *pathos* (pasión) presupone siempre imperfección. Sólo se le puede definir por su acción y no por su pasión, siendo por lo tanto, acto puro. Se predica de Dios el intelecto y la acción, pero de ningún modo la pasión, no pudiendo ser paciente. De esta manera el filósofo debe ser un imitador de Dios, despojándose de todo sentimiento para que logre manifestarse el logos en todo su esplendor y de esta manera unirse con la voluntad en búsqueda de la sabiduría pura. Es la ataraxia o imperturbabilidad, la que, en definición de Séneca, corresponde a "alma tranquila". Recordemos que el médico debe propender a la condición de filósofo.

La enfermedad se encuentra ligada con lo religioso. Las agudas, en las cuales se supone la intervención divina en el manejo del destino, son habitualmente graves y por lo tanto, deben curarse o intentar al menos su curación con la ayuda divina. En contraste con éstas, las crónicas tienen connotación moral, debido a que su génesis en la mayoría de los casos, obedece a exageración en la dieta o en los placeres, siendo susceptibles de tratamiento, en la medida en que el paciente acate una disciplina en el vivir.

La modernidad

Verdad es que la medicina que ahora se usa contiene pocas cosas de tan notable utilidad; pero, sin que esto sea querer despreciarla, tengo por cierto que no hay nadie, ni aun los que han hecho de ella su profesión, que no confíe que cuanto se sabe, en esa ciencia, no es casi nada comparado con lo que queda por averiguar, y que podría librarnos de una infinidad de enfermedades, tanto del cuerpo como del espíritu, y hasta quizás de la debilidad que la vejez nos trae, si tuviéramos bastante conocimiento de sus causas y de todos los remedios, de que la naturaleza nos ha provisto (Descartes, "Discurso del Método").

Palabras del iniciador de la Modernidad donde se aprecia la inmensa fe en la razón y en el progreso de la ciencia en cuanto a aportar todas las soluciones a nuestra vida, en este caso, aspira incluso en hacer desaparecer la vejez.

El hombre es ahora el centro del mundo y éste se encuentra en caos (desorden), siendo un mandato para la humanidad descubrir su orden oculto, a través de la aplicación del método científico.

Durante el mismo siglo, Newton con sus leyes de la gravitación universal comprobará que se pueden cuantificar y predecir los fenómenos físicos, no sólo en la tierra, sino en todo el espacio. Este hallazgo admira incluso a Kant, quien legitima el conocimiento científico mediante la "Crítica a la Razón Pura".

La enfermedad deja de ser considerada algo no natural, pues tanto la salud y la patología comparten la naturalidad del mundo. Incluso, por primera vez, se describe el "curso natural de la enfermedad".

El proyecto ilustrado no se pone límite a sí mismo. El mundo será develado por la ciencia que significa y a la vez encarna el progreso continuo de la humanidad.

La medicina se ha secularizado y con ella la interpretación de la enfermedad, cuyo origen irá variando y enriqueciéndose a través de las conquistas del método y el ingenio de sus empleadores. La enfermedad será inicialmente anatómica, gracias a la observación, fisiológica como producto de la experimentación y posteriormente infecciosa, como consecuencia del descubrimiento de los microorganismos. Los secretos de la conducta y del comportamiento cederán a los embates estructurales de la neurología francesa y alemana y los "encantos de los sueños" serán estructurados por el inconsciente creado por S. Freud. En último término, paradojalmente en último término, aparece la medicina con sede en Heidelberg, la que con el mérito de von Waizäcker "introduce al sujeto en medicina". Se inicia así, no sólo la medicina de la observación objetivante, sino la llamada medicina de la escucha. Será Laín Entralgo quien nos aclare que el mejor instrumento médico, tanto diagnóstico como terapéutico, es la "silla al lado del paciente" (6).

La enfermedad en el ámbito descrito significa para el hombre moderno una desdicha, ya que el avance tecnológico, breve y sucintamente delineado se extiende en sus éxitos práxicos a todas las disciplinas de la ciencia, e incluso todo sistema de conocimiento disciplinario aspira a lograr estatuto de ciencia dado el éxito del método y al respeto que por ella profesa la población no especializada, lo que como resultado social se expresa en el primario y fundamental deseo de la dicha fácil y rápida.

La enfermedad cambia de estatuto de hecho patológico al de desdicha vital. Pasamos violentamente a considerar lo mórbido como juicio de valor que predica la desdicha a la enfermedad, ya que nadie puede dudar que la dicha y la desdicha no son hechos sino valores.

Lo expresado se plasma definitivamente con la definición emanada de la Organización Mundial de la Salud en 1946: "*Un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad*". Perfecto bienestar, perfecta dicha para el ciudadano. Salud como dicha. Bueno es lo que produce salud y bienestar y malo lo contrario. Salud como realidad moral última que produce la felicidad. Debe realizarse todo el esfuerzo necesario para hacer desaparecer el dolor, lo malo, la desdicha. La cultura del bienestar. La búsqueda obsesiva de la salud es en sí misma una enfermedad, la que

desplaza a toda otra forma valorativa de la existencia. Al mismo tiempo la dicha en sí misma tiene un límite y el intento por traspasar ese límite explica la aparición de los juegos de riesgo vital, los que cada día aumentan, como también el intento de cambio en la percepción de la conciencia en búsqueda casi desesperada de nuevas experiencias límites del placer, lo que se relaciona directamente con el consumo de drogas, problema mundial en la actualidad.

Contrariamente a lo expuesto, debemos reflexionar que el dolor como experiencia humana puede considerarse, sin pretender exagerar, como componente ontológico del hombre, que le abre el camino de lo infinito y trascendente. Jaspers (4) afirma que el dolor es una de las realidades más frecuentes que nos hacen experimentar "la experiencia límite", es decir, tocar nuestro propio fondo de humanidad y poder darnos cuenta de lo que realmente somos y de lo que debemos realizar en y con nuestras vidas. Nietzsche escribió que "sólo el gran dolor es el último liberador del espíritu", Rilke considera al dolor nuestro centro de gravedad.

Creo realmente que a través de la Bioética podemos inducir a la filosofía para que profundice en nuestra realidad contemporánea acerca de la verdadera dimensión e importancia vital que el dolor representa en nuestro trayecto de personas consideradas como fines en sí mismas y sobre la real autonomía en relación al dolor.

Bibliografía

1. Gadamer G. El estado oculto de la salud. Barcelona: Gedisa S.A., 1996.
2. Foucault M. Enfermedad mental y personalidad. Barcelona: Paidós Ibérica, S.A., 1991.
3. Gadamer G. Hermenéutica y psiquiatría. En: El estado oculto de la salud. Barcelona: Gedisa S.A., 1996; 177-87.
4. Gracia D. Ética y Vida. Tomo II. Bogotá: Ed. El Búho, 1998.
5. Ricoeur P. Finitud y culpabilidad. Ensayistas de hoy 1950; 265-71.
6. Laín Entralgo. Antropología Médica. Barcelona: Salvat, 1984.

El acto médico

Manuel Pérez

El concepto de Medicina ha variado a lo largo de la historia de Occidente, pero su actual significado se inicia en Grecia, existiendo ya en los sofistas una defensa de esta disciplina en contra de sus detractores que la ligaban directamente al aspecto religioso y a la magia. Se aplica desde entonces el concepto de *techne* al arte de curar, con lo que el médico pasa a considerarse un hombre de ciencia. El mismo Aristóteles coloca a la medicina como ejemplo de la transformación de lo que era una simple acumulación de saberes individuales y dispersos en una auténtica ciencia o arte. Recordemos que la palabra *techne* es de difícil traducción, asociándose en ocasiones a arte y en otras a ciencia. En todo caso, implica una disposición de dar cuenta de los fundamentos de todo lo que el hombre considera como verdadero (1). Este concepto se conoce habitualmente como *episteme* o ciencia. (En esta concepción de la *techne*, Gadamer se basa muy probablemente en el estudio hermenéutico filológico de Heidegger, el cual considera a la *techne* no como un mero medio de producción, sino que en su real esencia, ésta se vincula con la creación: "Traer a presencia lo que hasta ese momento no estaba presente". Este traer a la presencia se vincula con el "desocultar", es decir, con la verdad (2). Gadamer no utiliza en su texto el término *episteme* o ciencia).

El concepto griego de *techne* constituye una forma propia del conocimiento técnico que no sólo se encuentra ligada a una producción, sino que continuamente brota de esa misma producción. Sin embargo, la medicina ocupa un lugar muy especial en su condición fronteriza entre arte y técnica, pues carece de un material especial presente en la naturaleza para transformarlo en objeto artístico y su papel consiste paradojalmente en volver a producir lo que ya había sido producido, y en eso consiste el "arte de curar" (1). El médico con su saber y su acción no produce una obra, un *ergon*, algo nuevo en su ser, algo que demuestre su capacidad de producir. Su arte es producir la salud, es decir, lo que antes ya estaba presente y constituye una propiedad de la *phisys* y no un nuevo objeto transformado artísticamente a

partir de ella misma. Es una obra de arte que no se puede contemplar y al mismo tiempo plantea la eterna tensión entre si la mejoría es obtenida por conocimiento y acción médica o debida a la obra espontánea de la misma naturaleza. El médico no puede conservar como propia su obra de arte, la salud deja de ser suya por completo. Su objeto de arte es el hombre sano, el que se aleja de su "creador" (1).

La *phisys* es cosmos, es decir, equilibrio perfecto y al mismo tiempo dinámico y oscilante, lo que permite la aparición de cambios sucesivos manteniéndose el orden basal.

La salud es definida como equilibrio de los componentes del cuerpo y del alma, equilibrio que se relaciona formando parte del orden universal. Esas consideraciones son tomadas por el médico para que en su actuar, aplicando la buena *praxis*, el conocimiento teórico y la prudencia agreguen o quiten fuerzas, siempre lo necesario para no producir un aumento del desequilibrio, sino, por el contrario lo restituyan, obteniendo de esa manera la curación.

Esta aproximación holística de la acción de curar tomando en cuenta la condición mórbida, el equilibrio orgánico global, el componente psíquico, familiar, social y cultural, es decir, la vida en su totalidad, es la pretensión de la Bioética (3).

El médico

Es común en la actualidad clasificar al médico como científico, lo que constituye un profundo error, ya que médicos con diferentes roles y características han existido en las sociedades más primitivas y la ciencia se inicia con el proyecto ilustrado (4). El médico es en primer lugar y en forma fundamental un agente social, al que se le ha asignado una labor específica que consiste en mantener y cuidar de la salud de la comunidad. Su existencia depende, por lo tanto, de la aceptación social, siendo el médico un "juramentado" ante sí mismo y ante la sociedad que lo ha elegido para cumplir con excelencia la tarea encomendada. Es en definitiva un profesional (4).

Profesión es un término de origen religioso, dado que *profiteor*, profesar, tuvo en latín como en las lenguas romances, un claro sentido religioso, ya que una persona profesa, profesional o sacerdote, son personas consagradas a un menester, el que públicamente es reconocido como tal. Este quehacer obligaba ante sí y ante la divinidad, requiriendo, por lo tanto, de un juramento (5).

Desde el origen de nuestra medicina en Grecia, han existido múltiples roles sociales de diferente valor para la comunidad, siendo los más prestigiados, y por lo tanto, los que mayor responsabilidad asumían, aquéllos que

tenían relación con la vida y la muerte. Estos roles eran realizados por ciudadanos de excelencia a los que se les exigía un juramento público antes de su ejercicio constituyendo de este modo los profesionales. Los roles sociales de menor valor eran denominados oficios y no requerían de juramento previo. Max Weber denominó a los primeros "ocupaciones positivamente privilegiadas" y a los segundos "negativamente privilegiadas". Eran profesiones el gobierno y el derecho, el sacerdocio y la medicina (Monarca, Sacerdote y Médico). Las ocupaciones positivamente privilegiadas o "sacerdotales" poseían las siguientes características: "elección" (elegido por su excelencia), "segregación" o separación del resto del grupo, "privilegio", situación positiva frente al grupo, "impunidad", no ser sometidos a penas jurídicas, ya que representan la fuente de la legalidad y "autoridad", especialmente moral (M. Weber) (4).

En las sociedades clásicas se hacía referencia a que el sacerdocio, en nombre de Dios gobernaba el "Macrocosmos" y tenía poder sobre la vida y la muerte a través de los mandatos de la religión, el monarca reinaba el "Mesocosmos" y mediante el derecho actuaba sobre la vida y la muerte de sus súbditos, y finalmente el Médico, poseía la autoridad y el manejo de la vida en el cuerpo humano, el llamado "Microcosmos".

La importancia de estos tres roles o profesiones se expresa con entera propiedad en la creación de sólo tres Facultades Mayores en las Universidades medievales, Teología, Derecho y Medicina.

El juramento médico para acceder a la profesión es el llamado Juramento Hipocrático y se mantiene, al menos como formalidad hasta nuestros días. A través de él, el médico juraba públicamente frente a los dioses y al pueblo su obligatoriedad de *areté* (excelencia), en lo técnico de su profesión, como en su moralidad, tanto en lo que respecta a su vida, como al ejercicio de sus habilidades médicas (5).

Juramento Hipocrático

Introducción

1. Juro por Apolo médico, por Asclepio, Higía y Panacea, así como por todos los dioses y diosas, poniéndolos por testigos, dar cumplimiento en la medida de mis fuerzas y de acuerdo a mi criterio al juramento y compromiso siguientes.

Capítulo primero: El compromiso

1. Tener al que me enseñó este arte en igual estima que a mis progenitores, compartir con él mi hacienda y tomar a mi cargo sus necesidades si le hiciese falta.

2. Considerar a sus hijos como hermanos míos y enseñarles este arte, si quieren aprenderlo, de forma gratuita y sin contrato o compromiso.
3. Hacerme cargo de la preceptiva, la instrucción oral y demás enseñanzas de mis hijos, de los de mi maestro y de los discípulos que hayan suscrito el compromiso y estén sometidos por el juramento a la ley médica, pero de nadie más.

Capítulo segundo: La terapéutica

1. Haré uso del régimen de vida para ayuda del enfermo, según mi capacidad y recto entender. Del daño y de la injusticia le preservaré.
2. No daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco letal, ni haré semejante sugerencia. Igualmente tampoco proporcionaré a mujer alguna un pesario abortivo. En pureza y santidad mantendré mi vida y mi arte.
3. No haré uso del bisturí ni aún con los que sufren de mal de piedra. Dejaré esa práctica a los que la realizan.
4. Al visitar una casa, entraré en ella para bien de los enfermos, absteniéndome de todo agravio intencionado o corrupción, en especial de prácticas sexuales con las personas, ya sean hombres ya mujeres, esclavos o libres.
5. Lo que en tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba divulgarse, lo callaré teniéndolo por secreto.

Conclusión

1. Si soy fiel a este juramento y no lo quebranto, séame dado el gozar de mi vida y de mi arte, rodeado de la consideración de todos los hombres.
2. Pero si lo violo y cometo perjurio, que me ocurra todo lo contrario.

El texto del juramento fue interpretado hasta hace muy poco en sentido "naturalista", lo que implicaba una comprensión no adecuada de su contenido, lo que ha obligado a múltiples contextualizaciones y análisis. Incluso ha participado en esta tarea la "escuela de las mentalidades", nuevo movimiento historiográfico francés de mediados del siglo xx (5).

En el juramento podemos distinguir dos tipos de compromiso: el compromiso de la comunidad médica entre sí; y el compromiso técnico moral del segundo capítulo.

En el primer capítulo se aprecia que la relación de la comunidad médica es de carácter "sagrado". El maestro es en definitiva el representante de la divinidad, siendo padre en el sentido fuerte, y no sólo biológico. Es un clásico rol paternalista en el que actúa como padre (el paciente se encuentra limitado moralmente y debe, por lo tanto, obedecer a la manera de un hijo), madre (aspecto de la ternura y del cuidado de los hipocráticos con el paciente) y sacerdote (carácter de sacerdote laico del médico). La enseñanza de la medicina se transmite de generación en generación, de padre a hijo. Los no descendientes deben comprometerse con la comunidad mediante el juramento, el que al parecer representa un compromiso más religioso-moral que jurídico. Esto hace pensar en un carácter familiar de la comunidad médica en que los vínculos son sagrados, siendo la familia un ámbito privado y por lo tanto sagrado en contraposición de lo público de la polis. El arte médico se transmite con carácter privado, familiar y sacerdotal.

En el segundo capítulo o de compromiso terapéutico apreciamos una distribución de las obligaciones morales o justas que refieren al empleo de la palabra terapia como cuidado de los hombres y las religiosas o santas, en que terapia implica cuidado de lo divino.

- *Versículo 1.* El orden justo o de la terapia humana: El régimen de vida.
- *Versículo 2.* El orden santo o de la terapia divina: La farmacología. (Purificación).
- *Versículo 3.* Cláusula negativa: Prohibición de la cirugía.
- *Versículo 4.* El orden justo: La visita domiciliaria.
- *Versículo 5.* El orden santo: Guardar el secreto.

Realmente lo que el juramento pretende precisar en su segunda parte es la estructura a la vez religiosa, moral y médica del acto médico, del cuidado y la curación de los enfermos. En tanto que terapeuta, el médico establece una relación sacerdotal y paternalista.

El objetivo último de la ética profesional es la búsqueda de la excelencia, lo que significa en palabras de Aristóteles "hacer bien las cosas", como ingrediente fundamental de la felicidad y de la perfección. La excelencia es el objetivo único y último de la actividad profesional (5).

El poder del médico

En el tratado hipocrático "Sobre la decencia" se afirma:

Hay que conducir la sabiduría a la medicina y la medicina a la sabiduría. Pues el médico filósofo es semejante a un dios, ya que no hay mucha diferencia entre ambas cosas... (6).

Este texto ha constituido la definición del rol del médico durante muchos siglos y explica por sí mismo el poder social y también sacerdotal de este profesional.

Si el médico no corresponde al carácter de filósofo, le estará privado el *"dominio sobre el paciente y su mando autoritario..."* (Galeno).

La relación de poder en una comunidad o entre las personas se puede dividir a lo largo de la historia en tres situaciones clásicas: a) Monárquica, en la cual la autoridad es ejercida sólo por una persona y emana en último término de Dios, b) Oligárquica, dependiendo de un grupo reducido de personas, las cuales habitualmente representan a la aristocracia y c) Democrática. El Médico ejercía frente al paciente una autoridad monárquica de carácter filial, es decir, similar a la existente entre un padre con su hijo. Autoridad vertical hacia abajo con la intencionalidad de beneficio en la persona del paciente, el cual por ser considerado comprometido en su juicio por la enfermedad, carecía de la capacidad de comportarse a su vez como agente. El objeto del beneficio era decidido exclusivamente por el médico incluso en contra de la voluntad de su paciente. A esta forma de relación se la denominó paternalismo, la que se mantuvo vigente hasta la segunda mitad del siglo XX (5).

El paternalismo concede al médico un importante rol de poder social, ejerciendo la dominación sin utilizar la fuerza, sino el "señorío", lo que es definido por M. Weber como "La presencia actual de alguien mandando eficazmente a otro". La dominación requiere de mando autoritario. Frente al mandato se expresa la obediencia, siendo tan importante la autoridad conferida al médico, que el que obedece lo hace con el convencimiento de que la orden recibida representa para él la mejor opción, a la cual, incluso hubiera llegado sin necesidad de la imposición.

La dominación en el pensar de Weber, debe ser legitimada por la sociedad en que ella se ejerce. Esta legitimidad es inicialmente obtenida por el propio carisma del o los que la realizan, por su impronta personal y su influencia social. Por lo tanto, la legitimación denominada "carismática" desaparece con el o los que la ejercen. El carisma, obviamente no puede ser transmitido a la descendencia. Los seguidores podrán mantener la legitimidad a través de lo que Weber denominó "tradicional", que es la propia de los herederos. El poder médico se mantiene unido mediante la tradición hipocrática.

En la tercera fase, en relación con la modernidad y la burocratización del poder, la legitimación se realiza a través de las instituciones, siendo reemplazadas las personas a favor de las "estructuras", en este caso, la sanitaria, y paradojalmente esta última representa en la actualidad un poder

anónimo inmensamente mayor que el depositado previamente en las personas.

A pesar de la tecnología y la creciente complejidad del conocimiento médico, que ha reemplazado la relación individual con el paciente, la aparición de las especialidades y la desperfilación del "carisma" del médico único y personal, la medicina como disciplina, y el médico como agente, mantienen un poder social más allá de las estructuras de salud, probablemente gracias a su profesión vinculada con el manejo de la vida y la muerte (4).

La relación médico-paciente

El hecho más trascendente del acto médico lo constituye la relación médico-paciente. En ella se enfrentan básicamente dos personas, las cuales representando intereses personales muy diferentes se unen en una intención común. El paciente acude a causa de una necesidad, la mayor de las veces dolorosa, ya sea para el cuerpo o el espíritu, habitualmente para ambos, necesidad definida como enfermedad y con la esperanza, y en ocasiones la certeza, de obtener ayuda para sus dolencias o la total curación de las mismas. En él se mezclan la menesterosidad dada por la minusvalía vital y la esperanza proyectada en la capacidad terapéutica del médico. Por su parte, el médico acude a esta entrevista con la intencionalidad de curar, intencionalidad que implica necesariamente etapas sucesivas de acción (7). La relación debe plantearse como la existente entre dos hombres de igual dignidad ontológica, los que se diferencian por encontrarse, uno impedido en la realización de su proyecto de vida y el otro, por realizar precisamente lo que él mismo ha elegido para justificar su existencia, es decir, la obtención del conocimiento médico que le permite el "arte de curar".

El análisis de la relación médico-paciente es compleja y debemos considerar otras variables. El paciente ha experimentado la labilidad biológica propia del hombre, expresada en este caso por la irrupción de la enfermedad, la que lo obliga a un cambio en la interpretación y manejo de sus vivencias y proyección futura que aparecen como inciertas, condicionada esta incertidumbre por lo que le es más cercano, su cuerpo. La amenaza de la enfermedad se acompaña de miedo, angustia, los que se extienden hacia su entorno familiar. La enfermedad posee la impronta interpretativa propia de la edad, sociedad y cultura, siendo también matizada por la personalidad.

Todas las variables señaladas deben ser consideradas por el médico, en tanto establece una relación con la intención de mantener un nivel de máxima igualdad con su paciente. Recordemos que al médico le corresponde encarnar la Beneficencia, la que no sólo implica la excelencia en el quehacer técnico, sino también realizar su arte con bondad y comprensión, es decir con

compasión, entendida como "vivir con el otro, compartir con el otro". Estas características son las que permiten hablar de un "arte de curar", el cual requiere no sólo conocimiento, sino que reflexión, prudencia y experiencia.

Debemos precisar que lo anteriormente expuesto alcanza su valor cuando la Beneficencia considera la Autonomía del paciente, entendida como la capacidad y el derecho de éste último de realizar un acto libre en relación a la aceptación o rechazo a la manipulación de su cuerpo que implica siempre el quehacer terapéutico. La terapia a pesar de referir etimológicamente a "cuidado", implica siempre una suerte de transgresión de la intimidad corporal y espiritual, la "circunstancia" más próxima con que contamos, en el pensar de Ortega. Beneficencia sin autonomía es paternalismo.

Médico y paciente deben poder en el momento del contacto, "mirarse directamente a los ojos", expresando de esa manera su igual dignidad frente a la vida, aunque exista una asimetría en el conocimiento particular de la medicina. En toda relación profesional, existirá un desequilibrio de conocimientos, lo que precisamente pretende dicha relación, en el sentido de que uno de los participantes sea capaz de ayudar al otro. Ayuda, pero no pretensión de sumisión al experto.

Así planteada, la relación médico-paciente puede ser denominada de diversas maneras, siendo en el momento presente, la contractual la que más expresa la intencionalidad de ésta. Contrato entre dos personas, una de las cuales pretende ayuda médica para su mejoría y la otra capaz de realizar esta petición (4).

La Beneficencia le corresponde al médico y la Autonomía al paciente. Al referirnos a autonomía en la relación médica, creo necesario realizar una breve perspectiva histórica de este concepto.

La autonomía como expresión de la libertad personal en la toma de decisiones, aparece inicialmente con la posibilidad de elección de culto religioso o libertad de conciencia, lo que se logra con posterioridad a las luchas religiosas que asolaron Europa después de la Reforma. El hombre es autónomo para elegir su forma de relación con Dios.

La Modernidad exalta el valor del sujeto, apareciendo una cultura antropocéntrica, siendo el hombre el destinado a "ordenar" la naturaleza, que de "orden", se convierte en "desorden" (caos) en continuo "estar haciéndose". El pensamiento racional es la base de toda interpretación de la realidad (*res cogitans* de Descartes) y con posterioridad el hombre será sujeto de consideración y respeto, convirtiéndose en fin y no sólo medio y autor de La Ley Moral (Kant). Autonomía en el plano moral, lo que implica la posibilidad de autolegislación, hecho que se plantea en un plano distinto al concepto de

autonomía al que estábamos refiriéndonos y que refiere sólo a las características de un acto libre en el sentido de M. Weber. El empirismo inglés con la obra de J. Locke da lugar a la aparición de la autonomía sobre la vida, la salud, la libertad de pensamiento y a la propiedad. Son los llamados "derechos humanos de primer orden", formulados en sentido negativo.

Posteriormente a través de las grandes revoluciones liberales, inglesa, norteamericana y especialmente por su repercusión histórica, la francesa, el hombre al adquirir la condición de "ciudadano", es al mismo tiempo autónomo en la élección del poder civil, apareciendo el sistema democrático representativo. La revolución industrial trae aparejado los conflictos de la posesión de los medios de producción, lo que desembocará en 1848 en el denominado "manifiesto marxista", que junto con crear la "clase proletaria" fue responsable de los derechos económicos, sociales y culturales, a los cuales tuvo acceso la autonomía a través de instituciones estatales. Constituyen los "derechos humanos de segundo orden". Aparece también el principio de Justicia especialmente en lo que se refiere a su carácter distributivo.

De esta manera, el hombre ejerce su autonomía en la intimidad de su conciencia, en lo civil, político y religioso, pero en relación a las decisiones con respecto a su propio cuerpo requiere de intermediarios, religiosos (sacerdotes) o médicos frente a decisiones tan importantes como la terapéutica, lo sexual y su comportamiento frente a la muerte. Esta realidad se mantiene hasta la mitad del siglo xx, en que durante la década de los años sesenta, caracterizada por la lucha reivindicatoria de las minorías, como la étnica con M.L. King, la feminista, la lucha por el respeto frente a la homosexualidad, aparece también con bandera de lucha, el derecho de los pacientes, entre los cuales la autonomía constituye el hecho más sobresaliente. El derecho a la información adecuada por parte de la medicina y la aceptación o rechazo libre frente al actuar del médico. Tan fuerte fue la actitud paternalista en la historia de la medicina que la autonomía del paciente sólo se establece a nivel corporal muy tardíamente.

La expresión paradigmática de la autonomía en medicina se expresa en "el consentimiento informado" o mejor llamado aceptación informada.

Consentimiento Informado

Constituye fundamentalmente la aceptación "libre" por parte del paciente del diagnóstico y procedimiento terapéutico indicado por el médico. Un acto libre (Max Weber), debe reunir las siguientes condiciones:

- Real intención de realizar la acción, en este caso, aceptación diagnóstica o terapéutica.

- Información adecuada acerca de la acción a realizar. Esto no implica la totalidad de la información disponible, sino, de aquella que se considere indispensable para justificar el acto libre de aceptar la terapia propuesta (criterio prudencial).
- Ausencia de coerción, manipulación, sugestión, intimidación (5).

Un acto libre requiere la existencia de un paciente válido, es decir, capaz de ejercer su autonomía, tanto por su capacidad de entendimiento como por la presencia de una edad adecuada para la decisión a tomar (niño menor). Si la validez no existe, la decisión será realizada por subrogación. En caso del niño, por sus padres, en caso de incompetencia psíquica por el cónyuge, hijos, padres, parientes consanguíneos o por el propio médico.

La decisión del paciente expresada como acto libre de aceptación, modificación o rechazo de la propuesta médica, implica:

1. Información adecuada, expresada a través de un lenguaje comprensible adaptado a la condición tanto cultural como emocional del paciente, acerca del posible diagnóstico de su enfermedad.
2. Información comprensible acerca de los diferentes procedimientos para asegurar el diagnóstico, del rendimiento de los diferentes procedimientos propuestos, del riesgo eventual de dichos procedimientos, de la necesidad de su implementación, de los costos de los mismos, de las consecuencias de su no realización.
3. Información de la gravedad y pronóstico de la enfermedad, con y sin tratamiento.
4. Información de los posibles riesgos del o de los tratamientos posibles, así como de su duración.

La información descrita será entregada por escrito al paciente, explicando cada una de sus posibles dudas, dando el tiempo necesario para una correcta decisión.

El formulario escrito será firmado por el paciente o su subrogante y por el médico tratante (8).

La autonomía expresada en el Consentimiento Informado pretende nivelar la relación dialógica (basada en la comunicación) entre médico y paciente, enseñar al paciente a asumir su propia enfermedad en lo que corresponde a su conocimiento y aceptación adulta, tanto del tratamiento como de las consecuencias de su mal, asumir la responsabilidad adecuada en relación a los posibles cambios en su calidad de vida y ser consecuente en el

cumplimiento de las indicaciones médicas aceptadas de manera informada. De esta forma, la relación médico-paciente se enriquece y facilita.

Nunca debe ser considerado el Consentimiento Informado como una protección por parte del médico de posibles demandas de los pacientes, ya que éste no protege y no puede proteger desde el punto de vista legal, la negligencia o la "mal *praxis*" por acción u omisión. Sin embargo, su ausencia es considerada en la legislación actual como un agravante para el médico en caso de posibles conflictos en relación a su acción en Salud.

De esta manera, para optimizar la relación médica, tanto técnica como ética, ésta debe ser la expresión de Beneficencia y Autonomía plenamente expresada.

El Consentimiento Informado será obligatorio frente a todo acto médico invasivo, tanto diagnóstico como terapéutico (9).

Ejemplo de un formulario de Consentimiento Informado tipo (8)

Por el presente documento dejo constancia de mi aceptación para hospitalizarme por sugerencia de mi médico tratante, el que me ha entregado la información que considero adecuada en forma verbal y contestando en forma para mí satisfactoria todas mis dudas con respecto a los siguientes puntos:

1. Hipótesis diagnóstica.
2. Beneficio de la hospitalización para precisar el origen de mi enfermedad y los riesgos de no hacerlo.
3. El objetivo, los beneficios y posibles riesgos de los procesos diagnósticos para confirmar el origen de mi enfermedad.
4. Tratamiento médico de mi enfermedad, considerando los beneficios y los posible riesgos en relación a la terapia y las consecuencias de no recibir el tratamiento adecuado.
5. En caso de cirugía he sido informado de manera que considero adecuada acerca de las características de la intervención, de sus resultados favorables, de sus riesgos y complicaciones más comunes, como también acerca de los más graves. Me han quedado claras las consecuencias de su no realización y se me han explicado, si existen, otras alternativas de tratamiento.
6. Los posibles cambios tanto en el diagnóstico como en el tratamiento planteado en el ingreso, como consecuencia de la aparición de hallazgos derivados de los exámenes realizados durante mi hospitalización o secundarios a la propia evolución de mi enfermedad.

7. Durante mi hospitalización podré, cuando lo requiera, pedir la información que estime necesaria acerca de mi enfermedad como de su evolución.
8. El interlocutor válido durante mi hospitalización es mi médico tratante o el médico que lo reemplace previo consentimiento de mi persona.
9. Puedo suspender mi hospitalización cuando lo estime conveniente bajo mi entera responsabilidad, lo que será debidamente documentado y firmado por mí.

El Consentimiento Informado presenta excepciones en su aplicación, de las cuales, las más significativas son las siguientes (9):

- Urgencia. Obliga a actuar sin el tiempo necesario para obtener un consentimiento informado, dado que en esta condición prevalece la intencionalidad de la salvación de la vida.
- Privilegio terapéutico. Se aplica cuando en opinión médica la información de la enfermedad al paciente puede provocar en él un marcado deterioro de su condición psíquica. Debe tomarse en cuenta el riesgo de caer nuevamente en un paternalismo solapado.
- Incompetencia del paciente. Se aplica a enfermos que no reúnen los criterios para expresar su voluntad a través de un acto libre. Debe considerarse que la competencia admite grados, dado que un mismo paciente puede ser o no competente dependiendo de la complejidad o riesgo sobre el cual debe decidir. Esto se aplica también en relación a la edad. Un niño puede ser competente en muchas decisiones que lo afectan directamente.
- Renuncia expresa del paciente. El paciente posee el derecho de renunciar recibir la información acerca de su enfermedad. En esta situación debe ser subrogado por un familiar o incluso por el propio médico. Esta situación no es extraña en Latinoamérica, donde el paternalismo se encuentra aún bastante arraigado, no sólo en el pensamiento del médico, sino también en el del paciente, el que prefiere entregarse a la acción diagnóstica y terapéutica confiando ciegamente en la capacidad de la figura del médico, no asumiendo la responsabilidad de su tratamiento, admitiendo tácitamente que la enfermedad es "un mal" ajeno a su acción directa.
- Tratamientos exigidos por ley. Se refiere a casos en los cuales se compromete la Salud Pública, como epidemias, vacunaciones.

- Posibilidad de actuar frente a hallazgos en el curso de una intervención terapéutica y que obliguen a la acción inmediata, más allá de lo previamente consentido. Se aplica criterio similar al de los casos de urgencia.

Conclusión

En la relación médico-paciente participan a manera de contrato, el médico con su beneficencia y diligencia y el paciente, expresando su libertad a través de la autonomía.

Debemos agregar las llamadas terceras partes, es decir el núcleo familiar y la sociedad entera. Esta especial y compleja relación debe ser la expresión de una real comunicación intersubjetiva o dialógica. Es además un espacio para la aplicación de un acto democrático, si creemos, en el planteamiento de una "democracia radical", en el pensar de Adela Cortina.

Otro elemento a considerar es la confidencialidad de la información clínica, la cual en estricto rigor es siempre inviolable y pertenece tanto al médico como al paciente. Un instrumento médico, tan técnico como el estetoscopio para el médico y tan privado como la biografía para el paciente, es la "ficha clínica". La información pertenece a ambos y debe ser considerada como instrumento privado. El debate bioético se ha centrado en el último tiempo en torno a estas argumentaciones.

Un buen acto médico es el fundamento último del "arte de curar". No debemos olvidarlo.

Bibliografía

1. Gadamer G. Apología del Arte de Curar. En: Gadamer G. El Estado Oculto de la Salud. Barcelona: Ed. Gedisa, 1996; 45-46.
2. Heidegger M. La Pregunta por la Técnica. Santiago, Chile: Editorial Universitaria, 1997; 114-22.
3. Lolas F. Proposiciones para una Teoría de la Medicina. Santiago, Chile: Editorial Universitaria, 1992; 33-34.
4. Gracia D. Ética y Vida. Tomo II. Bogotá: Ed. El Búho, 1998; 75.
5. Gracia D. Fundamentos de Bioética. Madrid: Eudema, 1989.
6. "Sobre la decencia". En: García C. Tratados Hipocráticos. Vol 1. Madrid: Gredos, 1983; 202-03.
7. Laín Entralgo P. Antropología Médica. Madrid: Salvat, 1984.
8. Pérez M. Consentimiento Informado. Rev Méd Clín Las Condes Octubre 2002; 13(4):159-60.
9. Sánchez M. El consentimiento informado: Un derecho del enfermo y una forma distinta de tomar las decisiones. Cuadernos del Programa Regional de Bioética, 1996; 2:80-91.

Ética y regulación de la fertilidad

Soledad Díaz

En este artículo, para reflexionar sobre ética y anticoncepción, es necesario recordar algunas características del modelo reproductivo de la especie humana, ya que es este proceso el que se interviene al usar métodos anticonceptivos. La perspectiva biológica puede contribuir al debate sobre la legitimidad de esta intervención y a identificar el origen de algunos conflictos. Se han revisado brevemente las motivaciones que han impulsado el desarrollo de la tecnología anticonceptiva moderna, las que pueden evaluarse desde la perspectiva de la ética de las intenciones. Finalmente, se hace una invitación a reflexionar sobre la ética de la regulación de la fertilidad desde una perspectiva que parece más nueva, que está hoy en desarrollo, como son los derechos de las personas o derechos humanos.

La reproducción humana

La estrategia que ha usado el ADN para reproducirse a sí mismo ha cambiado a lo largo del tiempo hasta alcanzar el modelo complejo de la reproducción humana. Nuestra estrategia reproductiva es sexual, biparental, vivípara, produciendo generalmente un recién nacido único que es muy inmaduro al nacer y cuyo desarrollo es lento, necesitando cuidados parentales y muchos años para alcanzar el estado adulto. Además, la reproducción humana ocurre en forma de episodios reproductivos que se inscriben en un período de nuestro ciclo vital.

Este modelo reproductivo permite dos características de la especie que han sido fundamentales para que seamos lo que somos, la especie más evolucionada en el planeta:

- Por una parte, permite el mayor intercambio de material genético, esencial para crear la variedad de individuos que forman la especie. La especie está formada por personas, cada una de las cuales es el resultado de esta larga evolución. Cada uno de nosotros es la expre-

sión de una combinación única de material genético, que no ha existido nunca antes y que no volverá a repetirse. Y esta particular combinación de genes interactúa con un ambiente que es también específico y percibido en forma diferente por cada individuo. En esta interacción entre el material genético y el ambiente, se desarrolla la identidad de cada uno de nosotros.

- Por otra parte, el modelo reproductivo permite el crecimiento y desarrollo del sistema nervioso en la vida extrauterina, lo que sirve de base para el desarrollo de nuestras habilidades. Esta es una característica esencial de nuestra especie.

Las características del modelo reproductivo humano determinan funciones, conductas y necesidades a fin de formar parejas que puedan reproducirse y apoyar la sobrevida y el desarrollo de los recién nacidos. Por otra parte, tenemos que considerar que la manera en que se expresa este patrón reproductivo ha cambiado en forma significativa a través de la historia.

La descripción hecha por los antropólogos de lo que ocurría entre las tribus de cazadores-recolectores que vivían en el desierto de Kalahari en África, puede darnos una idea de lo que ocurría en tiempos remotos (1). La pubertad era más tardía, el primer embarazo ocurría poco después de la menarquia, el parto era seguido por un período de lactancia prolongado. Como no tenían cultivos, no tenían alimentos para suplementar a los niños pequeños y, por lo tanto, estos dependían exclusivamente de la lactancia materna para su sobrevida. Así, la fertilidad se recuperaba sólo cuatro o cinco años más tarde debido a largas etapas de amenorrea e infertilidad asociadas a la lactancia. Después se repetía la secuencia de embarazo, lactancia y amenorrea. En estas condiciones, pocos actos sexuales eran fértiles, las mujeres tenían pocos hijos y no todos sobrevivían hasta la edad adulta. La regulación de la fertilidad estaba dada por una barrera fisiológica y no se debía a una intervención de las personas.

El modelo reproductivo se mantuvo inalterado por milenios y fue muy eficiente, ya que la especie humana sobrevivió, se multiplicó y llegó a su estado actual. Por lo tanto, está profundamente arraigado en nuestras mentes e influye en nuestras conductas, en nuestras emociones y percepciones y la expresión de nosotros mismos como hombres y mujeres. Sin embargo, el modelo reproductivo ha cambiado lentamente como resultado del desarrollo socioeconómico y tecnológico, algo de lo que no estamos siempre conscientes como sociedad.

Al hacerse sedentarias las comunidades humanas y disponer de cultivos, la lactancia se hizo más corta dado que se introdujeron suplementos en la

dieta de los niños y la influencia inhibitoria de la lactancia en la fertilidad se hizo menor, con lo que aumentó el número de hijos que las mujeres tenían (1). Desde entonces, el interés de regular la fertilidad ha estado presente en la especie humana, como lo mencionan documentos de antiguas culturas. Pero, al no disponer de métodos anticonceptivos eficaces, la especie se multiplicó hasta llegar al fenómeno denominado explosión demográfica.

Hoy día, los métodos usados para prevenir el embarazo han cambiado en la medida en que la ciencia ha progresado y la tecnología anticonceptiva moderna ha separado eficazmente el ejercicio de la sexualidad de la reproducción. Así, en los países desarrollados, se ha postergado el primer embarazo, los intervalos entre embarazos se han prolongado, el uso de anticoncepción es alto y la mortalidad por causas reproductivas es muy baja (2-4). Sin embargo, en los países menos desarrollados, el primer embarazo es aun en edades más tempranas, los intervalos entre embarazos son más cortos, el uso de anticoncepción es bajo y la mortalidad por causas reproductivas es alta como se muestra en la Tabla 3-1 (2-4).

TABLA 3-1
RELACIÓN ENTRE LA MORTALIDAD MATERNA
Y LA PREVALENCIA DEL USO DE ANTICONCEPCIÓN

	*Muertes por 100.000 mujeres**	*Anticoncepción % mujeres ER***
África	102 a 153	1 a 49
Asia	14 a 144	9 a 70
Sudamérica	6 a 12	9 a 58
Norteamérica	1 a 2	74 a 80
Norte de Europa	1 a 2	81 a 84

* Adaptado de Hill K y cols., 2001.
** Adaptado de Robey B y cols., 1992.

La regulación de la fertilidad o la atención de problemas vinculados a la vida sexual pueden ser difíciles en ciertas sociedades, donde existe temor a los cambios del patrón reproductivo de la especie, a intervenir en ellos y a las consecuencias que esto pueda tener para las personas o la especie. Hay resistencia de muchas sociedades a cambiar modelos antiguos de conducta, incluyendo el modelo reproductivo. Después de todo, la estrategia reproductiva ha hecho de la especie humana la más exitosa, y puede atemorizar a la

sociedad el ver emerger una nueva conducta en la dinámica tradicional de la especie. Me parece que este temor a los cambios en el modelo reproductivo ha estado presente, aunque no siempre explícito, entre los partidarios de los métodos basados en la infertilidad natural (abstinencia periódica y amenorrea de lactancia) mientras que la aceptación de estos cambios está implícita en los que aceptan la tecnología anticonceptiva moderna.

El argumento usado muchas veces por moralistas católicos es que no se pueden separar el fin unitivo y el fin reproductivo del acto sexual. Sin embargo, desde la perspectiva biológica, estos fines están separados en la especie humana. Por una parte, como revisamos anteriormente, estaban naturalmente separados en los albores de nuestra especie por razones fisiológicas, debido a los largos periodos de infertilidad asociados a la lactancia. Por otra parte, hoy día hay otra condición fisiológica que separa el fin unitivo del fin procreativo en el acto sexual. Las mujeres no experimentan los largos períodos de amenorrea de lactancia sino que tienen ciclos menstruales a lo largo de un largo período de sus vidas, ciclos en los cuales sólo tienen unos pocos días fértiles. La mujer acepta las relaciones sexuales fuera del período fértil, y es la única hembra que lo hace ya que, en las otras especies, el acto sexual está restringido a los días en que es posible la concepción. De modo que en una pareja humana que tiene vida sexual regular, la mayoría de los actos sexuales ocurren cuando el fin unitivo está disociado del fin procreativo por la barrera del tiempo.

Desarrollo de la anticoncepción moderna

El desarrollo de la tecnología anticonceptiva ha marchado de la mano del progreso científico y ha requerido de una enorme inversión de talento humano y de recursos materiales. Han existido diferentes motivaciones para esto. Probablemente, una de las más fuertes ha sido la explosión demográfica que generó tanto temor y debate a mediados del siglo recién pasado.

También han sido estímulos importantes la salud de las mujeres y de los niños, que se ve gravemente afectada por el proceso reproductivo (2-5). Recordemos que cada año, según la OMS, de un total de 200.000.000 embarazos hay aún 600.000 muertes maternas y 20.000.000 de abortos de riesgo, 25.000.000 de niños tienen bajo peso al nacer, y las muertes neonatales y perinatales se estiman en 4.000.000 y 7.600.000, respectivamente. Estudios recientes estiman que, en América Latina, la tasa de abortos inducidos fluctúa entre 21 y 55 por 100 nacidos vivos y entre 23 y 52 por 1.000 mujeres de 15 a 49 años (6). El aborto es ilegal en la región y, en consecuencia, la mayoría se realiza en condiciones de riesgo. Además, hay severos efectos negativos sobre la salud física y mental de las mujeres y los niños cuando los embarazos

no deseados se llevan a término, incluyendo alta incidencia de maltrato infantil (7-8).

Muchos de estos embarazos no deseados se producen en la adolescencia, con graves consecuencias para la vida de las madres e hijos (9). En distintos países latinoamericanos, la tasa de fecundidad en adolescentes fluctúa entre 74 y 153 por 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad (10). En Chile, la tasa de fecundidad por 1.000 mujeres de 15 años de edad ha subido de 13,2 en 1980 a 22,6 en 1998 y, en el mismo período, de 59,0 a 70,7 por mil en mujeres de 17 años (11).

Por otra parte, motivaciones importantes para la aceptación de los métodos de regulación de la fertilidad han sido el bienestar familiar y la intención de eliminar la pobreza. El concepto de "paternidad responsable" aparece así ligado a tener el número de hijos que se pueden querer, cuidar, mantener y educar. Otro elemento importante es hoy la protección del medio ambiente que se ve amenazado por el gran número de personas que habita el planeta.

Me parece que todas estas motivaciones para el desarrollo de los métodos anticonceptivos son válidas desde la perspectiva ética y aceptables para la mayoría de las personas. Se cumple en ellas el principio de beneficencia ya que se busca el bienestar de los individuos y de la familia y el bien de la especie y el planeta en que vivimos. Sin embargo, algunos países han desarrollado programas anticonceptivos basados en consideraciones económicas y demográficas, sin tomar en cuenta la preocupación y las necesidades de las mujeres y los hombres con respecto a su salud y su condición dentro de la sociedad. Estos programas han encontrado resistencia de parte de quienes defienden los derechos de la mujer, ya que los problemas relacionados con la salud, los derechos de las personas y la condición de la mujer en la sociedad deben tener prioridad sobre las consideraciones demográficas, si queremos cumplir con el principio ético de respeto a las personas.

El resultado de las investigaciones de las últimas décadas es que hoy existe una gran variedad de métodos registrados y evaluados desde la perspectiva clínica y epidemiológica, los que se listan en la Tabla 3-2. Estos métodos difieren entre sí en múltiples aspectos como su composición, eficacia anticonceptiva (que se muestra en la Tabla 3-3), la forma en que administran o usan, el mecanismo de acción y los efectos secundarios, etc. Algunos anticonceptivos actúan interviniendo en los procesos endocrinos que regulan la ovulación, otros interfieren con la fecundación, ya sea en forma mecánica o por cambios en la composición de las secreciones del tracto genital. Algunos métodos dependen de sustancias exógenas como los anticonceptivos hormonales, otros de la conducta de la pareja como los métodos de abstinencia

periódica. Algunos métodos están bajo el control directo de los o las usuarias como los condones y las pastillas mientras otros dependen de los proveedores de servicios como es el caso de los dispositivos intrauterinos, los implantes y la esterilización quirúrgica. Algunos métodos son de uso continuo, como los hormonales y los dispositivos intrauterinos, otros se usan solamente antes de un acto sexual, como el condón o el diafragma, y la anticoncepción de emergencia puede usarse después de un coito no protegido (12-14).

TABLA 3-2
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EXISTENTES EN LA ACTUALIDAD

Métodos hormonales
- Métodos combinados de estrógenos-progestinas:
  - Pastillas: monofásicas, bifásicas, trifásicas
  - Inyecciones: Cyclofem, Mesigyna
- Métodos de progestinas solas:
  - Pastillas
  - Inyecciones: DMPA, NET-EN
  - Implantes: Norplant, Implanon
  - Anillos vaginales: Progesterona
  - DIU: Levonorgestrel

Métodos no hormonales
- Dispositivos intrauterinos: DIU de cobre, DIU con Levonorgestrel
- Métodos de barrera:
  - Masculinos: condón
  - Femeninos: diafragma, condón capuchón cervical, espermicidas
- Esterilización: Masculina / Femenina
- Métodos basados en la infertilidad natural:
  - Amenorrea de lactancia
  - Abstinencia periódica

Anticoncepción de emergencia
- Métodos hormonales:
  - Estrógenos y progestinas
  - Progestinas puras
- Dispositivos intrauterinos con cobre

TABLA 3-3
EFICACIA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:
TASAS DE EMBARAZO EN EL PRIMER AÑO DE USO

Método	*Tasa más baja observada*[a]	*Tasa en uso típico*[b]
Ninguno	85	85
Anticonceptivos hormonales		
Píldoras:		
combinadas	0,1	2 a 8
progestinas puras	0,5	2 a 8
Inyectables:		
progestinas puras	0,3	0,3
combinados	0,3	0,3
Implantes:		
NORPLANT®	0,04	0,04
Anticonceptivos no hormonales		
DIU de cobre	0,6	0,8
Esterilización:		
femenina	0,2	0,4
masculina	0,1	0,15
Abstinencia periódica	2	20
Métodos de barrera:		
condón masculino	2	12
condón femenino	5	21
diafragma	6	18
espermicidas	6	21

[a] Basado en el número de embarazos observado en 100 usuarias que usan el método en forma correcta y consistente durante un año.
[b] Basado en el número de embarazos observado en 100 usuarias que usan el método en forma típica.
Adaptado de Hatcher y cols., 1994.

Estas características de los métodos anticonceptivos me parecen neutras desde el punto de vista ético. Desde esta perspectiva, el desafío es ayudar a las personas y las parejas para que puedan identificar el método que es más adecuado para ellas cumpliendo con los principios de respeto a las personas, de beneficencia y de no-maleficencia.

Las personas que necesitan anticoncepción son mujeres, hombres o parejas, con diferentes características biomédicas y distintos estilos de vida. Están rodeados por familia, amigos, y un grupo social que influye en la vida diaria y en los planes para el futuro. Viven en condiciones culturales, psicosociales y económicas que difieren entre sí y que son dinámicas y cambian a lo largo del tiempo. Están inmersos en un sistema de valores y en vivencias según su género, con distintos niveles de conciencia de la influencia que esto tiene en las conductas. Es en este contexto en que se toman las decisiones sobre conductas sexuales y reproductivas. Dichas decisiones son difíciles para la mayoría de las personas porque incluyen muchos aspectos, algunos de ellos difíciles de comprender o aceptar y porque tienen consecuencias a corto y largo plazo para la vida personal y familiar. Por lo tanto, los principios éticos mencionados deben estar presentes en los prestadores de servicios de salud, para que informen y apoyen el proceso de decisión al elegir un método en lugar de prescribir uno solo desde la perspectiva médica o las preferencias de los profesionales involucrados.

Derechos humanos y regulación de la fertilidad

Al parecer la tecnología anticonceptiva puede evaluarse a partir de los derechos humanos (15-16), los que se conjugan fácilmente con los principios básicos de la bioética.

Derecho a la vida

El uso de anticoncepción protege la vida y la salud de las personas (17). Como vimos anteriormente, el aborto de riesgo es aún una de las causas más frecuentes de mortalidad materna en el mundo y las consecuencias de los embarazos no deseados aún afectan la salud de mujeres y niños en todo el mundo. El uso de anticoncepción salva la vida de las mujeres ya que permite evitar los abortos realizados en condiciones de riesgo y los embarazos en mujeres con patologías que las exponen a riesgos graves si se embarazan. También protegen la salud de las madres ya que les permiten recuperarse desde el punto de vista nutricional al prolongar el intervalo entre los embarazos. Numerosos estudios (18) han mostrado además que, en países en desarrollo, el distanciar los nacimientos salva la vida de los niños ya que las tasas de mortalidad son más altas cuando los embarazos se producen en intervalos menores de dos años que cuando son separados por intervalos mayores.

Derecho a la libertad individual

Cada uno de nosotros es una persona única e irrepetible y tiene derecho a ser vista y tratada como el ser humano único que es y a expresar plenamente su patrimonio genético, de acuerdo al principio de respeto a las personas. Así, cada cual debe poder expresar su sexualidad, y decidir su conducta reproductiva y el uso de anticoncepción según la percepción que tiene de sí mismo y de su situación de vida y de acuerdo a sus valores. El derecho a la libre elección según situación de vida y condición de salud requiere de información suficiente para tomar las decisiones más adecuadas y de múltiples métodos anticonceptivos para elegir los más apropiados.

Derecho a la libertad de pensamiento y a la libertad de conciencia y de religión

En una sociedad pluralista, conviven personas con diferentes valores y posiciones religiosas que requieren respeto y tolerancia, de acuerdo al principio de respeto a las personas. El personal de salud no puede imponer sus posiciones religiosas o sus valores a las personas que atienden y debe respetar la diversidad de pensamiento, conciencia y religión de las personas atendidas. La entrega de ciertos anticonceptivos como los dispositivos intrauterinos y la anticoncepción de emergencia es rechazada por algunos miembros del personal de salud que considera que su mecanismo de acción no es aceptable. La conducta éticamente aceptable es derivar a otro profesional de la salud si no se está de acuerdo.

Derecho a formar una familia, tener hijos o no hacerlo

Los conceptos de maternidad y paternidad voluntaria y responsable son culturalmente aceptados así como el deseo de los padres de mejores condiciones de vida del grupo familiar y mejor educación para los hijos. Sin embargo, tenemos distintas concepciones de lo que debe ser una familia, y diferentes posiciones con respecto al ejercicio de la sexualidad desligada de la reproducción. De acuerdo al principio de respeto de las personas, el personal de salud debe atender a quienes solicitan anticoncepción sin anteponer sus posiciones ideológicas con respecto a lo que es una familia, al ejercicio de la sexualidad sin desear la reproducción o al uso de ciertos métodos anticonceptivos.

El derecho a evitar embarazos no deseados requiere de anticonceptivos eficaces (Tabla 3-3). Sin embargo, se estima en 120.000.000 las personas que en el mundo no tienen acceso a anticoncepción.

Derecho al cuidado de la salud

Las personas tienen el derecho a preservar su salud, no sólo al prevenir embarazos no deseados, sino también durante el uso de los procedimientos. Esto implica conocer las alternativas anticonceptivas existentes y poder elegir entre aquellas más convenientes y seguras para la persona, desde el punto de vista biomédico (19-21). Lo que requiere información actualizada sobre la evaluación de los métodos y sus consecuencias para la salud así como de instalaciones adecuadas e idoneidad técnica de los proveedores del servicio. Me parece importante destacar que la falta de preparación de los proveedores de servicio atenta contra el principio de no-maleficencia.

Derecho a la información y educación

Esto significa que el personal de los servicios debe proporcionar a quienes consultan información completa e imparcial acerca de los métodos anticonceptivos, para que puedan escoger el que les parezca más conveniente. Esta información es uno de los elementos de la calidad de atención más apreciados por las mujeres (22-23). La información debe incluir, por lo menos, cuáles son los métodos disponibles en el servicio, cuáles son las características de cada método (eficacia, modo de uso, efectos secundarios, duración, etc.) y las razones médicas que pueden limitar sus opciones. Una elección libre implica que el servicio debe disponer de una amplia gama de métodos para que las usuarias o las parejas puedan escoger libremente el más adecuado en las diferentes etapas y momentos de su vida reproductiva.

La información debe entregarse en forma oportuna y en lenguaje accesible para el usuario(a), no sólo en respuesta a la solicitud de las personas atendidas. No es posible entregar información científico-técnica *"completa"* porque, en general, es compleja y no todas las personas tienen el conocimiento previo necesario para comprender todos los elementos científico-técnicos, y porque no toda la información es relevante. Lo importante es entregar la información *"suficiente"* para que las decisiones de las personas atendidas estén basadas en lo que es significativo para ellas y su condición de salud. La información debe ser correcta y corresponder a conceptos debidamente actualizados.

En planificación familiar, la información aislada no es suficiente y se necesita asesoramiento o consejería y, desde el punto de vista ético, es importante incluir este aspecto en los servicios que se ofrecen (24). La consejería es necesaria cuando las personas eligen un método anticonceptivo, para que la opción tomada sea la mejor de acuerdo a sus salud y situación de vida, y también mientras usan la anticoncepción ya que hay diferentes reacciones a

los beneficios o a los problemas que se experimentan durante el uso del método elegido.

La actitud de los proveedores debe facilitar que las personas atendidas participen activamente en el intercambio de información. Es importante conocer su situación de vida, sus opciones reproductivas, su condición de salud, su experiencia previa con métodos anticonceptivos o procedimientos que deban realizarse. Esta información ayuda durante la consejería, para identificar los métodos o procedimientos que sean los más adecuados a sus necesidades. Por ejemplo, la opción que haga en cuanto a anticoncepción puede ser diferente si la mujer quiere espaciar los embarazos o si no quiere tener más hijos, si es adolescente o está en la etapa previa a la menopausia, si está lactando o si es portadora de alguna patología.

Desde el punto de vista ético, me parece también importante que el proceso de comunicación entre proveedores y usuarias se dé en un contexto de igualdad de poderes para cumplir con el principio de respeto a las personas. Además, quienes se perciben y son percibidos como protagonistas de sus decisiones, actúan en forma más responsable, tienen más posibilidades de usar correctamente el método o procedimiento que elijan y de estar satisfechos con su conducta. Creo que sólo en estas condiciones se llega a un Consentimiento Informado.

Derecho a la privacidad y confidencialidad

El principio de respeto a las personas implica que, al discutir sus necesidades o preocupaciones, tienen derecho a hacerlo en un ambiente en que sientan confianza sin ser escuchadas por terceros. Cuando se hace un examen físico, éste debe realizarse en un ambiente en que se respete el carácter privado de dicho examen. Es necesario asegurar a quien consulta que no se comunicará a terceras personas ni la información que provea ni cualquier detalle de los servicios recibidos, sin su consentimiento (25). Este punto es particularmente relevante cuando hay circunstancias que ponen en riesgo los intereses de las personas atendidas, cuando información sobre una persona se entrega a familiares como es el caso de adolescentes que consultan sobre aspectos relacionados con su vida sexual.

Derecho a la equidad

Todas las personas tienen derecho a ser atendidas, independientemente de su condición social, situación económica, creencias, origen étnico, condición marital, edad o cualquier otra característica. Este derecho es vulnerado con frecuencia, particularmente en relación con las y los adolescentes en los

países en desarrollo, quienes a veces experimentan embarazos no deseados por la actitud negativa de algunos prestadores de servicios al uso de anticoncepción o por las dificultades que tienen para acceder a los servicios de salud. Esto se traduce en altas tasas de embarazo en los países en desarrollo (fluctúan entre 54 y 236 por 1.000) mientras que en los países desarrollados hay menos de 20 embarazos por 1.000 adolescentes.

Derecho a beneficios del progreso científico

Este derecho impone obligaciones éticas a los profesionales de la salud ya que implica que deben guiarse según estándares derivados de la evidencia científica actual en cuanto a los métodos usados (medicina basada en la evidencia) y en cuanto a la organización y gestión para la entrega oportuna y eficaz de métodos de planificación familiar (evidencia proveniente de la investigación en servicios de salud e investigación operativa).

Implica además que los procedimientos o drogas reconocidamente efectivas deben estar accesibles para el manejo de la fertilidad (ejemplos son la anticoncepción de emergencia para la prevención de embarazo en víctimas de violación o después de relaciones sin protección anticonceptiva y la minilaparatomía como procedimiento seguro para la esterilización quirúrgica). También implica que no deben usarse drogas o procedimientos que no sean la alternativa más eficaz y segura o que no cumplan con los estándares de seguridad y eficacia deseables (un ejemplo es la esterilización con quinacrina).

Obviamente, acceder a los beneficios del progreso científico requiere capacitación del personal e inversión de recursos económicos para que las alternativas anticonceptivas estén disponibles, lo que pasa por decisiones políticas y administrativas que no siempre reconocen este derecho.

Derecho a vivir libre de maltrato o tortura

La tecnología anticonceptiva evita el aborto y permite evitar las consecuencias físicas, psicosociales y legales de éste que equivalen, en mi opinión, a una forma grave de maltrato.

Además, este derecho implica que exista en los servicios respeto por las personas, trato digno y calidad de las relaciones interpersonales, así como condiciones de la organización e infraestructura (horarios, privacidad, tiempo de espera, comodidad mínima y limpieza del espacio físico, etc.) de modo que la atención no implique una forma de maltrato psicológico o físico. Según el principio de justicia, este derecho debe aplicarse a todos, no importa cuál

sea su nivel de educación, condición social u otra característica que pueda diferenciarles de los demás o hacerlos vulnerables al abuso.

Derecho a la libertad de opinión y expresión

Finalmente, me parece necesario incluir que, de acuerdo al principio de respeto por las personas, éstas tienen derecho a expresar su opinión sobre los métodos anticonceptivos y sobre la calidad del servicio que reciben. Sus opiniones y sus sugerencias para la introducción de cambios en los servicios, deben considerarse siempre en forma positiva.

Conclusión

El uso de los métodos de regulación de fertilidad cumple con el principio de beneficencia. Protegen el derecho a la vida y la salud. Apoyan el derecho de mujeres y hombres a disfrutar de su sexualidad y reproducción, y apoyan el derecho de los hijos e hijas a nacer siendo deseados. También apoyan el derecho de las personas para decidir sobre su vida sexual y reproductiva y la libertad de conciencia para decidir sobre valores. Para cumplir con el principio de no maleficencia, los proveedores de servicio deben conocer información actualizada sobre las condiciones más seguras para el uso de los distintos métodos disponibles. Para cumplir con el principio de justicia, los servicios de planificación familiar deben ser accesibles para todas las personas, sin discriminación. Las autoridades de los servicios de salud, sean públicos o privados, tienen la responsabilidad ética de facilitar y supervisar que estas condiciones se cumplan.

Creo que el debate sobre la ética en regulación de la fertilidad no debería estar centrado en la tecnología anticonceptiva sino que en la calidad de la información y los servicios que se ofrecen para que se cumpla con el principio de respeto por la autonomía y los derechos las personas.

Bibliografía

1. Kolata GB. Hung hunter-gatherers: feminism, diet and birth control. Science 1974; 185:932-34.
2. Robey B, Rutstein SO, Morris L, Blackburn R. The reproductive revolution: New survey findings. Population Reports 1992; Series M, 11.
3. Hill K, AbouZahr C, Wardlaw T. Estimates of maternal mortality for 1995. Bull WHO 2001; 79:182-93.
4. World Health Organization. Womens Health. Position Paper for the IV World Conference on Women, Beijing, China, 1995. WHO/FHE/95.8. Geneva.

5. World Health Organization, Family and Reproductive Health. Abortion. A tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion. Geneva, 1993.
6. Singh S, Wulf D. Estimated levels of induced abortion in six Latin American countries. International Family Planning Perspectives 1994; 20: 4-13.
7. Mundigo AI, Indriso C. Abortion in the Developing World. World Health Organization. Vistaar Publications. New Delhi, India, 1999.
8. Viel B, Pereda C. El embarazo no deseado. Boletín de la Asociación Chilena de Protección de la Familia 1991 (Diciembre); 1:12.
9. United Nations. Department of International Economic and Social Affairs. Adolescent reproductive behavior: Evidence from developing countries. Population Studies Nº109/Add.1. 1989. United Nations, New York.
10. Guzmán JM, Hakkert R, Contreras JM et al. Diagnóstico de la salud sexual y reproductiva de adolescentes en America Latina y el Caribe. Fondo de Población de las Naciones Unidas, México, 2001.
11. Instituto Nacional de Estadística (INE). Servicio de Registro Civil e Identificación y Ministerio de Salud de Chile. Anuario de Demografía, 1999.
12. Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Stewart GK, Kowal D, Guest F et al. Contraceptive Technology. New York: Irvington Publisher, Inc., 1994.
13. International Planned Parenthood Federation (IPPF). Family Planning Handbook for Health Professionals. Evans I & Huezo C. London, 1997.
14. PATH. Contraceptive Method Characteristics. Outlook, May 1992; 10 (1).
15. Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). Carta de IPPF de derechos sexuales y reproductivos. Visión Año 2000, Londres, 1996.
16. Huezo C, Díaz S. Quality of Care in Family Planning: Clients' Rights and Providers' Needs. Advances in Contraception 1993; 9:129-39.
17. World Health Organization. Health benefits of family planning. Family Planning and Population, Division of Family Health, WHO. Geneva, 1995.
18. Family Health International. Anticoncepción después del embarazo. Serie actualización en tecnología anticonceptiva. Research Triangle Park, USA, 2001.
19. World Health Organization, Reproductive Health and Research. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. 2nd ed. Geneva, 2000.
20. World Health Organization, Reproductive Health and Research. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use. Geneva, 2002.
21. International Planned Parenthood Federation (IPPF). Medical and Service Delivery Guideline for Family Planning. Huezo C, Carignan C. London, 1997.
22. Vera H. The client's view of high-quality care in Santiago, Chile. Studies in Family Planning 1993; 24(1): 40-49.
23. Sánchez S, Salazar G, Tijero M, Díaz S. Informed consent procedures: Responsibilities of researchers in developing countries. Bioethics 2001; 15:398-412.

24. Lettenmaier Ch, Gallen ME. El porqué de la importancia de la orientación individual. Popul Rp, J, Diciembre 1987; 36(1).
25. Casas L, Dides C, Isla P. Confidencialidad de la Información y Consentimiento Informado en Salud Sexual y Reproductiva. Corporación de Salud y Políticas Sociales CORSAPS, Santiago de Chile, 2002.

Aspectos éticos en la atención de adolescentes y en la prevención del embarazo no deseado

Ximena Luengo

El objetivo de este capítulo es realizar una reflexión considerando diversos factores que intervienen en la relación médico-paciente adolescente, en especial en las consultas relacionadas con temas del campo de la salud sexual y reproductiva. Se revisarán brevemente algunas características generales de la adolescencia, pertinentes al tema en cuestión, para luego discutir las consideraciones éticas generales de la atención de salud de adolescentes. Se comentará en particular lo relacionado con la consulta por anticoncepción y la orientación frente a la consulta por un embarazo no deseado, de acuerdo a lo aprendido de la experiencia clínica.

La adolescencia

La adolescencia fue considerada por largo tiempo sólo como una etapa de tránsito entre la niñez y la adultez, sin dedicarle mayor preocupación (1). A partir del siglo xx con la evolución del mundo moderno y tecnológico, esta etapa adquiere cada vez más importancia, involucra cada vez un mayor número de años en la vida del individuo y el porcentaje de la población que se encuentra en este grupo es también importante.

En líneas generales se puede decir que la adolescencia es la etapa de la vida en que se producen los procesos de maduración biológica, psíquica y social de un individuo, alcanzando así la edad adulta y culminando con su incorporación en forma plena a la sociedad (2). Una de las definiciones más conocidas y aceptadas por los que se dedican al campo de la adolescencia ha sido elaborada por la Organización Mundial de la Salud (3). Ésta define la adolescencia como la etapa de la vida en que desde los puntos de vista:

- Biológico: "El individuo progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual";
- Psicológico: "Los procesos psicológicos del individuo y las formas de identificación evolucionan desde los de un niño a los de un adulto";

- Social: "Se realiza una transición del estado de dependencia socioeconómica total a una relativa independencia".

De esta definición se desprende que la edad de inicio de la adolescencia es relativamente fácil de determinar en cada individuo (inicio del desarrollo de las características sexuales secundarias), pero la edad de término es muy variable de un individuo a otro (logro de relativa independencia económica). Luego, el criterio para fijar el final de esta etapa no debería ser un criterio cronológico, sino el logro de los procesos antes mencionados. La edad estimada para esta etapa se ha extendido progresivamente, en la medida que la madurez biológica se alcanza más precozmente y la social lo hace más tardíamente.

Como en todas las etapas de la vida de un ser humano, las vertientes biopsicosociales evolucionan estrechamente relacionadas entre sí. En la infancia, el desarrollo social se vive en gran parte a través de los padres en una atmósfera segura, tranquila, donde se cumplen órdenes y hay líneas claras de dependencia. En el otro extremo, en la edad adulta, se continúan produciendo cambios biológicos y sociales de mucha importancia (4, 5, 6), pero en ninguno de estos períodos los cambios tienen la espectacularidad que adquieren durante la adolescencia. Esta característica la hace ser un período muy vulnerable, merecedor de especial preocupación (7).

El grupo de población adolescente ha sido definido como el grupo de 10 a 19 años y se delimita al grupo de la juventud entre los 15 y los 24 años. En éste último, se acerca la edad límite al momento en que la persona se incorpora en forma plena a la sociedad, con sus derechos y responsabilidades (3). La distinta utilización de los términos adolescencia y juventud depende del quehacer de los investigadores. Es así como el término adolescencia concierne más al ámbito de la salud y el término juventud al enfoque desde el punto de vista sociológico. La Organización Panamericana de la Salud ha propuesto la nueva expresión *Gente Joven* (8), que considera al grupo de 10 a 24 años inclusive, como un modo de ser más concordante con el reconocimiento de una misma etapa que cada vez se hace más extensa, cronológicamente hablando. De este modo se incluye tanto al grupo adolescente, de 10 a 19 años, como al de jóvenes, de 15 a 24 años.

Al describir adolescentes en cuanto a características generales de cada área de desarrollo, se deben considerar algunos factores específicos que marcan diferencias, como el sexo y género, la ubicación geográfica (urbano/rural), el nivel socioeconómico, las diferencias étnico-culturales y en especial, los antecedentes biográficos que hacen única a cada persona.

No es el objetivo de este capítulo detenerse a describir las características generales de la adolescencia, sino sólo señalar a manera de resumen los cambios más importantes que se producen. En el área biológica comanda esta etapa la pubertad y es notorio el importante crecimiento físico secundario a ésta. En el área intelectual se produce el cambio en el tipo de pensamiento, desde el pensamiento concreto del niño al abstracto o crítico-analítico del adulto, alcanzando así la capacidad para la reflexión y el análisis de la información que recibe, la elaboración de su propia escala de valores y la autonomía para la toma de decisiones, entre otros. Los cambios psicológicos son también llamativos, con períodos de intensas emociones y altibajos en la autoestima, intensificación de sus rasgos de personalidad y grandes dudas y confrontaciones en la búsqueda de la consolidación de su identidad. En el ámbito social, es una etapa de socialización importante a través del grupo de pares, hecho que no en pocas ocasiones genera competencia entre la familia y los amigos, siendo ambas instancias imprescindibles para adquirir las destrezas sociales necesarias en su formación (1, 4, 5, 6).

En suma, se puede ilustrar la adolescencia como la etapa donde cada individuo despliega las alas para alcanzar sus propios sueños, originándose así como una persona diferente a sus padres pero impregnada del bagaje que le han dado en su formación y haciéndose cargo finalmente de la dirección de su propia vida.

Consideraciones éticas generales y confidencialidad en la atención de salud de adolescentes

La bibliografía acerca de la conducta ética profesional en la atención de salud de adolescentes es escasa y eso dice relación con el relativo poco tiempo de desarrollo con que cuenta la medicina de adolescentes como disciplina (9). La mayoría de los documentos que se refieren al tema utilizan los principios clásicos de la ética, como son: el principio de beneficencia, de no-maleficencia, de justicia y de respeto por la autonomía. Estos principios según se puede observar, son aplicados en ocasiones ya sea con criterios referentes a niños y en otras ocasiones con los referentes a los adultos, pero en escasas oportunidades se explicita alguna especificidad para el grupo adolescente. Los adolescentes a pesar de los avances en su conocimiento siguen siendo la tierra de nadie, demasiado grandes para la pediatría, demasiado chicos para la medicina del adulto. Como ya se mencionara, el trabajo clínico que reconoce a los jóvenes como grupo etario con características especiales es reciente, de no más allá de la última mitad del siglo xx, razón por la que aún se construye experiencia en el enfrentamiento de dilemas éticos particulares que se generan en su atención clínica.

El año 1999, se elaboró en el Ministerio de Salud de Chile un documento llamado "Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes" (10). En dicho documento se explicitan como lineamientos éticos los clásicos, el respeto a la autonomía, el derecho al consentimiento informado y a la confidencialidad; pero además se hacen explícitos otros, como son el respeto a la diversidad (referidas a sexo y género, etnia, nivel socioeconómico, etc.) y, el respeto a los Derechos de la Salud Sexual y Reproductiva.

El caso de los adolescentes merece una reflexión especial frente al principio de autonomía, que es en el que se generan las diferencias, ya que en la medida que se les reconoce autónomos los demás derechos van por añadidura. A modo de recuerdo, el principio de autonomía es aquél que reconoce el derecho a las personas a tomar sus propias decisiones, a la autodeterminación y apela a la protección de las personas con capacidad disminuida, inhábiles o en situación de amenaza vital.

El argumento de la madurez es la base de lo que utilizan los textos norteamericanos para aplicar como criterio con adolescentes. Esto viene de un tiempo anterior cuando se hablaba del menor emancipado (11), haciendo referencia a aquéllos que ya no vivían bajo el alero de sus padres. Sin embargo, la observación permitió dar cuenta de jóvenes que encontrándose aún bajo tutela de sus padres contaban con características tales que les permitían tomar sus propias decisiones, incorporándose entonces el concepto de "menor maduro". Este menor maduro es aquél capaz de comprender la naturaleza y las consecuencias de los tratamientos ofrecidos. La edad cronológica en sí no asegura la madurez, autores españoles señalan enfáticamente que "la madurez de una persona, sea ésta mayor o menor de edad, debe medirse por sus capacidades formales de juzgar y valorar situaciones, no por el contenido de los valores que asuma o maneje" (12).

La evaluación clínica de la madurez desde la mirada de un profesional de salud adulto, no exenta de subjetividad, tiene la ventaja de reconocer a un adolescente como autónomo y responsable de sus conductas y decisiones en salud; pero cuenta también con la desventaja de que algunos adultos pueden catalogar de no maduro a un joven que no comparte los valores de ese adulto que lo atiende. Es necesario también añadir a lo anterior, que muchos adultos de hoy no han tenido la vivencia personal de una cultura donde los menores son considerados sujetos de derechos, por lo que sólo por la edad del paciente tienden a un acercamiento paternalista y sobreprotector.

El debate en EE.UU. por la capacidad de los menores, antes considerados siempre como objetos de protección y no sujetos de derecho como en la actualidad, fue motivado principalmente por tres fenómenos. El primero es que los avances generados en el conocimiento de la psicología evolutiva

especialmente, como enfatiza Gracia, con los aportes realizados por los estudios de Piaget y de Kholberg en la década de los 50, se fueron difundiendo no sólo en el ámbito médico sino que también en el jurídico. Lo segundo es que a partir de estos insumos, hubo desarrollo de las teorías legales al respecto y el tercero, es que algunas experiencias significativamente dolorosas de investigaciones con menores discapacitados, obligaron a la discusión sobre la pertinencia de la participación de los niños en la investigación (11, 13).

En la mayoría de los estados de EE.UU., los menores maduros pueden acceder libremente a planificación familiar, interrupción de embarazo, tratamiento de infecciones de transmisión sexual, desintoxicación de drogas y alcoholismo, con o sin consentimiento de sus padres. En los casos en que esto no es posible, existe siempre la alternativa para los jóvenes de recurrir a un tribunal solicitando al juez su autorización. Generalmente se consideran maduros los adolescentes sobre los 14 ó 16 años, dependiendo de la legislación de cada estado (14).

En Chile, nuestra legislación ha sido ambivalente en el trato con los adolescentes, como por ejemplo: se consideran mayores de edad y ciudadanos votantes a los 18 años desde hace relativamente poco tiempo (antes votaban a los 18 pero eran mayores de edad a los 21 años); pueden manejar desde los 17; siendo menores de edad se pueden casar con autorización de un juez; pueden girar desde una libreta de ahorros las mujeres desde los 12 y los varones desde los 14 años y la actividad sexual con menores de 12 años es considerada una violación. En el sistema educacional los padres siguen manteniendo la tutoría de sus hijos aunque sean mayores de edad mientras permanezcan en el sistema escolar y por otro lado, actualmente se discute la aplicación de la imputabilidad penal a partir de los 14 años. Se suma a lo anterior que los hijos pueden ser cargas de salud de sus padres hasta los 24 años mientras sigan estudiando. Queda en evidencia así, que la facultad de autonomía de los jóvenes es otorgada de acuerdo al criterio y la mirada adulta, a edades muy variables para distintas problemáticas.

La confidencialidad en la atención de salud, condición *sine qua non* en medicina del adolescente (12, 14, 15), es independiente de la edad del paciente. Esta confianza recíproca, implícita en el secreto profesional, es un derecho del paciente y un deber y *derecho* del profesional (16). Para los adultos la confidencialidad está implícita en la atención profesional y explícita en los consentimientos informados que se firman; para los adolescentes debe ser verbalmente explicada tanto su ofrecimiento como los límites que ésta tiene, que son habitualmente para la protección del joven (en caso de ideación o intento de suicidio por ejemplo) o de terceras personas (intentos de agresiones).

Los objetivos a que apunta la confidencialidad son obtener información amplia y veraz de manera "protegida" para el adolescente, evitando los castigos o represalias por lo que ha informado. Cabe destacar aquí que se considera *información no sólo la que se entrega verbalmente, sino también la que se infiere del examen físico que se le realiza a la persona.* La relación que se establece así, permite conocer las necesidades sentidas del adolescente sin interferencias; estimar con exactitud el nivel de riesgos; precisar la historia clínica, el diagnóstico y en lo posible el pronóstico; y ofrecer en base a lo anterior la orientación y tratamiento más apropiados.

El contenido de una historia clínica es considerado confidencial y no puede ser revelado sin una autorización expresa, perteneciendo la información esencialmente al propio adolescente. Existen situaciones sanitarias que obligan al profesional de salud a notificar una patología determinada y por otra parte, situaciones legales que pueden obligarlo a entregar la información recibida, pero en este último caso desde una perspectiva ética basada en la búsqueda del bienestar del paciente, se debe consultar primero al adolescente y evaluar su conveniencia, debiendo existir por último una instancia judicial donde se puede acudir para defender o explicar la decisión tomada respecto a salvaguardar el secreto profesional.

Por otra parte, confidencialidad no es una forma de presión para que el adolescente entregue información, ni una herramienta para permitir a los padres conocer la información de sus hijos que, por alguna razón, ellos no pueden obtener directamente. Tampoco es como se ha escuchado decir, "una cuña que introduce salud entre la familia y el adolescente", ya que la forma constructiva de ayudar a los jóvenes es siendo concordante con el sistema valórico donde han sido criados, trabajar junto con los padres, excepto en las situaciones donde la familia misma constituye una amenaza y el adolescente merece protección (maltrato o abuso por ejemplo). Finalmente, tampoco significa establecer una situación de complicidad con el adolescente en un secreto que avale una conducta inapropiada, ni tampoco una confesión del joven, ya que el objetivo de esta entrega de datos es que se traduzca en información de utilidad para obtener como contrapartida una acogida y una ayuda, no es alcanzar el perdón y olvidar lo ocurrido, ni mucho menos obtener la anuencia para persistir en una línea de conducta dañina para su vida.

¿Qué espera un adolescente de la confidencialidad ofrecida? Que el profesional sea de verdad confiable, que cumpla con la reserva prometida; espera una entrega profesional competente frente a sus requerimientos y como se menciona en el párrafo anterior, que esto se traduzca en una ganancia para él o ella, obteniendo una ayuda más apropiada, acorde con sus necesidades y con un compromiso mutuo. Si la ayuda al adolescente no es la

meta final, no sólo no tiene sentido ético-clínico, sino que es amenazante, irrespetuoso e invasor, el hecho de solicitarle información confidencial que no será utilizada en su beneficio.

Es importante recordar que a esta edad los adolescentes buscan alcanzar su propia identidad, para lo cual requieren de la individuación como personas, diferentes de sus padres. Los proveedores de salud están en la trinchera de los adultos y es por esto que la evaluación que realiza el adolescente del profesional que lo atiende es tanto o más importante que la que realiza el profesional. Un objetivo de los profesionales de la salud adolescente es acercar a los jóvenes a los servicios de salud y una mala experiencia para el joven hará que éste abandone el sistema, perdiéndose la oportunidad de contribuir exitosamente con su desarrollo sano e integral.

Elementos que intervienen en la consulta por anticoncepción

A pesar de los esfuerzos que se realizan en el país, los hijos de madres menores de 20 años se mantienen en un porcentaje de alrededor del 16% del total de Nacidos Vivos. Más aún, la tasa específica de fecundidad en las mujeres menores de 19 años ha aumentado en las últimas décadas en el país, especialmente a expensas de las mujeres de 17, 16 y 15 años (17). Este dato pone en evidencia que los adolescentes tienen actividad sexual a edades tempranas. Ya se hizo mención en el capítulo de Ética en la Regulación de la Fertilidad, a algunos datos respecto al embarazo en adolescentes, sólo se destacará aquí que hablamos de aproximadamente 40.000 niños que nacen al año (alrededor de 1.100 de ellos hijos de madres menores de 15 años), cuyos riesgos biológicos pueden ser controlados, pero cuyo impacto psicosocial para el binomio madre-hijo es menos evitable y se mantiene a largo plazo (18). No hay que olvidar también como posibilidad, que muchos de estos niños son producto de violencia sexual, interviniendo aquí factores diferentes más complejos en el área de la salud mental.

El embarazo en adolescentes es la fase final de una larga cadena de eventos, que se inicia con la actividad sexual, habitualmente desprotegida y con gran desconocimiento o conocimiento erróneo de la anatomía y fisiología de la reproducción. Esta actividad sexual que como consecuencia finaliza con un embarazo –las menos de las veces deseado, casi nunca planificado y que puede terminar siendo aceptado o no– es un fenómeno que involucra no sólo a la adolescente que será madre, si no que también al progenitor (con alta probabilidad joven también como ella), a las familias de ambos y por último a la sociedad entera que muchas veces debe asumir el costo social, tanto de estos niños como de los padres que no alcanzan a capacitarse para tener una buena ocupación. Para los jóvenes que cuentan con mayores oportunidades

y alternativas de desarrollo educativo, asumir una tarea a destiempo como es la maternidad y paternidad, no necesariamente les compromete las metas planteadas pero sin duda les altera la cronología y les dificulta el camino trazado.

La persona más afectada es en última instancia el niño o niña que está por nacer, que estará bajo la crianza de personas que aún no han finalizado su propio desarrollo (padres adolescentes), que no cuentan con los recursos económicos necesarios para su manutención, que en su cuidado asumirán diferentes adultos múltiples roles de madres (la madre y la abuela materna) o de padre (muchas veces ausente y asumirá el abuelo el rol de padre) y que su futuro dependerá en una buena parte de esta red social de apoyo con que cuente. Al ser inesperada su llegada, los involucrados se encuentran sorprendidos con la noticia y no cuentan con mucho tiempo para preparar bien esta red, si es que además no se encuentra dañada de previo como con falta de afecto por ejemplo, que es un factor de riesgo conocido para el embarazo en adolescentes. Existe por último también el riesgo del abandono del hijo. En estas condiciones brevemente resumidas, toda vez que es posible evitar un embarazo *no deseado* en adolescentes, se está previniendo a conciencia un daño al posible hijo, a ambos padres y sus respectivas familias. Hablamos aquí del principio de actuar positivamente en su beneficio.

El área de la sexualidad humana es un área especialmente delicada, porque la intimidad y la privacidad son inherentes a ésta. La consulta entonces que realizan los adolescentes por anticoncepción, está con mayor razón también afecta de las mismas consideraciones expuestas para cualquier atención de salud a adolescentes en general, en lo referente al marco de la confidencialidad. ¿Cuáles son entonces los dilemas que generan confusión para dar respuesta a este tipo de consulta? Sin esperar poder abarcarlos todos, se señalan a modo de pregunta para la reflexión, conflictos o dudas que se pueden generar al respecto.

Reacción de los profesionales de salud:

- ¿Por qué la consulta por anticoncepción crea un problema en los proveedores de salud? ¿Es el tema del uso de métodos anticonceptivos por adolescentes, mirado desde la perspectiva de los profesionales lo que genera la confusión o la evidencia de la actividad sexual temprana de los jóvenes?
- ¿Es obligación del profesional entregarle al paciente la información solicitada? En el caso que por objeción de conciencia la persona tuviera impedimentos, su obligación es derivarlo donde otro profesional que lo realice.

- ¿Es que los profesionales de salud consideran que al indicar métodos anticonceptivos están promoviendo una conducta inapropiada? De ser así ¿dejarán los jóvenes esa conducta por indicación del profesional? No hay que olvidar que son finalmente los adolescentes los que toman sus propias decisiones y los datos son enfáticos en señalar que un primer embarazo en adolescentes no previene un segundo, ya que el 15% de los hijos de madres entre 15 y 19 años son el 2º, 3º, 4º o más número de hijo (19).
- ¿Está explícito en alguna norma que los hijos o hijas deben solicitar autorización de los padres para iniciar relaciones sexuales, o que la patria potestad incluye el control de la sexualidad de los hijos/as? Es evidente que los padres desean lo mejor para sus hijos y por lo tanto desean evitar cualquier situación de riesgo o que les cause dolor y que en esa línea, desean que la sexualidad la vivan de la mejor forma posible, en relaciones estables y protegidas como el matrimonio por ejemplo. Sin embargo, la sexualidad humana tiene como característica muy importante la intimidad y de hecho ni siquiera en la época adulta se comentan estos temas íntimos con los padres, menos se conversan en la adolescencia, cuando los jóvenes buscan sus propias experiencias de vida y saben que los adultos miran con desconfianza y más bien desaprueban su incursión en la sexualidad, la que en la cultura de los jóvenes se vive hoy mucho antes que el matrimonio (20). Por otra parte, la experiencia clínica permite aseverar que la gran mayoría de las veces los padres están en conocimiento de esta actividad sexual o la intuyen con cierto grado de seguridad, deseando que sus hijas/os busquen los cuidados más apropiados sin comunicárselos de manera explícita, señalando a lo más un "cuídate" inespecífico.

Interrogantes frente al menor maduro y anticoncepción:

- ¿Cambia el concepto de madurez de un menor si los padres están en conocimiento de su actividad sexual y del uso de métodos anticonceptivos? ¿Es diferente la evaluación de madurez si la consulta la financian los padres que si la financia el propio adolescente? ¿Es diferente en estos casos la actitud del profesional?
- A una misma edad cronológica, ¿es signo de mayor madurez si la adolescente ya ha sido madre que si aún no lo es?
- ¿Es la autonomía o madurez frente a la anticoncepción sólo un tema que afecta a las mujeres? ¿Son los adolescentes varones sometidos a esta evaluación para obtener preservativos? Se produce aquí una discriminación hacia la mujer, siendo ella finalmente la más afectada con el riesgo de embarazo.
- ¿Es signo de madurez estar consciente de la necesidad de prevenir un embarazo y consultar un profesional de salud idóneo sobre anticoncepción en lugar de hacerlo con amigos o directamente en la farmacia?
- ¿Es signo de madurez gestionar la posibilidad de acceder a atención de salud profesional, ya sea de manera autónoma o a través de sus padres?

Si ya una adolescente tomó la decisión de consultar, llegó hasta los proveedores de salud salvando una serie de barreras: ya sea solicitándole a los padres que pidan hora o que le otorguen los recursos para consultar; ya sea solicitando una hora en su consultorio en el programa de la mujer, atreviéndose a ser vista por las mujeres adultas de su barrio que podrían informarle a sus padres que la vieron en la antesala de la matrona; o ya sea consiguiendo los recursos propios para realizar la consulta. Si agregamos a lo anterior la conciencia y responsabilidad frente a las consecuencias del inicio de la vida sexual, demostrada solicitando la prevención de un embarazo no deseado ¿son o no elementos clínicos como para pensar que estamos frente a una adolescente madura? El solo hecho de que es capaz de discriminar acerca de que la recomendación del uso de un método anticonceptivo es mejor que sea realizada por un profesional y no por ejemplo solicitada directamente en la farmacia sin una evaluación de su salud, habla de la responsabilidad de esa adolescente con su autocuidado.

¿Por qué si el mensaje adulto es que los jóvenes deben ser responsables asumiendo la planificación y consecuencias de sus actos, cuando así lo hacen en relación a la actividad sexual, la respuesta adulta no es concordante?

La mayor parte de la legislación en EE.UU. considera que los adolescentes maduros no requieren de la autorización de los padres para el uso de anticonceptivos (14) y en Chile no existe impedimento legal para dicha indicación, más bien existe una norma ética que obliga a brindar al paciente la atención solicitada. Por otra parte, los criterios médicos de elegibilidad para iniciar el uso de anticonceptivos compilados por la Organización Mundial de la Salud, señalan que sólo considerando la condición de la edad, la mayoría de los métodos no cuentan con contraindicaciones técnicas (21).

La interrupción voluntaria de un embarazo o el dilema del aborto en la adolescencia

En el punto anterior ya se describió someramente la secuencia de eventos que culminan en el embarazo, pudiendo ser éste deseado o no deseado y llegar finalmente a ser aceptado o no aceptado. Las razones por la que un embarazo en una joven puede ser deseado son muy variables: porque es parte de su construcción social como persona ("es mejor ser madre que no ser nada"); ser madre es su única posibilidad o meta de vida a pesar que se esperaba alcanzar más adelante; existen mitos sobre el tema de la fertilidad/infertilidad; existen presiones afectivas de la pareja; deseos y fantasías de mantener una pareja (antes prueba de amor); carencias afectivas que se piensa pueden ser reparadas a través de un hijo, entre otras. Aparecen estos factores interviniendo de manera inexplicable en la cultura de la "esperanza", es decir sin hacer prevención porque "a mí no me va a pasar", así también como en la discontinuidad del uso de métodos anticonceptivos por ejemplo (¿olvido inconsciente?).

Si un embarazo es no deseado y termina siendo no aceptado, con altas probabilidades puede ser interrumpido o finalizar el niño en adopción o interno en alguna institución. Afortunadamente ésta no es una práctica habitual en adolescentes (22), en las que no hay que olvidar que interfieren directamente las decisiones de los adultos. Estudios chilenos han descrito como perfil de la mujer que interrumpe un embarazo el de una adulta alrededor de los 35 años, con pareja estable, multípara de más de tres hijos y con situación social deprivada (23).

Con fines docentes, se ilustra a continuación brevemente con dos casos clínicos de nivel socioeconómico medio alto y medio, cuyos nombres han sido cambiados para proteger la identidad de las adolescentes.

Caso 1: María José, 14 años, cursa un embarazo de 36 semanas y consulta traída por sus padres. Es la mayor de cuatro hermanas, nivel educacional adecuado para su edad y el embarazo es producto de una relación afectiva con su pololo de 15 años, compañero del mismo colegio privado. Ambas familias de abuelos están informados y el progenitor la apoya. María José ingresa primero sola a la consulta como es habitual, con su aspecto pueril señala que sus padres la traen porque desean consultar por la pertinencia de dar el hijo en adopción. En ese momento ella llora y dice que no son sus deseos y que quiere quedarse con el hijo. La entrevista con los padres resulta amena y relatan que María José es la mayor de cuatro hermanas y el padre, un hombre joven de poco más de 40 años, consulta con claro criterio de realidad qué significará para ellos como familia asumir este nuevo niño.

Consulta por el ejemplo y el mensaje que tendrán sus hijas menores respecto a este embarazo precoz; por la capacidad de su hija para asumir el rol de madre por lo que visualiza una mayor carga para su esposa; por la nueva responsabilidad económica inesperada para ellos; por cuántos años más tendrán la responsabilidad con la crianza, la salud y educación del nieto/a y con estas nuevas exigencias, el injusto desmedro para sus otras hijas. Dados estos aspectos él consulta por una orientación ya que piensa que optar por la adopción sería una mejor alternativa para todos. Aporta como otra información, que él de acuerdo con su nivel de vida después de la tercera hija le pareció que estaban bien como familia y que cuando conversaron con su esposa la posibilidad de buscar un método más seguro para planificar la familia, ella le dijo que no era capaz de tomar la decisión de finalizar su maternidad por medio de una esterilización quirúrgica, situación que él respetó y por lo tanto se sometió a una vasectomía. Ahora enfrentaba la responsabilidad de un nuevo niño que él no planificó.

Caso 2: El llamado urgente de un padre solicita una interconsulta lo antes posible por indicación de otra colega, para pedir ayuda. Dada su urgencia se le otorga una hora especial. Acuden a la consulta Teresita de 17 años y ambos padres. Ingresa Teresita sola, vestida de uniforme, muy asustada, entrega información escasa al inicio y como motivo de consulta relata que cursa un embarazo de 10 semanas y que sus padres desean que lo interrumpa. El embarazo es producto de una relación con su pololo, quien a pesar de que el embarazo fue inesperado, está contento con esta situación al igual que ella y los futuros abuelos paternos. Señala además que antes de venir a la consulta, donde ella pensaba que le interrumpirían el embarazo, llamó a su hermano mayor para que la ayudara y hablara con el padre, quien lo hizo y le pidió que reflexionara acerca de lo que pensaba hacer. Los padres de Teresita cuentan con poco más de 50 años, él cesante y ella dueña de casa, tienen 3 hijos; la mayor de 25 años separada y con una hija de 3 años, el segundo de 22 trabaja como técnico y Teresita de 17. Relatan que ellos también fueron padres adolescentes, que han sido muy felices juntos, pero que han vivido grandes esfuerzos y dificultades económicas siempre (las que se agravarán por las necesidades de este nuevo niño), que sus dos hijos mayores debieron trabajar tempranamente y no pudieron seguir estudiando y que Teresita era la única que podía cumplir con la esperanza de ellos de alcanzar una educación superior. La mamá llora y señala que no quiere que su hija viva las mismas dificultades que ella tuvo ni las penurias que ve en su otra hija como madre sola, para trabajar y desarrollarse como persona. Desean un mejor futuro para ella y estiman que un hijo a esta edad no se lo permitirá. La madre, a pesar de estar racionalmente de acuerdo con los

argumentos expuestos por su esposo, se emociona y confirma lo difícil y doloroso que es para una mujer tomar la decisión de interrumpir un embarazo.

Lo primero que es necesario aclarar éticamente, es que la consulta es para orientar, informar y colaborar en la reflexión de las decisiones de los adolescentes, pero que la determinación final debe ser tomada fundamentalmente por la adolescente y apoyada por la familia. Tal como lo señala Gracia en su artículo (12), ni el profesional de salud ni el estado cuentan con la capacidad para definir cuál es la decisión de mayor beneficio para cada niño o joven.

Hay que enfatizar que en el contexto chileno no está permitida la interrupción voluntaria de un embarazo y por lo tanto se trasgrede la ley, por ello las condiciones en que se realiza son clandestinas, con alto riesgo legal y para la salud de la adolescente. Una vez señalado el escenario de justicia, básico para aclarar que una decisión así es muy delicada, se continúa con las otras consideraciones.

El valor de la maternidad es aprendido en la familia y la experiencia de la madre marca a sus hijas e hijos, por lo tanto una decisión contraria a lo que siempre se ha vivido e inculcado en la familia en relación con este tema, será inconsistente y muy difícil de sobrellevar. Si la vida de una adolescente se hace engorrosa con un hijo (24), no lo es menos con una decisión de aborto que en estos casos no es íntima sino pública, ya que involucra a un número importante de personas que no sólo están enteradas del embarazo, si no que además consideran que tienen algo que opinar (25). Surge aquí la figura que señalan los adolescentes del "aborto obligado", la que si bien es cierto puede que corresponda a todas las mujeres que abortan (obligadas por las circunstancias o por otros motivos), en el caso de las adolescentes es por indicación directa de otra persona, ya sean los padres o la pareja. No es redundante volver a señalar aquí que la gran mayoría de las mujeres desea ser madre y que aunque esta situación no se dé a veces en las mejores circunstancias, cuando por primera vez se enfrenta la fecundidad es muy difícil atentar contra este gran e íntimo deseo, reforzado además por una presión social y hegemonía moral al respecto.

Un niño gestado en una relación de amor, aunque para los adultos sea obvio que es una relación amorosa transitoria, para los adolescentes tiene otra dimensión, por lo tanto no es coherente decidir posteriormente deshacerse del hijo producto de ese amor. Lo mismo en cuanto a la decisión de entregar un hijo en adopción, decisión extremadamente dolorosa, pero de la máxima generosidad cuando se opta por estimar que el niño merece un mejor futuro del que la madre le puede ofrecer.

En el embarazo adolescente, cuando éste no es deseado, no existen buenas soluciones, generalmente son soluciones menos malas, pero la persona más indicada para determinar cuál es la mejor solución en su contexto de vida es precisamente la propia adolescente. Efectivamente la red de apoyo puede reaccionar muy bien al inicio y desear colaborar apoyando a la joven y su hijo, pero a largo plazo sin duda será la adolescente la persona más directamente afectada.

Finalmente para resumir, la ayuda que puede brindarle el profesional al/a la adolescente, es ofrecer un ambiente que facilite la discusión para la toma de decisiones frente a un conflicto determinado, manteniendo la objetividad en la entrega de la información y una actitud de no enjuiciar a la persona para que el o la joven continúe en la búsqueda de sus propias soluciones. Esta actitud como señala Silber (26), debe respetar la verdad como valor moral primordial y no significa que el profesional deba renunciar a los valores éticos propios, si no más bien no imponer los suyos abusando de la posición de autoridad con que cuenta. Respetar al otro significa reconocerle su dignidad, la igualdad como persona y el derecho de elegir su propio camino (26, 27), aunque se trate de un o una adolescente.

Bibliografía

1. Roa A. ¿Qué es la adolescencia? Santiago de Chile: Ediciones del Colegio Médico, 1980.
2. Organización Mundial de la Salud. Serie de Informes Técnicos N° 308. Problemas de salud de la adolescencia. Ginebra, 1965.
3. Organización Mundial de la Salud. El embarazo y el aborto en la adolescencia. Informe de una reunión de la OMS. Serie de informes técnicos N° 583. Ginebra, 1975.
4. Peláez P, Luengo X. El adolescente y sus problemas: ¡Esté alerta! 4ta ed. Santiago, Chile: Editorial A. Bello, 1998.
5. Luengo X. Definición y características de la Adolescencia en Diagnóstico 1991, Embarazo en Adolescentes. UNICEF/SERNAM. Santiago de Chile, 1991: 47-56.
6. Luengo X. Características de la adolescencia normal. En: Molina R, Sandoval J y González E. Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. 1ra ed. Santiago de Chile, Editorial Mediterráneo, 2003: 16-23.
7. Organización Mundial de la Salud. Serie de Informes Técnicos N° 600. Nuevas tendencias y métodos de asistencia materno-infantil en los servicios de salud. Ginebra, 1976.
8. OPS/ Fundación W.K. Kellogg. Rodríguez-García R, Russell J, Maddaleno M, Kastrinakis M. El ambiente legislativo y de políticas para la salud de los adolescentes en América Latina y El Caribe (Draft). Washington, DC. Septiembre 1997.

9. Silber T. Medicina de la Adolescencia: el desarrollo de una nueva disciplina. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La Salud del Adolescente y el joven en Las Américas. Publicación Científica Nº 489. Washington DC, USA, 1985: 27-29.
10. Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes. Ministerio de Salud, República de Chile, 1999.
11. Lorda PS, Barrio IMª. La capacidad de los menores para tomar decisiones sanitarias: un problema ético y jurídico. Rev Esp Pediatr 1997; 53(2): 107-18.
12. Gracia D, Jarabo Y, Martín Espíldora N, Ríos J. Toma de decisiones en el paciente menor de edad. Med Clin (Barc) 2001; 117:179-90.
13. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS). Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos. Ginebra, 1993: 22 - 24.
14. English A. Aspectos legales de la asistencia. En: McAnarney, Kreipe, Orr y Comerci. Medicina del Adolescente. 1ra ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1994: 198-205.
15. Luengo X. La anamnesis del adolescente. En: Molina R, Sandoval J y González E. Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. 1ra ed. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo, 2003: 88 - 91.
16. Etica Médica. Normas y Documentos, Título I, art. 10. Colegio Médico de Chile, Santiago, 1997: 15
17. Enfoques Estadísticos. Fecundidad Juvenil en Chile. Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadísticas, Nº 9, Santiago de Chile, 2000.
18. Luengo X, González E. Hijos de madres adolescentes. En: Molina R, Sandoval J y González E. Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. 1ra ed. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo, 2003: 525 - 35.
19. Luengo X. La Situación del Adolescente y el Joven en Chile y los Servicios de Salud. Informe Consultoría realizada para el Ministerio de Salud en el marco del Proyecto de Apoyo a las Iniciativas Nacionales, financiado por OPS/ KELLOGG, Santiago de Chile, 1994.
20. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Comisión Nacional del SIDA, Agence Nationale de Recherches sur le SIDA, France. Primeros Análisis, Santiago de Chile, 2000.
21. Hatcher R, Rinehart W, Geller J, Shelton J. Lo esencial de la Tecnología Anticonceptiva, Manual para Personal Clínico. Programa de Información en Población, Centro de Programas de Comunicación, Facultad de Salud Pública, Universidad de Johns Hopkins, Baltimore, Estados Unidos, 1999.
22. Sandoval J. Embarazo no deseado y aborto en la adolescencia. En: Molina R, Sandoval J y González E. Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. 1ra ed. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo, 2003: 561-69.
23. Molina R, Pereda C, Cumsille F, Martínez L, Miranda E, Molina T. Prevention of Pregnancy in High-Risk Women: Community Intervention in Chile. En: Mundigo A, Indriso C. Abortion in the developing World. Geneva, 1999, 57-77.

24. Tolédo V, Trujillo S. Salud mental y embarazo en la adolescente. En: Molina R, Sandoval J, González E. Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. 1ra ed. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo, 2003: 489-99.
25. Toledo V. Características sociales y de salud mental en adolescentes que interrumpen el embarazo. En: Molina R, Sandoval J, González E. Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. 1ra ed. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo, 2003: 570-84.
26. Silber T. Ética en la relación médico-paciente. En: Dulanto. El Adolescente. 1ra ed. México DF: Mc Graw-Hill Interamericana, 2000: 374-76.
27. Fernández O. Adolescencia, Ética y Autonomía. En: Dulanto. El Adolescente. 1ra ed. México DF: Mc Graw-Hill Interamericana, 2000: 370-73.

Discusión en torno al estatuto ontológico y ético del embrión[1]

Pamela Chávez

Considerando que la bioética es un discurso interdisciplinario, el presente capítulo aborda la discusión actual en torno al estatuto ontológico y ético del embrión, integrando las perspectivas biológicas, éticas y filosóficas. En este debate, ocupan un lugar importante la tesis del desarrollo embrionario y la perspectiva con fundamento filosófico, ético y biológico de Diego Gracia; éstas son puestas en diálogo con otras argumentaciones importantes en nuestra sociedad actual, como la posición del Magisterio y teólogos católicos, mediante un análisis crítico que concluye en la propuesta de un juicio prudencial, fundamentada en los principios de diálogo y responsabilidad y abierta a futuras reflexiones y discusiones.

La pregunta fundamental en la discusión sobre la ética de la vida embrionaria

Los problemas bioéticos del inicio de la vida están relacionados con las intervenciones en la vida humana en sus etapas tempranas: la vida embrionaria, fetal y la infancia. Entre estos problemas uno de los más apasionantes y controvertidos es el ámbito relacionado con la ética del periodo embrionario.

El desarrollo de nuevas tecnologías en el ámbito de la medicina, la genética, la embriología, la reproducción asistida y la farmacología, hacen posibles nuevas intervenciones con los embriones, incorporándose a la vida del ser humano y trayendo consigo nuevas y apremiantes interrogantes éticas[2]; la complejidad de cada uno de éstas requiere un tratamiento profundo y específico. Pero podemos abordar un punto de vista fundamental, que está a la base de todos estos problemas; se trata de la pregunta por el *status* ontológico del embrión. ¿Qué realidad es ésta que llamamos vida embrionaria y fetal? ¿Qué valoración podemos hacer de ella? ¿Qué tipo de deberes tenemos hacia ella? Es decir, *¿qué estatuto ontológico podemos reconocer en el embrión y, por consiguiente, qué deberes éticos tenemos hacia él?* ¿Existe un deber de *no-maleficencia* hacia el embrión preimplantado?

A estas complejas preguntas se suma la imposibilidad de responder en forma unívoca a ellas, mediante un fundamento metafísico y ético universal. Como miembros de una sociedad moderna, que aspira a ser pluralista y democrática, si no podemos acordar un punto de vista único, universal y absoluto, debemos al menos reconocer el deber de respetar las diversas concepciones metafísicas y éticas. No obstante, estas complejas cuestiones afectan lo que es más preciado para el hombre: sus valores y su concepción religiosa, filosófica y moral del mundo, de la vida y del ser humano. Por ello, con frecuencia provocan conflictos y discursos inconmensurables, descalificaciones, incomprensiones, agresiones verbales y pocas veces el auténtico diálogo.

Puesto que asumimos que el procedimiento dialógico es una necesidad para sociedades actuales más justas y en paz, creemos que un primer paso en esta tarea es el aprender a escucharnos; en este caso, la única forma de aproximarnos a la comprensión del *status* ontológico del embrión es el diálogo bioético interdisciplinario. Ello requiere revisar las principales perspectivas actuales frente a esta cuestión, presentes en la discusión mundial y en nuestro país. Inseparable a esta tarea es la de realizar un análisis crítico que considere los diversos argumentos y fundamentos, rescatando los aspectos fuertes de cada uno, sus aportes y problemas.

Acerca de los fundamentos éticos y el método

La forma de abordar esta cuestión no puede sino basarse en los principios de *diálogo* y *responsabilidad*. Por esta razón, la discusión se enmarca en los fundamentos dados por dos teorías éticas contemporáneas: la *ética dialógica* y

[1] Este capítulo está basado en la tesis de Magíster en Bioética, del mismo nombre. Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile, 2002.

[2] Una descripción clara de las *Técnicas de Reproducción Asistida* (TRA) puede encontrarse en: Bethencourt JCA y Rodríguez DRN. "Técnicas de reproducción asistida". En: Casabona CM (ed.). *Genética humana. Fundamentos para el estudio de los efectos sociales de las investigaciones sobre el genoma humano*. Bilbao: Universidad de Deusto, 1995: 327-46. A los problemas planteados por estas técnicas habría que agregar los generados por la la criopreservación de gametos y embriones, la selección y tratamiento de embriones, el diagnóstico preimplantacional en embriones humanos, la experimentación con embriones, el uso de células estaminales embrionarias con fines de investigación biomédica, los avances en manipulación genética y clonación humana con fines de investigación, terapéuticos o reproductivos, experimentos con úteros artificiales; otros problemas son las técnicas de control de la natalidad y la cuestión del aborto.

la *ética de la responsabilidad*. La *ética discursiva o dialógica*[3] nos muestra la importancia de poner en la discusión diversas perspectivas respecto al tema, algunas incluso contrapuestas entre sí, porque sólo en la discusión abierta puede mostrar cada una su fortaleza y fundamento, debiendo al mismo tiempo ceder ante el argumento más fuerte. Y si no es posible lograr el consenso, queda el deber de seguir investigando, profundizando, confrontando argumentos, dialogando.

Debe buscarse la creación de un discurso racional integrador, que respete las condiciones de simetría de los interlocutores, sin privilegiar algunas posiciones por el hecho de ser "científicas" ni desplazar otras por ser "filosóficas" o "religiosas". Creemos que el fundamento dialógico es especialmente relevante en el ámbito de la pregunta sobre el estatuto ontológico y ético del embrión, puesto que aquí aparecen distintas concepciones del bien y la felicidad. El diálogo abierto es el único modo de enfrentar la pregunta en el marco del principio absoluto de respeto hacia todas las personas, sus puntos de vista e intereses en torno a decisiones que les afectan. Aunque no pueda obtenerse un marco de consenso respecto a lo que sea bueno, al menos podría acordarse lo que sea justo para todos. El método y sobre todo la actitud dialógica intentan preservarnos del dogmatismo, el autoritarismo, la imposición, el no entendimiento y la violencia.

Según la *ética de la responsabilidad*[4], un criterio fundamental de la moral es la consideración no sólo de principios sino también de las consecuencias previsibles de una acción, es decir, de la realidad efectiva. Así, en el tema que nos ocupa, tendrá gran relevancia la situación en que se da nuestra pregunta por el *status* del embrión. A nuestro parecer, esta situación está conformada por el marco de una sociedad moderna pluralista, en la cual existe un continuo y acelerado avance en las tecnologías que pueden afectar al embrión; las decisiones que se toman a nivel internacional, nacional y privado respecto a ellas, están generalmente orientadas por el imperativo técnico y

[3] Esta teoría, desarrollada por Habermas y Apel, enfatiza el carácter comunicativo y pragmático del lenguaje, cuya finalidad es posibilitar el entendimiento intersubjetivo. El lenguaje no es sólo lógico, sino *dialógico*, es *ágora*. De esta manera, el saber que se crea en el lenguaje se construye intersubjetivamente; la verdad surge en el discurso común, en relación con *otros*, ante quienes estamos comprometidos a explicitar y justificar nuestras razones y fundamentos. Nuestras opiniones (*dóxa*) y creencias subjetivas sólo pueden aproximarse a un auténtico saber (*epistéme*) si pasan la prueba del discurso público, es decir, si se han confrontado en el diálogo intersubjetivo. Podemos colaborar en el discurso fundamentando la propia perspectiva y es deseable que así sea, pero no podemos imponerlas; si son aceptadas, pasarán a constituir un cierto saber consensuado, susceptible de corrección y ampliación en futuros discursos.

[4] La *ética de la responsabilidad* ha sido desarrollada por pensadores como Max Weber y Hans Jonas.

por el imperativo económico. Éstos determinan que todo lo técnicamente posible y todo lo que acrecienta la ganancia económica sea considerado correcto y deba realizarse.

Hans Jonas nos recuerda que en la época científico-técnica en que vivimos, el carácter de la acción humana se ha transformado radicalmente. Ésta ya no afecta únicamente al individuo y a su entorno comunitario más inmediato, sino que la acción humana ha aumentado significativamente su alcance en el espacio y en el tiempo. Todo el mundo, incluido el embrión y el genoma humano, es hoy objeto de la acción humana. El incremento del poder de transformación del hombre sobre sí mismo, naturaleza y sociedad, unido al nuevo carácter provocador de la acción, llevan a Jonas a la idea de la necesidad de una nueva ética. Si el poder transformador de la técnica moderna alcanza proporciones planetarias y puede afectar la vida y el medio ambiente de las generaciones futuras, entonces la nueva ética actual debe ser de *previsión* o *predicción* de las consecuencias posibles de la acción humana. Una ética, al decir de Jonas, de "autovigilancia de nuestro poder desmesurado", una ética "que se cuida del futuro". La *ética de la responsabilidad* nos pone en la necesidad de prever, anticipar y prevenir los efectos potencialmente destructores que pueda tener nuestra acción; especialmente, somos responsables de *otros* seres humanos que tenemos a nuestro cargo, bajo nuestro cuidado, porque manifiestan cierta indefensión y vulnerabilidad. Nuestra primera responsabilidad es por el *otro*[5].

En este sentido, debemos plantearnos: ¿tenemos una responsabilidad hacia el embrión? ¿De qué tipo? La respuesta dependerá de en qué medida él es para nosotros *alguien*, un *otro*. Lo cierto es que éste es una entidad vulnerable, amenazada; una pregunta responsable sería, entonces ¿qué podría suceder si yo no me ocupo de la protección del embrión?[6]

[5] Cfr. Ricoeur, Paul. "El concepto de responsabilidad". *Lo justo*. Santiago: Ed. Jurídica de Chile, 1997: 39-68.

[6] Jonas señala que la responsabilidad es una actitud intermedia entre la esperanza y el temor, que nos permite decidir y actuar en situación de incertidumbre respecto a si de una determinada acción se generarán efectos positivos o negativos. Según Jonas, en nuestra época debe volver a considerarse el temor, no para paralizar o anular la posibilidad de acción, sino para que ésta atienda y cuide de su objeto, más aún si es una realidad vulnerable. La responsabilidad es el deber de cuidado por otro ser que nos preocupa, dada su vulnerabilidad y su estado de amenazado. Una pregunta responsable sería, entonces ¿qué le sucederá a X si yo no me preocupo de él? Jonas estima que cuanto más oscura o difícil sea la respuesta y cuanto más lejano en el tiempo futuro se encuentre el efecto que ha de temerse, más clara se hace la responsabilidad. Así, se hace imprescindible una *heurística del temor*: no sólo representarnos el bien que debe ser salvado, sino también el mal posible que debe ser evitado. El temor es el primer deber de una ética de responsabilidad. En nuestra época, debemos recuperar el respeto perdido a través del temor o estremecimiento de lo

Junto al diálogo y la responsabilidad, un marco importante para este análisis bioético es el método propuesto por el bioeticista español Diego Gracia[7], para la deliberación de casos de conflicto ético, que a la vez está basado en el método principialista de Beauchamp y Childress. Aunque aquí se trata más bien de una discusión teórica que de un caso concreto, es posible aplicar algunos elementos tales como: el marco de referencia moral que es el principio de *respeto absoluto a la dignidad de todo ser humano;* la ponderación entre los principios universales, la situación real del desarrollo embrionario y la circunstancia concreta de la existencia y continuo avance de tecnologías que afectan al embrión humano. Los principios universales que el método considera son los cuatro principios de la bioética: *no-maleficencia, justicia, autonomía* y *beneficencia.*

El análisis comienza con una breve descripción aclaratoria de la tesis del desarrollo embrionario y de la perspectiva de Diego Gracia. Le sigue una discusión crítica que intenta reunir los principales aportes y límites de cada una y alcanzar una posición reflexiva, responsable, prudencial y crítica acerca del estatuto del embrión, respondiendo a la pregunta de si se tienen o no deberes de nivel 1, de *no-maleficencia*, hacia él.

Discusión actual en torno al estatuto ontológico y ético del embrión

Teoría del desarrollo embrionario

Las consideraciones en torno al embrión desde la genética y la embriología se resumen en la tesis del desarrollo embrionario humano. Esta perspectiva, defendida por muchos biólogos actuales[8], considera que la reproducción humana es un proceso continuado en el cual pueden distinguirse etapas con distinto carácter genético y embriológico. En cada etapa existen diversas consideraciones del embrión o feto, en cuanto a su estatuto ontológico, ético y jurídico.

negativo y la esperanza de reencontrar el valor de lo humano. Cfr. Jonas H. *El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica.* Barcelona: Herder, 1995: 356-59.

7 Cfr. Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica.* Madrid: Eudema, 1991.

8 En esta exposición tomaremos como guía a Juan Ramón Lacadena, catedrático de Genética en la Facultad de Biología de la Universidad Complutense de Madrid. El texto que usamos es: Lacadena, J.R. "Consideraciones genético-biológicas sobre el desarrollo embrionario humano". En: Casabona CM (ed.). *Genética humana. Fundamentos para el estudio de los efectos sociales de las investigaciones sobre el genoma humano.* Bilbao: Universidad de Deusto, 1995: 77-103.

En la primera etapa se produce la fecundación de los gametos, conformando el cigoto. Aunque tiende a pensarse que este momento está muy claramente delimitado, en realidad es un proceso complejo y largo constituido por diversos pasos: el espermatozoide atraviesa la zona pelúcida que envuelve al óvulo, entra en el citoplasma de éste, libera en él su núcleo haploide y finalmente se produce la fusión de los 2 pronúcleos. Si estos momentos de un proceso continuo son tan difíciles de precisar, como ocurre en todo proceso biológico, se hace problemático afirmar en qué momento existe el cigoto. Lacadena destaca el carácter de continuidad del proceso de desarrollo embriológico, que hace imposible una distinción exacta entre el "antes" y el "después"[9].

En la segunda etapa se produce la transformación progresiva del cigoto en mórula y en blastocisto, hasta concluir en su anidación definitiva, aproximadamente 5 días después de la fecundación. La anidación o implantación[10] es un momento muy importante en el proceso embriológico; algunos consideran que el embarazo propiamente tal comienza con el final de la anidación y no con la fecundación. En esta fase radican la mayor parte de las controversias y desacuerdos respecto al estatuto ontológico y ético del embrión, pues en ella se cuestiona la *individualización* del nuevo ser[11], es decir, su carácter de individuo humano. La etapa más problemática en este sentido es, pues, la del embrión preimplantatorio, es decir, hasta los 14 días posteriores a la fecundación. Ello se evidencia en el desacuerdo terminológico: algunos lo llaman "pre-embrión", otros lo llaman "embrión preimplantatorio", "embrión de dos células", "embrión de dieciséis células", etc. Para algunos será sólo un grupo de células[12]. El término "embrión" sugiere una mayor valoración o estatuto que el término "pre-embrión"; en el primer caso parece ilícito manipularlos o eliminarlos, en el segundo, puede parecer correcto. Lo cierto es que el problema de la *individualización* es clave en la decisión sobre el *status* del embrión, al menos desde el punto de vista genético.

La tercera etapa va desde la anidación hasta la existencia del feto. Al inicio de ella, terminada la anidación, se produce la gástrula, con la diferenciación de las tres capas germinales primitivas. El ectodermo o capa celular

9 *Ibíd.*, p. 78.

10 La implantación embrionaria es un proceso que se inicia entre el día seis y siete después de la fecundación y que se completa hacia el fin de la segunda semana del desarrollo, en el día 14 ó 15. Actualmente algunos autores, como el Dr. Zegers en el artículo incluido en este libro, consideran el inicio de este proceso ya en el día quinto después de la fecundación. Cfr. Beca JP. El embrión humano. Santiago: Mediterráneo, 2002: 43ss; Moore KL, Persaud TVN. Embriología Clínica. México: Ed. McGraw Hill Interamericana, 1999.

11 *Ibíd.*

12 *Ibíd.*, p. 80.

externa del embrión dará lugar a la piel, sistema nervioso, órganos sensoriales; el mesodermo o capa celular intermedia dará lugar al esqueleto, músculo, sistemas circulatorio y reproductor, etc. El endodermo o capa celular interna del embrión dará lugar al epitelio del sistema digestivo, respiratorio, urinario, timo, tiroides, etc. En este momento se produce la llamada inducción neural, en que el ectodermo da lugar a la placa neural, a partir de la cual se formará la cuerda espinal y el cerebro. El desarrollo continúa. Hacia el fin de la 4ta semana el embrión ha adquirido el plano general del futuro ser nacido. Ya al final de la 8va semana ha concluido la diferenciación del "sistema como sistema".

Finalmente, la cuarta etapa incluye todo el crecimiento fetal desde la 8ª semana hasta el nacimiento, una vez constituido el sistema diferenciado. Esta fase de desarrollo fetal concluirá con el nacimiento de un nuevo ser.

El problema del *status* de humanidad. Uno de los argumentos frecuentemente usados por quienes opinan que el *status* de humanidad comienza desde el momento de la fecundación, es que el cigoto contiene desde el comienzo toda la información genética del futuro individuo. Lacadena analiza el derecho de legitimidad de esta postura.

La fecundación de los gametos marca el inicio del cigoto, que contiene toda la información genética que se necesita para formar un nuevo ser. Al activarse el primer gen la programación genética conducirá a la formación del individuo adulto. El ADN determina al individuo que será, sin dejar de considerar que en el proceso de desarrollo interactúa el núcleo, citoplasma, ambiente celular interno y medio externo[13].

Según Lacadena, es indudable incluso desde el punto de vista científico que la vida humana comienza con la fecundación, proceso del cual surge una realidad nueva y distinta, el cigoto, a partir de dos realidades distintas, el óvulo y el espermatozoide. Esta realidad nueva tiene "potencialidad propia y autonomía genética". Si bien depende de la madre para subsistir, comienza el desarrollo de su propio programa genético. Éste es una programa específicamente humano; por ello, se puede decir que esta vida es *vida humana.*

En opinión de Lacadena, un problema distinto es cuándo esta vida humana es ya un ser o individuo humano. Es decir, el problema es el de establecer el momento de la *individualización.* No parece haber una respuesta científica cierta respecto a ello, desde el punto de vista genético, debido a la

[13] *Ibíd.*, p. 82.

gran complejidad del problema. Según Lacadena, la individualización de un nuevo ser requiere que se den dos condiciones que él llama: *unicidad* y *unidad.* Por *unicidad*, entiende la calidad de ser único. Este carácter se ve cuestionado por la realidad de los *gemelos monocigóticos*, cuya frecuencia de aparición es de 2 por 1.000. Los gemelos monocigóticos comparten una identidad genética, formándose por la división de un embrión durante las primeras semanas de desarrollo. Por *unidad,* entiende la condición de ser solamente uno. Este carácter se ve cuestionado por la existencia comprobada de *quimeras* humanas, es decir, seres constituidos por la fusión de dos cigotos o embriones distintos. Esta fusión, cuya ocurrencia es difícil en seres humanos aunque no se descarta su posibilidad, tiene que ocurrir en las primeras semanas de desarrollo, antes de terminar la anidación. La posibilidad de la gemelación y el quimerismo lleva a concluir que ni la *unicidad* ni la *unidad* del nuevo ser están fijadas durante las primeras etapas embrionarias anteriores a la anidación[14].

Un argumento que parece avalar la no individualización del embrión previo a la anidación, es el carácter de *totipotencialidad* del embrión hasta 8 células, es decir, su capacidad de originar otros individuos. Esta capacidad, que se perdería en estadios posteriores del desarrollo, ha sido experimentada con resultados positivos en conejos y ratones y se estima que se produciría algo idéntico en embriones humanos.

El problema de la individualización está situado temporalmente en la segunda etapa del desarrollo embrionario; según lo señalado, ésta va desde la progresiva transformación del cigoto en mórula, blastocisto, hasta su anidación, aproximadamente 15 días después de la fecundación. Por esta razón se ha dicho que es la etapa más controvertida, desde el punto de vista genético y embriológico, en la discusión sobre el *status* ontológico, ético y jurídico del embrión.

De esta manera, se establece que al momento de definir el momento de la *individualización* del nuevo ser, la anidación se constituye en un hito embriológico de gran importancia. La frontera de los 14 días podría marcar la diferencia entre la inestabilidad e indeterminación genética y su determinación. No obstante, Lacadena reafirma que el carácter continuo del proceso de desarrollo embrionario, en cuanto proceso biológico, imposibilita fijar este momento como preciso[15].

[14] *Ibíd.*, p. 83s.
[15] *Ibíd.*, p. 84.

Argumentos con fundamento filosófico y biológico: Diego Gracia, Zubiri y la "sustantividad"

Una de las reflexiones más completas respecto a la cuestión del estatuto del embrión es la realizada por el profesor Diego Gracia, que une la perspectiva biológica del desarrollo embrionario y el pensamiento filosófico zubiriano. Para sintetizar su fundamentación la dividiremos en los aspectos filosóficos, los aspectos biológicos y los aspectos éticos.

Fundamentos filosóficos. El profesor Gracia asume el concepto de 'sustantividad' zubiriano y el análisis fenomenológico de éste, según el cual la idea de 'sustantividad' no es explicativa sino meramente descriptiva. Entiende por "sustantividad" una estructura o sistema formado por varias notas; una realidad nueva, autónoma, con propiedades funcionales que permiten su "independencia respecto del medio y control específico sobre él"[16]. Llama "realidad" no a algo más allá de la aprehensión –como una cosa en sí kantiana– sino a aquello que se actualiza en la aprehensión como distinto de uno mismo, algo que se impone, algo que es "de suyo"[17]. Para Zubiri y Gracia, una realidad es un "campo estructurado" o sistema clausurado de notas, es decir, un sistema que ya tiene las notas que lo constituyen como una sustantividad, que ya ha alcanzado la "suficiencia constitucional". Realidad es, para Zubiri, sustantividad y sustantividad es suficiencia constitucional. Sin suficiencia constitucional no hay realidad[18]. Y para lograr ésta, se requiere espacio, tiempo y la interacción de muchas informaciones distintas[19].

Gracia utilizará el concepto zubiriano de "suficiencia constitucional" y "sustantividad" para interpretar los problemas de la génesis humana. Aplicando estos conceptos al problema del estatuto de la humanidad en el inicio de la vida, Gracia considera que sólo hay personeidad humana cuando se logra la sustantividad humana.

En este proceso, tiene un lugar fundamental la aparición del psiquismo humano, el cual tradicionalmente ha dotado del carácter "humano" a nuestra especie. En opinión de Zubiri, el psiquismo humano (*psyché*) sería el resultado o consecuencia del proceso constituyente de la sustantividad, pasado un cierto tiempo. Es, por tanto, un aspecto que también requiere tiempo y

16 Cfr. Gracia D. "El estatuto del embrión". En: Gafo J (ed.). *Procreación humana asistida: Aspectos técnicos, éticos y legales*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 1998: 91.

17 *Ibíd.*, p. 89.

18 Cfr. Gracia D. "Problemas filosóficos en Genética y en Embriología". En: Abel F, Cañon C (eds.). *La mediación de la filosofía en la construcción de la Bioética*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas: 243.

19 Cfr. Gracia D. "El estatuto del embrión", p. 93.

espacio para su establecimiento. El psiquismo humano aparecería como resultado de la complejización estructural de la constitución de la sustantividad. No puede establecerse desde el primer momento, sino que sólo aparece cuando se forman las notas constitucionales, en fases avanzadas de la organogénesis, de la complejización estructural del organismo humano[20].

Gracia otorga una relevancia fundamental al psiquismo en la definición de "humanidad", adscribiendo a un supuesto filosófico aristotélico y a lo que llama la "definición esencial de hombre" como "animal inteligente"[21]. Su opinión coincide con la de Zubiri, para quien el carácter de personeidad o realidad humana es la posesión de la inteligencia. La intelección[22] humana es una nota tan importante en la constitución de la realidad humana, que sin ella no lograría la suficiencia constitucional ni la sustantividad; la intelección es definitoria de la propia humanidad. Si la inteligencia define la sustantividad humana, entonces si aquélla se da estamos ante un ser humano, y cuando no se da o desaparece, entonces "con seguridad" no existe o ha desaparecido la humanidad[23]. Y la intelección, como la suficiencia constitucional, se alcanza en un proceso espacial y temporal, no se posee desde el principio. Luego, en opinión de Gracia, también el estatuto de "humanidad" se alcanzaría en dicho proceso. Esto tiene fuertes implicancias éticas; así, Gracia sostiene que un anencéfalo, siendo de la especie humana, nunca llega a ser un individuo humano, porque nunca logra el nivel de suficiencia constitucional humana.

Como consecuencia lógica de esta vía de fundamentación filosófica, el embrión no sería desde su inicio un ser humano, sino que en algún momento –que habrá que precisar– comienza a ser una realidad humana.

Fundamentos biológicos:

¿Preformacionismo o teoría epigenética? La segunda vertiente de fundamentación proviene de la perspectiva biológica. En ésta, ha sido importante la influencia en la genética clásica de la biología molecular, la que ha mostrado que el desarrollo de las moléculas vivas y de un organismo vivo no depende sólo de los genes, sino que intervienen otros factores morfológicos y espaciales. Esta nueva visión ha favorecido el estudio de la embriología del desarrollo, que se enfrenta a la visión clásica, tendiente a sobrevalorar el genoma como esencia del ser vivo[24].

20 *Ibíd.*, p. 96s.

21 Cfr. Gracia D. "Problemas filosóficos en Genética y en Embriología", p. 241.

22 Gracia aclara que la intelección, en el pensamiento de Zubiri no corresponde a la "razón" o *lógos* (como en el pensamiento de Aristóteles) sino más bien a "aprehensión de realidad" o "aprehensión de las cosas como realidades".

23 Cfr. Gracia D. "El estatuto del embrión", p. 97s.

La imagen tradicional de la biología era preformacionista, es decir, veía que todo el ser vivo está contenido o "preformado" en el genoma como "potencia" que sólo debe actualizarse; esta visión se apoyaba en presupuestos filosóficos aristotélicos, también presentes en el imaginario colectivo. Así, se tendió a pensar la realidad en términos de "substancia-accidente", "potencia-acto", "forma-materia", "finalidad". Pero esta manera de pensar y ver la realidad no es compatible con el actual paradigma biológico.

Gracia rechaza la idea clásica de que el ser vivo esté ya constituido con la posesión del genoma[25]. Frente a la tesis tradicional preformacionista, defiende la teoría epigenética, según la cual durante el desarrollo del embrión elementos externos al programa genético influencian la constitución del individuo. Estos elementos pueden ser embrionarios, protoplasmáticos o provenientes del torrente sanguíneo materno. Según esta tesis, defendida por biólogos como Antonio García-Bellido, el proceso morfogenético es un proceso constitutivo, no mero desarrollo consecutivo del programa genético inicial: "el embrión no sólo se *desarrolla* en el proceso embriogenético, también se *constituye*". Esto quiere decir que en los estadios del embrión no hay sólo desarrollo sino también constitución. A este proceso lo llama primero Gracia "embriogénesis" y en él participan, además de los genes, el medio espacial y temporal, produciéndose un "campo morfogenético"; éste consiste en la "influencia de factores externos –como las hormonas maternas– y protoplasmáticos sobre los genes, activándolos o inhibiéndolos"[26].

Así, la anterior visión de "potencia-acto" se transforma. Ahora se podría hablar de una "competencia" o capacidad de las células para formar un cierto órgano desde el momento de la fecundación, pero dicho órgano sólo se determinará por el proceso bioquímico de "activación genética" llamado también "inducción embrionaria"[27]. De esta forma, el embrión aparece no sólo como ejecución del "plan genético", sino como un gran "campo de fuerzas" en el que actúan diversos inductores genéticos –como las hormonas maternas– sobre el embrión.

Esta nueva visión de lo genético es incompatible con el concepto clásico de naturaleza, dotada de un *télos*, de una finalidad o programa predeterminado que se asoció con el plan genético. Los genes poseen una información codificada; la interacción con el medio permite que, por medio de ensayo y

[24] Cfr. Gracia D. "Problemas filosóficos en Genética y en Embriología", p. 226.
[25] *Ibíd.*, p. 228.
[26] *Ibíd.*, p. 232s.
[27] *Ibíd.*, p. 234.

error, parte de esa información sea aceptada y se exprese positivamente, en tanto que otra parte es rechazada. Para lograr un rasgo positivo es necesaria la mediación de muchas pruebas negativas; a juicio de Gracia, esto muestra que no hay finalidad, sino que "la finalidad de la naturaleza es el azar"[28]. Así, se reduce la importancia absoluta que se había dado tradicionalmente a los genes en la constitución de un individuo, y se amplía el rol de los aspectos extragenéticos. Para Gracia, los genes son sólo "el resultado del proceso de ensayo y error del medio", y es necesaria otra información no proveniente de ellos para que el ser humano se constituya como tal. Lo que se requiere es un proceso complejo en que interactúan la información genética y la proveniente del medio: del protoplasma, las otras células, la madre y el medio en general. Sólo así puede expresarse la información genética y formarse el fenotipo. La suficiencia constitucional, por tanto, radica en la formación de éste último[29].

A partir de lo anterior, la idea aristotélica, presente en el imaginario colectivo de nuestra sociedad, de que desde el comienzo una substancia es completa como potencia y luego sólo se desarrolla o actualiza, ya no sería defendible a la luz de los datos empíricos. Según esa imagen tradicional, un huevo fecundado sería una sustancia completa; el genoma dotaría al cigoto de un programa completo y de un *télos*, de una finalidad; a partir de ahí todo sería la mera operación de lo que ya está allí desde el principio. En opinión de Gracia, esta idea es transformada por los datos empíricos, que obligan a aceptar la existencia de un periodo constituyente en la embriogénesis humana, sólo al final del cual puede hablarse de "suficiencia constitucional". Contra el preformacionismo, la nueva tesis es que el logro de la sustantividad es un proceso epigenético.

Consecuente con lo anterior, Gracia sugiere la posibilidad de que la sustantividad y, por tanto, la aparición de un nuevo ser, no ocurre sino cuando haya una cierta madurez del sistema neuroendocrino. Esto se daría en algún momento de la organogénesis secundaria, el cual es difícil de precisar. Antes de ese instante, en las primeras fases de desarrollo del embrión –al que llama "pre-embrión"– la sustantividad no pertenece al nuevo ser sino que éste pertenece a la sustantividad de la madre, la cual "formaliza" al nuevo ser vivo con su propio sistema neuroendocrino.

Nos encontramos, así, con un nuevo concepto de "desarrollo". Éste no es ya la mera "actualización" del programa o plan genético; el desarrollo induce la activación de genes; la interacción entre la información genética y

[28] Cfr. Gracia D. "El estatuto del embrión", p. 98.
[29] *Ibíd.*, p. 99.

la información externa, no codificada en los genes, como las hormonas maternas, resulta de vital importancia para la expresión del genoma[30].

El problema de la individualidad humana y el status de persona. Si el nuevo ser no está constituido desde el momento de la fecundación, ¿en qué momento del desarrollo embriogenético puede afirmarse que ocurre esto? Para responder a esta cuestión, Gracia se apoya en los estudios de Clifford Grobstein[31].

Según Grobstein, en el primer estadio, en el cual existe un único genoma, existe unicidad en sentido genético (*uniqueness in the genetic sense*); pero ésta no significa que haya alcanzado la unidad o singularidad en el sentido de la completa individualidad humana (*unity or singleness*)[32]. Un argumento a favor de esta tesis es que el cigoto, con un genoma único, puede originar por gemelación a dos o más individuos con idéntica herencia; además, en el gato y tal vez en muchos o todos los mamíferos –incluido el hombre– las células de dos o más genotipos diferentes se pueden combinar entre sí, formando un embrión que evoluciona hacia un adulto como un mosaico de más de un genotipo[33]. Estos fenómenos se conocen como "gemelación" (un óvulo fecundado se transforma en dos) y "quimerismo" (dos óvulos fecundados dan lugar a uno), respectivamente.

Así, para Grobstein y Gracia, la identificación de la individualidad genética inicial con la individualidad acabada y completa, es una tesis preformacionista, una tesis errada generada en una época de menores conocimientos científicos. Por el contrario, el paradigma del desarrollo embrionario, al cual adhiere Grobstein, considera que el logro de esa individualidad completa es paulatino. El proceso se iniciaría en el momento de la fertilización y fecundación, alcanzando el estadio de singularidad (*singleness*) entre los días 10 y 14 siguientes. A partir de aquí, se podría hablar no de un conglomerado de células sino de una entidad multicelular, comenzando la organización llamada primaria, es decir, iniciándose la formación del embrión.

Gracia coincide con Grobstein en el rechazo al preformacionismo, pero rechaza su aceptación del determinismo genético. Defiende que el desarrollo embriológico y la ética que corresponde a este proceso debe establecerse

30 Cfr. Gracia D. "Problemas filosóficos en Genética y en Embriología", p. 237.

31 Gracia presenta a Clifford Grobstein como embriólogo y profesor de biología en la Universidad de California, San Diego. Sus trabajos han tenido gran repercusión en la bioética norteamericana. Ha sido uno de los tradicionales representantes de la posición *pro choice* en los debates en torno al aborto. Gracia cita su obra *Science and the Unborn*, New York, Basic Books, 1988.

32 Cfr. Gracia D. "Problemas filosóficos en Genética y en Embriología", p. 238.

33 *Ibíd.*

sobre nuevas bases, considerando la información extragenética como constitutiva, tan esencial como la información genética.

Como hemos visto, para Gracia el proceso morfogenético no consiste en la mera consecución del programa genético inicial sino que es constitutivo de la sustantividad. En las fases primeras no está lograda la individualidad y, por tanto, tampoco la sustantividad. Previo a ésta, el embrión pertenece a la sustantividad de su medio: la madre.

En opinión de Gracia, la aparición de la sustantividad –aunque es un momento muy difícil de precisar– sólo tendría lugar después de la anidación, finalizando el proceso de "inducción primaria"; quizás entre la "inducción secundaria" y el "crecimiento"[34]. Entiende que su tesis se opone igualmente al enfoque genético –que enfatiza la importancia de la información genética para el desarrollo del nuevo ser– y al enfoque embriológico –que da prioridad al complejo proceso biológico o "desarrollo". El primero habría sido usado tradicionalmente en la discusión sobre el aborto por los partidarios *pro-life*, y el segundo, por las posturas *pro-choice*. Estas posturas parecen inconsistentes con los datos científicos. Éstos muestran que en el desarrollo de una realidad biológica nueva, la información extragenética es tan importante como la genética en las primeras etapas de desarrollo. Propone pasar del concepto "gen" y "desarrollo" al de "constitución". Tanto los genes como el desarrollo pasan a ser momentos del proceso de constitución de una nueva realidad viva.

Gracia apoya su visión en otros autores, como Peter Byrne[35], quien se pregunta cuándo el embrión alcanza el estatuto de persona y, por tanto, de "fin en sí mismo" y no sólo "medio", digno de absoluto respeto. Para Byrne, la condición de persona requiere de la "individualidad substancial" de la naturaleza humana. Siguiendo a Boecio, define "persona" como "substancia individual de naturaleza racional", con una base que es la constitución biológica. Según Byrne, la posesión de una naturaleza humana requiere cierta base genética, forma anatómica, fisiológica e histológica. Esto se logra sólo en ciertas etapas del proceso de diferenciación de la materia embrionaria; el resultado de este proceso es la constitución biológica de un nuevo ser humano.

Esta base no está presente en el cigoto, sino que la potencialidad humana sólo existe en la sustancia embrionaria al lograrse tres factores: el patrimo-

34 *Ibíd.*, p. 242.

35 Gracia cita el siguiente artículo de Peter Byrne: "The animation tradition in the light of contemporarry philosophy". En: *The Status of the Human Embryo: Perspectives from moral tradition*. G.R. Dustan y Mary J. Seller, London, King Edward's Fund for London/Oxford University Press, 1988.

nio genético de un ser humano, la estabilidad propia de un ser humano y la diferenciación característica de la materia de un ser humano (organogénesis). Dadas estas tres condiciones, según Byrne el organismo embrionario comienza a tener la constitución de un ser humano. Esta tesis se afirma en el hecho de observarse una gran continuidad entre la constitución del embrión de dos meses (8 semanas) y el feto viable; en este estadio, ha logrado la estabilidad de un individuo único, comenzando el proceso de formación de órganos y de los sistemas fisiológicos. A partir de aquí, el embrión puede ser tenido como una persona humana, dotado de lo que Zubiri-Gracia llaman suficiencia constitucional.

La perspectiva de la biología molecular. Otro argumento de apoyo a la tesis de Gracia proviene de la biología molecular, que ha permitido considerar la diferencia entre "información operativa" e "información genética". A esto se ha referido Carlos Alonso Bedate, que postula que el cigoto requiere información extragenética –como sustancias provenientes de la sangre materna– para que la propia información genética se exprese, dando lugar a la constitución de un nuevo ser[36]. La tesis de Gracia, siguiendo a Alonso Bedate, es que la información constitutiva está compuesta tanto de información genética como de información extragenética. La interacción entre ambas necesita tiempo y espacio; por lo tanto, la suficiencia constitucional no se logra desde el primer momento.

Según Alonso Bedate, la creencia que el cigoto posee toda la información necesaria para que se produzca el individuo adulto se apoya en datos empíricos errados. Aunque el cigoto posee toda la información genética de la futura persona humana, no contiene toda la información necesaria para que se desarrolle el proceso embriogenético; sí contiene, a diferencia de otra célula humana, la información capaz de generar el comienzo de la embriogénesis. Por tanto, la raíz de la personalidad no radica en la posesión de la información genética de la especie humana; de esto habrá que sacar las consecuencias filosóficas pertinentes[37]. Es incorrecto que el cigoto posea todas las moléculas que contienen la información para el desarrollo del embrión; el cigoto, más bien, posee el potencial para adquirir la información, lo cual se realizará en el tiempo por la interacción con otras moléculas. De la interacción de dos moléculas en el tiempo surge una molécula diferente, con capacidad informativa, la cual no estaba codificada en el genoma; esta información determina el ser o tener características particulares. Por tanto, el

[36] Cfr. Gracia D. "Problemas filosóficos en Genética y en Embriología", p. 246s.

[37] Cfr. Alonso Bedate C y Cefalo R. "El zigoto: Ser o no ser una persona". Revista *Labor Hospitalaria*, Nº 217: 231-33.

genoma no provee al cigoto de todas las moléculas informativas de la futura persona. Es necesaria la interacción del sistema biológico del embrión con el de la madre, el cual se inicia con el proceso de diferenciación, en que el blastocisto se establece en el útero con dependencia absoluta de la madre. Un ejemplo de esa información necesaria para el desarrollo y no codificada en el genoma es la información sobre la posición que tomarán los distintos blastómeros para la formación del ectodermo, mesodermo o el endodermo[38]. Ésta es un tipo de información no codificada, que se origina en un proceso temporal y que es causada por la interacción entre moléculas.

Según Alonso Bedate, el ser humano es el producto terminal de un desarrollo en que todos los procesos biológicos necesarios han sido actualizados. El desarrollo del cigoto y la constitución del embrión dependen de hechos que ocurrirán durante la ontogénesis, algunos de los cuales no están bajo el control del programa genético. El cigoto tiene la información suficiente para producir un ser humano, pero requiere para desarrollar un ser humano información que se produce en el tiempo, por interacción con otras moléculas. A juicio de Alonso Bedate, el cigoto tiene un valor en relación con la persona a la que puede dar origen, pero su condición no puede ser la misma que la del nacido a término o la de la madre[39]. El momento en que el nuevo ser está constituido, es el embrión de 6 a 8 semanas, el cual ya se puede definir como un "sistema específico e íntegramente humano"[40]. En éste, casi todos los órganos internos están diseñados, han aparecido las características externas, el mecanismo neuromuscular se ha iniciado y ya está dirigida la diferenciación sexual.

Reuniendo todos los planteamientos anteriores, Gracia concluye que probablemente el momento en que se constituye la sustantividad podría situarse entre la etapa embrionaria y la fetal, pasadas las primeras fases de la embriogénesis, al finalizar el proceso de diferenciación celular y comenzar el crecimiento. Sólo entonces hay una genuina "constitución individual" y, por tanto, "sustantividad". En los primeros estadios habría, en cambio, un "campo" funcional, formado por el cigoto y su medio, es decir, la madre.

La sustantividad humana y la personeidad, el carácter de persona, no puede adquirirse desde el primer momento. Tomando en cuenta los datos biológicos, esto ocurriría a las 8 semanas. "A partir de ese momento el feto tendría personeidad, sería una persona"[41]. En el momento previo, sólo hay

[38] *Ibíd.*

[39] *Ibíd.*

[40] Cfr. Gracia D. "Problemas filosóficos en Genética y en Embriología", p. 248.

[41] Cfr. Gracia D. "Problemas filosóficos en Genética y en Embriología", p. 250.

sustantividad de la madre, el proceso morfogenético consiste en la constitución de un nuevo campo, una nueva estructura autónoma e independiente, una sustantividad con suficiencia constitucional.

Gracia opina que el embrión no tiene el estatuto ontológico de un ser humano, pues no tiene suficiencia constitucional, carece de sustantividad; su estatuto es comparable con el de los óvulos y los espermatozoides[42]. Por el contrario, el feto es un ser humano en sentido pleno. Esto coincide con la visión del último Zubiri[43], para quien el embrión pasa por un proceso de "hominización", que incluye todo el proceso genético anterior a la adquisición de la inteligencia, nota que le da el carácter de personeidad humana o realidad humana.

Aspectos éticos. La fundamentación filosófica y biológica anterior tiene implicancias éticas. Según hemos visto, el profesor Gracia se manifiesta partidario de la visión epigenética y de la división por fases del desarrollo embrionario. Siguiendo la reflexión de Zubiri, Gracia aplica la idea de "sustantividad y de "suficiencia constitucional" al proceso embriogenético. Basándose en estos conceptos y en la literatura biológica actual, postula que el embrión previo a la suficiencia constitucional, que no ha alcanzado individualidad y sustantividad no puede considerarse sujeto de derechos propios ni de obligaciones. Por el contrario, el resultado del proceso embriogenético es una sustantividad, un ser humano, con todos los derechos que ello implica.

Así, habría dos fases distintas en el desarrollo embrionario, con diversos estatutos del embrión y el feto, las cuales implican dos niveles claramente diferenciados de obligación moral:

1. La *fase constituyente*, en la cual tenemos deberes imperfectos hacia un embrión que no ha alcanzado la suficiencia constitucional y, por tanto, la personeidad humana cabal. Los embriones en fase constituyente son sujetos de derechos, pero no los derechos de un ser humano ya constituido. Tienen un derecho genérico a la existencia, pero carecen de derechos individualmente considerados[44]. Gracia llama a éstos deberes de Nivel 2, aquéllos que sólo puede exigirse cada uno a sí mismo, en forma autónoma, de acuerdo a su propio proyecto de vida y a su ideal de bien y de felicidad. Se trata de obligaciones de gestión privada, dependientes del ámbito individual que Adela Cortina ha llamado *ética de máximos*.

[42] *Ibíd.*, p. 253.

[43] Gracia cita el capítulo "La génesis humana", de la obra de Zubiri publicada póstumamente, *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza, 1986; se refiere también a la obra de Zubiri *Sobre la esencia*.

[44] Cfr. Gracia D. "El estatuto del embrión", p. 105.

2. La *fase de suficiencia constitucional*, en la cual tenemos deberes perfectos hacia el embrión que, habiendo alcanzado la sustantividad, es plenamente una persona humana. Gracia define nuestras obligaciones en este ámbito como de Nivel 1, es decir, de no-maleficencia y de justicia. Sólo en esta fase el embrión-feto puede ser tenido como persona y "sujeto moral", un fin en sí mismo y no sólo medio, digno de absoluto respeto. Dado que en esta fase estamos ante *seres humanos*, las obligaciones hacia éstos son de gestión pública y pertenecen al ámbito que Adela Cortina ha llamado *ética de mínimos*.

Gracia compara los deberes que se tienen hacia el embrión en fase constituyente con aquéllos que se tienen hacia los demás seres de la naturaleza y hacia los seres humanos de las futuras generaciones[45]. Cada individuo humano es un fin en sí mismo; también la humanidad en su conjunto, como reino de los fines, es un fin en sí misma. En los demás seres de la naturaleza, el carácter de fin puede aplicarse a la totalidad, pero no a cada uno considerado individualmente. Así, podemos decir que "la vida es un fin" o "la naturaleza es un fin". Pero no podemos afirmar que cada elemento o espécimen de la vida o de la naturaleza es un fin en sí mismo. Igualmente, los deberes que tenemos hacia los hipotéticos seres humanos de las futuras generaciones no pueden ser idénticos a los que tenemos hacia los seres humanos actuales. Más bien, se trata del mismo tipo de deberes que se tienen hacia los seres vivos y la naturaleza considerada en su conjunto. Así, podemos afirmar que tenemos deberes hacia la humanidad futura, en su conjunto, no hacia cada uno de sus elementos. Para Gracia, sucede lo mismo con los embriones en fase constituyente: tenemos deberes hacia ellos, pero éstos no pueden ser idénticos a los de los sujetos humanos ya constituidos. De esta manera, hay un derecho genérico de los embriones a la existencia, pero esto no equivale al derecho de cada uno en concreto.

Gracia considera que su argumentación no tiene sólo significación científica, sino también relevancia moral[46]. Ante el argumento que dice que el cigoto debe ser respetado de modo absoluto desde el primer momento, Gracia sostiene que sólo las personas ya constituidas son sujetos morales. Es decir, la suficiencia constitucional marca el límite ontológico del inicio de la personeidad y el límite ético del inicio del deber de tratar al feto como fin y no como medio, con total consideración y respeto. Sólo al momento de adquirir la suficiencia constitucional tenemos deberes perfectos o de Nivel 1 con el feto, esto es, deberes de justicia y de no-maleficencia. Los periodos

[45] Cfr. Gracia D. *Ética de los confines de la vida*. Santa Fe de Bogotá: Ed. El Búho, 1999: 174s.

[46] *Ibíd.*, p. 134s.

anteriores de desarrollo embrionario deben ser respetados, pero la obligatoriedad de dicho respeto debe ser establecida por cada sujeto moral en forma autónoma y acorde a su propio proyecto de vida e ideal de bien, perfección y felicidad.

Gracia admite que tenemos obligaciones morales hacia el cigoto y el embrión en fase constituyente, equiparándolas a las que tenemos hacia otras realidades biológicas, como las células sexuales, espermatozoides u óvulos. Pero éstas no pueden ser obligaciones de no hacer daño, pues el principio ético de no-maleficencia se refiere siempre a las condiciones biológicas de los sujetos humanos vivos. Como ejemplo menciona las obligaciones hacia el cadáver o hacia la persona en muerte cerebral, hacia los cuales no tenemos deberes de no-maleficencia sino de respeto o piedad.

Gracia reconoce que el primer sentimiento o posición emocional en el tema del estatuto del embrión, es la postura a favor de la vida y en defensa de los embriones[47]. Pero cree que hacer la distinción entre las fases pre y postsuficiencia constitucional es fundamental en el marco de una ética de la responsabilidad. Ésta debe obedecer a la ponderación racional de principios y consecuencias; debe elevarse desde el marco indiferenciado del sentimiento genérico de aceptación o rechazo, hacia el edificio de la reflexión.

Finalmente, Gracia concluye su análisis expresando la complejidad de la ética de la vida embrionaria, complejidad que no es otra que la de la vida misma. Por ello, entiende que sus argumentos, que enfocan el problema del estatuto del embrión desde una ética de la responsabilidad, no agotan el tema sino que dejan abierta la futura investigación.

Argumentos con fundamento religioso y teológico

La reflexión acerca del estatuto del embrión ha estado presente en las diversas tradiciones religiosas. La postura más radical que hemos encontrado es la perspectiva del Magisterio de la Iglesia Católica, representada en algunos de sus documentos oficiales[48]. La perspectiva cristiana católica introduce un elemento fundamental en la discusión, que es la afirmación de la dignidad de la persona humana, a la cual corresponde el derecho a la vida. Esta afirmación es concordante con el marco moral de la Declaración Universal de

[47] *Ibíd.*, p. 178.

[48] Aunque aquí sólo mencionamos la visión de la tradición católica, importante por su presencia en la sociedad chilena y por la radicalidad de sus argumentos, es necesario considerar que existen diversas tradiciones religiosas y diversas concepciones morales de la vida embrionaria derivadas de ellas. Para una ampliación del tema, cfr. Moreira, Agustín (SJ). "El embrión humano en la tradición de las iglesias". En: Beca JP. *El embrión humano*. Santiago: Mediterráneo, 2002: 141-59.

Derechos Humanos y con la mayoría de los códigos de ética actuales; igualmente, con el marco de referencia moral propuesto por Gracia para la deliberación bioética.

Ahora bien, lo que distingue radicalmente a la perspectiva católica es la convicción de que desde el primer momento de la existencia, el ser humano debe ser tratado como persona, con idéntica protección ética y jurídica. Es decir, desde el momento de la fecundación hay una unidad personal, a la vez corporal y espiritual. Es merecedor de sumo cuidado, sin diferenciación del estado de desarrollo embrionario, ya sea en su etapa de cigoto, mórula, blastocisto, embrión, feto o niño ya nacido[49].

El fundamento de esta visión es la concepción del hombre como ser creado a imagen y semejanza de Dios, de quien ha recibido el don sagrado de la vida. Este planteamiento, por pertenecer a una determinada manera de concebir la vida humana, su trascendencia y finalidad, se corresponde con lo que se ha llamado una "ética de máximos". Ello nos llevaría a considerar que los deberes que de ella se derivan son de gestión privada, es decir, pertenecen al ámbito de la autonomía de cada individuo y, aunque pueden con todo derecho ser promovidos, no podrían ser exigidos a todo ciudadano, en el marco de un sistema democrático y pluralista. No obstante, por esta misma razón, creo que no debemos desestimar una perspectiva respetable en una sociedad democrática, sino ponerla en diálogo con otras.

Algunos teólogos católicos actuales aceptan la teoría del desarrollo embrionario, dando especial relevancia al tema de la individualización del embrión, es decir, el momento en que pasa a ser un individuo humano. En este sentido cobra importancia el momento de la anidación o implantación, momento en que se cierran las posibilidades de la gemelación y el quimerismo. Resulta muy interesante la ponderación que realizan estos teólogos del principio de respeto a la dignidad de la vida humana y de las circunstancias y situaciones concretas en que se da la reproducción humana. Así, McCormick, pese a afirmar que el embrión preimplantado no es un individuo y por tanto tampoco una persona, afirma que se trata de una realidad que está en camino de ser una persona. Como tal, se tiene una obligación fuerte, aunque *prima*

[49] Cfr. *Catecismo de la Iglesia Católica*. Librería Juan Pablo II, Colombia, 1992; *Donum Vitae. Instrucción sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación. Respuesta a algunas cuestiones de actualidad*. Congregación para la Doctrina de la Fe (1987). San Pablo, Santiago, 1994; *Gaudium et Spes*. En Documentos Completos del Vaticano II. Mensajero, Bilbao, 1986, 15ª edición; Juan Pablo II. *Evangelium Vitae. Carta encíclica sobre el valor y el carácter inviolable de la vida humana*. San Pablo, Santiago, 1995. Investigación "Valoración de la vida y de la sexualidad en las fuentes judeo cristianas y en el Magisterio de la Iglesia". C.I.E.B., Universidad de Chile, 1999. Profesores: A. Escríbar, J. Moreno, A. M. Tapia; ayudantes: P. Chávez, M. J. López.

facie, de tratarlo como si fuera una persona. Esto se reafirma con un principio de precaución que expone McCormick: afirmar que no es un deber tratar al embrión preimplantado como una persona conlleva el peligro de justificar moral y jurídicamente cualquier acción con ellos. Esto puede ocasionar una profundización del no respeto a la vida humana en gestación. McCormick prefiere la protección, frente al peligro de la deshumanización.

Consideramos un aporte también las reflexiones de Vidal acerca del respeto que se debe al embrión preimplantado. Si bien no puede afirmarse que sea una persona, sí es un sujeto, no cosa, distinta de la gestante y muy vulnerable; por esta razón, es merecedor de respeto y se tienen hacia él también deberes *prima facie*, en el ámbito moral y jurídico. A nuestro parecer, las posiciones de estos teólogos son muy pertinentes en la discusión actual, pues están en concordancia con una auténtica ética de la responsabilidad, que pondera principios, circunstancias y consecuencias[50].

Análisis crítico de las perspectivas descritas

Intentaremos analizar los argumentos antes citados. Hemos establecido que el marco de referencia moral para este análisis es el principio de respeto absoluto a la dignidad de toda persona humana, no sometido a discusión. Nuestro problema será, entonces definir en qué momento la vida humana en gestación *debe* ser tratada como una realidad personal.

La tesis del desarrollo embrionario es defendida por muchos embriólogos y genetistas actuales. Esta postura considera que la reproducción humana es un proceso continuo, en el cual pueden distinguirse varias etapas que tienen distinto carácter genético y embriológico; de esta distinción se deriva la diversa valoración del preembrión, embrión o feto y los diversos grados de obligación ética y jurídica que se tiene hacia ellos. Sin duda alguna, la voz de estas ciencias biológicas no puede estar ausente en una discusión actual y responsable. Tiene el gran mérito de llevar la discusión a un plano de realidad, de la realidad conocida científicamente hoy; a la vez, debe recordarnos el carácter de provisionalidad que necesariamente tiene el conocimiento científico, en constante profundización y ampliación, lo que nos obliga a resguardar ese carácter también para nuestras consideraciones éticas.

Entre ese aporte de "realidad", destacamos la continuidad del proceso de desarrollo embriológico a que alude Lacadena, que hace muy difícil hacer una delimitación exacta entre el "antes" y el "después". Esto es primordial en

[50] Cfr. McCormick R. "Who or what is the preembryo?". *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 1991: 1-15; Vidal M. "El 'status humano' del embrión". En: Vidal y otros (eds.). *La fecundación artificial: Ciencia y ética*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 1985.

el caso de la conformación del cigoto, pues el mismo llamado "instante" de la fecundación es un proceso complejo y largo constituido por diversas etapas: en la primera, el espermatozoide cruza la zona pelúcida que envuelve al óvulo; luego, la entrada en el citoplasma del óvulo, la liberación del núcleo y la fusión de los pronúcleos. Cabe preguntarse si la fecundación sólo tiene lugar tras esa fusión, lo cual tiene importancia al momento de decidir en relación a fertilización asistida, criopreservación de gametos y de embriones, experimentación con preembriones en esta fase incipiente. Vemos como un aporte también el establecimiento de la importancia que tiene en el proceso embriológico el momento de la anidación o implantación. Sin entrar en la controversia de si el embarazo comienza con la fecundación o la implantación, es necesario afirmar la relevancia de este instante para la vida del embrión o feto.

Un tema interesante en la discusión es el relativo a la individualización del embrión, es decir, su carácter de individuo humano. Aunque Lacadena reconoce que existe vida humana desde la concepción, admite que es difícil afirmar la individualidad antes de los 14 días tras la fecundación. Los principales fenómenos que avalan esta indeterminación son la posibilidad de la gemelación y el quimerismo. Esta posibilidad, aunque remota, incide en la consideración de dos componentes que Lacadena ve como esenciales para hablar de "individuo humano": el ser uno y único (unicidad y unidad). Al adscribir a esta tesis, que al menos no podemos desatender, se ha de admitir que sólo a partir del día 14 se está en presencia de un individuo humano. No obstante, es nuestro parecer que el proceso anterior que va desde la fecundación y pasa por la conformación del cigoto, la mórula y el blastocisto hasta su anidación, tiene un *status* ontológico superior a un mero conglomerado o grupo de células. Se trata de vida humana en gestación y la dificultad cultural para definirla o designarla no le quita el valor que le viene de la propia dignidad de toda vida humana, de la cual forma parte como su fase más primitiva.

De la misma forma puede entenderse la tesis sostenida por Alonso Bedate, respecto a que sólo el embrión o feto a partir de la 6ta semana, es realmente potencia del individuo nacido o término. En ese momento, concluido el proceso de diferenciación celular, es un sistema definido, con las complejidades propias de un ser humano y es reconocible como sistema humano. Esta interesante perspectiva, a nuestro juicio, nos muestra que el umbral de la 6ta semana marca también un hito importante en el desarrollo embrionario, proceso que se ha iniciado en la 4ta semana, con una serie de transformaciones que llevarán al embrión a establecerse como sistema definido o feto. Pero esta afirmación no puede ser interpretada como la no obligación ética y jurídica hacia el cigoto y el embrión previos a la 6ta semana.

Alonso Bedate se fundamenta en la delimitación de lo que se entiende por información genética. El cigoto, si bien es lo que hace posible la existencia de un ser humano, no posee la información suficiente para formarla. Por una parte, debe actualizar contenido informacional para convertirse en capacidad informativa; por otra, requiere información transformante y operativa que no proviene de sí mismo, sino de la interacción con moléculas externas, como los del sistema biológico materno. Este hecho lleva a Alonso Bedate a afirmar, contrariamente a quienes argumentan que desde la fecundación se inicia un ser con programa genético definido, que el cigoto no tiene toda la información genética necesaria para la existencia de un ser humano.

Creemos que las delimitaciones de Lacadena y Alonso Bedate resaltan hitos importantes en el desarrollo embrionario, que es conveniente considerar. No obstante, no son argumentos suficientes para determinar el auténtico valor de la vida embrionaria en sus primeras fases.

En la segunda vía, hemos descrito la posición de Gracia, quien adoptando conceptos filosóficos zubirianos, los une a los planteamientos de Grobstein, Byrne, García-Bellido y Alonso Bedate. Gracia nos presenta una perspectiva novedosa y original, al cuestionar el mismo concepto de "desarrollo embrionario". Según él, en la primera etapa que él llama "pre-embrión", no es correcto hablar de desarrollo, sino de constitución. En efecto, allí no ocurre sólo la actualización de un plan genético sino la constitución de un nuevo ser, para lo cual concurren, además de los genes, factores externos como las hormonas maternas. A esta tesis, Gracia la llama epigenética, mientras que a la anterior la llama preformacionista.

Igualmente, coincide con Grobstein en que la individualidad del nuevo ser no puede lograrse antes del día 10 ó 14 después de la fecundación; antes, se trata de un conglomerado de células, en el cual puede hablarse más bien de un pre-embrión que forma parte de la sustantividad de la madre. Coincidiendo con Alonso Bedate, considera que sólo el embrión de 6 a 8 semanas puede considerarse un sistema íntegramente humano. Para Gracia, éste será el momento en que existe una auténtica constitución individual y sustantividad. El momento, también, en que puede hablarse de personeidad o carácter de persona. A ello se suma la valoración que hace Gracia siguiendo a Zubiri de la capacidad intelectiva como definitoria de humanidad; aquélla, como la individualidad, sólo puede alcanzarse con la suficiencia constitucional o sustantividad.

Gracia concluye que sólo en este nivel puede hablarse de deberes perfectos hacia el embrión-feto, pues es plenamente una persona humana. La fase constituyente, por el contrario, se caracteriza por menor exigencia; en

ésta sólo existen deberes imperfectos hacia un embrión que es sujeto de derechos, pero que no puede considerarse un sujeto humano.

A nuestro parecer, la perspectiva de Gracia es una de las más completas, por reunir aspectos biológicos, filosóficos y éticos; muy interesante su aplicación del concepto zubiriano de sustantividad. No obstante, no concordamos con la visión de un "conglomerado de células", pues, aunque el embrión previo a los 14 días carezca de individualidad, y en su fase constituyente, al menos hasta la 6ª semana, carezca de suficiencia constitucional, es en sí el germen de humanidad y como tal sí deben haber deberes perfectos hacia él.

Si bien en la fase constituyente se defiende que carece de suficiencia constitucional, es preciso considerar que ya posee cierta individualidad, cosa que Gracia pone en duda antes del día 14; luego, el periodo de la 2ª a la 7ª semana debe tener también una valoración superior a la de un mero conglomerado de células.

Además, en materia de conceptos filosóficos como "persona", "ser humano", "estructura", "sustantividad", "constitución", debemos formular un principio de cautela kantiana. Diremos que estos conceptos filosóficos enuncian realidades no fenoménicas sino nouménicas, pese al intento de afirmarlas en datos empíricos de la ciencia embriológica y genética. No podemos afirmar ni negar la personeidad, humanidad o sustantividad del embrión.

La perspectiva de Gracia equipara los deberes hacia el embrión en fase constituyente a los deberes que se tienen con las especies vivas o la naturaleza en su conjunto y no con los individuos. Ante ello, podemos decir que el embrión, a diferencia del ser vivo o espécimen natural, es prospectivamente un individuo humano o persona. Eso le da un *status* distinto. Los derechos que tiene le corresponden como germen de un individuo humano y no son asimilables al derecho a la no extinción de la especie humana futura, de los seres vivos o de la naturaleza.

De la misma manera, no nos parece evidente que se pueda equiparar la realidad que es el embrión en fase constituyente a realidades biológicas como las células sexuales, espermatozoides y óvulos. De éstos no puede decirse, como sí del cigoto, que sean germen del individuo humano o persona. Tampoco es asimilable al *status* de otras realidades como la persona en muerte cerebral o cadáver, pues de éstos no puede decirse, como sí del cigoto, que sean inicio de la vida humana.

Nos parece fundamental reafirmar nuestra perspectiva del carácter único e incomparable que tiene el embrión aun en fase constituyente. Pese a nuestra dificultad para conceptualizarlo o definirlo, debemos esforzarnos por comprender estas realidades desde sí mismas, sin presionarlas intentando

hacerlas coincidir o ajustarse a nuestro lenguaje, con sus limitaciones históricas. Las nuevas tecnologías crean posibilidades nuevas en los confines de la vida humana, nacimiento y muerte; crean, al mismo tiempo, posibilidades nuevas de intervención sobre la vida en esos extremos. El ser humano, creador de estas nuevas realidades, debe ahora aprender a construir su ética, incluidos el lenguaje filosófico y moral con que se refiere a ellas, a la altura de esas nuevas realidades. Por ello, podemos afirmar que el embrión preimplantatorio puede no ser un individuo, pero tampoco es un grupo de células; es vida humana en gestación, con un *status* único y especial.

Gracia defiende también que el principio de no-maleficencia sólo es aplicable a sujetos humanos vivos. Coincidimos con su planteamiento respecto a que el cese de la vida marca el límite de finalización del deber de no-maleficencia; con posterioridad a ese momento, sólo existirían, por ejemplo, deberes de respeto o piedad hacia quien fue retrospectivamente una persona. Pero creemos que esto no es aplicable de la misma manera a nuestro tema.

En efecto, la vida humana en gestación es indiscutiblemente *vida humana*. En cuanto a si es *sujeto humano*, creemos que si bien no puede afirmarse la individualidad del embrión preimplantatorio, sí debe al menos aceptarse que se trata de vida humana distinta de la gestante y, por tanto, ni objeto (cosa) ni parte de ella (órgano, material biológico): un "otro", un sujeto humano en gestación.

En torno a la cuestión de si el embrión es o no otro, podemos ensayar una descripción fenomenológica del embrión-feto a partir de la relación que con éste tiene la madre embarazada. El punto de vista fenomenológico nos permitirá deshacernos de las opiniones, prejuicios, tradiciones y conocimientos previos; de esta manera, intentamos alcanzar un punto de vista más esencial, acorde con el fenómeno mismo del embrión, tal como se da a la conciencia humana. Estas reflexiones no pretenden agotar el tema sino abrir una perspectiva de diálogo, que complemente la visión actual en torno a la toma de decisiones clínicas de las embarazadas y el embrión.

Ante la pregunta por el ser del embrión, si rememoramos el estado de embarazo, aparecen imágenes, deseos, temores, emociones. Suspendamos estas imágenes, ya que pertenecen a un embrión real y a una experiencia particular, para intentar pensar esa existencia como tal, tal como es dada a la experiencia de la madre embarazada. ¿Qué nos aparece entonces? Encontramos que éste es el primer nivel de desarrollo de un organismo humano; el producto de la concepción humana o el germen de lo que tras un proceso de duración definida se convertirá en un niño preparado para nacer y vivir independientemente del cuerpo materno; en términos aristotélicos, podríamos decir "es la potencia o posibilidad de ser un niño o humano"; vemos bien

que no es un órgano, ni un grupo de células, ni se identifica totalmente con el cuerpo de la mujer.

Pero suspendiendo incluso estos pensamientos, ¿qué nos queda? Ni célula, ni conglomerado de células, ni óvulo fecundado, ni órgano: el ser otro que se va formando dentro del cuerpo materno. Hay una idea de proceso en el tiempo de duración definida, una idea de un ser que es otro que la propia madre y una idea del "hábitat" de ese ser en proceso de desarrollo: el interior del cuerpo femenino. Podemos decir, entonces, que la esencia del "embrión" es el *ser-otro-formándose-dentro-del-cuerpo materno*.

A partir de todo lo anterior, creemos que sí es posible hablar de deberes de no-maleficencia hacia el embrión, aun en fase constituyente.

De la posición ontológica y ética se deriva el análisis del estatuto jurídico del embrión. Sin lugar a dudas, ha constituido un avance en la doctrina jurídica la conciencia de la necesidad de legislar frente al tema del estatuto del embrión y las modernas técnicas de reproducción asistida, que se encontraban en un vacío legal. Especialmente, nos parece adecuada a la realidad del embrión la doctrina jurídica que se fundamenta en los principios de responsabilidad y precaución, ya que la vida humana en gestación, aún en sus primeras etapas de desarrollo, es al menos prospectivamente una persona. Esto nos parece suficiente para la exigencia de brindarle protección jurídica a la persona futura. El principio de precaución es también muy pertinente pues prevé las probables consecuencias y circunstancias generadas por los avances futuros de las técnicas relativas a la reproducción asistida y la manipulación genética. Aplicando la idea de la "pendiente resbaladiza", podríamos prever que una situación actual aparentemente inofensiva, puede desencadenar una serie de consecuencias no deseadas y que escapen al control de la ética y de la voluntad humana. Esto concuerda con el principio de prevención a que nos llama la ética de la responsabilidad de Jonas, es decir, el deber de considerar las posibles consecuencias futuras, aún las peores, en situación de incertidumbre, para una acción responsable. En este sentido, creemos que el principio de precaución debe ser interpretado como la necesidad de legislaciones restrictivas en aquellas materias que puedan poner en peligro la dignidad de la vida humana, como la clonación o la selección eugenésica[51].

Por último, en un tema tan complejo e incierto como el *status* del embrión, debemos cuidar de no caer en una falacia *ad ignorantiam*, es decir,

[51] En el plano jurídico, se hace necesario legislar prontamente en Chile respecto al estatuto del embrión y las modernas técnicas de reproducción asistida, que se encuentran en un vacío legal. Esta legislación tendrá el importante desafío de buscar un justo medio, a través de un diálogo amplio e informado, atendiendo a los principios de responsabilidad y a la dignidad de la persona y de la vida humana en gestación.

en la incorrección lógica de afirmar que el desconocimiento de una determinada realidad (la personeidad o no del embrión) es una prueba de su inexistencia. No se podrá obtener acuerdo sobre si el embrión es o no persona, porque esto involucra concepciones filosóficas. Pero que no se pueda demostrar la verdad de la afirmación del carácter personal del embrión, no significa que esta afirmación sea falsa; más bien nos muestra los límites de la razón humana.

Conclusión

Atendiendo a lo anterior, consideramos necesario afirmar que existe vida humana desde el momento de la concepción. La vida, que es un derecho fundamental de la persona humana, tiene lugar mediante el proceso de reproducción, desde la fecundación al nacimiento, proceso continuo en el cual pueden distinguirse varias etapas que tienen distinto carácter genético y embriológico. La continuidad del proceso de desarrollo embrionario hace muy difícil hacer una delimitación exacta entre el "antes" y el "después". La misma conformación del cigoto es un proceso complejo y largo constituido por diversas etapas.

En el proceso de generación humana constituyen importantes hitos embriológicos: la fecundación, el momento de la anidación o implantación en el día 10 a 14 y la conformación del feto como un sistema definido en la 6ª a 8ª semana. No obstante, creemos que no es conveniente interpretar ética o jurídicamente estas distinciones del desarrollo embrionario, otorgando menor protección legal a las fases más tempranas de la gestación. En efecto, estas delimitaciones resaltan hitos importantes, pero no son argumentos suficientes para determinar el auténtico valor de la vida embrionaria en sus primeras fases. Ello se debe especialmente a que el carácter de persona involucra aspectos culturales y conceptos filosóficos que no pueden ni podrán tener una respuesta definitiva sólo por la vía de la ciencia. En este tema, se hace extremadamente latente la debilidad o precariedad de la razón, y la necesidad de establecer sólo criterios prudenciales, debidamente meditados y discutidos ampliamente.

A esto se suma la necesidad de considerar el principio de responsabilidad, en tres sentidos. Primero, porque la vida humana en gestación es una realidad vulnerable y prospectivamente una persona. Segundo, porque ante la incertidumbre de si el embrión en sus primeras fases de desarrollo es o no una realidad personal, aplicando el principio de temor responsable de Jonas, debemos actuar como si lo fuera. Y en un tercer sentido, aplicando idéntico principio, debemos considerar que los efectos de afirmar que no lo es son

potencialmente destructivos de la dignidad de la vida humana. La realidad social nos muestra que el imperativo técnico y económico imperante hace efectivas todas las posibilidades técnicas, sean o no éstas cuestionables desde el punto de vista ético. Es un deber prever las probables consecuencias y circunstancias generadas por los avances futuros de las técnicas relativas a la reproducción asistida y la manipulación genética. Día a día, vemos desarrollarse experimentos que pueden poner en riesgo la dignidad de la persona humana, como es el caso de la clonación con diversos fines y los experimentos con úteros artificiales. Ante ello, parece que el único modo de prevenir tales situaciones no deseadas por gran parte de la humanidad, es estableciendo protecciones legales fuertes en torno a la vida embrionaria desde sus primeras etapas. Ante el riesgo de deshumanización, es necesario fortalecer la protección a todas las etapas de la vida humana.

Una importante distinción es la que hace referencia a la individualización del embrión, es decir al momento en que se convierte en un individuo humano. Atendiendo al conocimiento biológico actual es difícil afirmar dicho carácter con anterioridad al día 14 después de la fecundación, dadas la posibilidad de la gemelación y el quimerismo. La implantación marcaría el momento en que podemos afirmar que se trata de un individuo humano.

No obstante, es necesario afirmar que se trata de vida humana en gestación, una realidad distinta a la gestante, germen de humanidad y, como tal, no puede poseer idéntico *status* ontológico que un mero conglomerado o grupo de células; el embrión humano preimplantado no es equiparable a "material biológico". Por ello, no todo lo técnicamente posible en la fase más incipiente de la vida humana es éticamente correcto. Como fase más primitiva y necesaria de la vida humana, creemos que es un deber tratarla con la dignidad de una futura persona, haciéndola merecedora de la mayor protección.

Es decir, existen deberes perfectos también hacia el embrión preimplantado, especialmente de protección, no-maleficencia y no discriminación. Esto se reafirma en el principio de precaución antes señalado, si pensamos que aunque no podemos asegurar que el embrión preimplantado sea un individuo sino vida humana, es más prudente tratarlo como si fuera una persona que como si no lo fuese.

Atendiendo a lo anterior, podemos formular el principio que creemos debe regir las relaciones con el embrión, de la siguiente manera: "Actúa respecto al embrión, en cualquier fase de desarrollo, como si fuese una persona". Entendemos el carácter de este principio como un principio *prima facie* del nivel 1, es decir, al que se da prioridad al momento de entrar en

conflicto con otros principios como el deber de respeto a la autonomía y la beneficencia[52].

Finalmente, creemos que en el ámbito del discurso ético, jurídico e incluso cotidiano, deberemos acostumbrarnos a admitir nuevas realidades creadas por los avances de las tecnologías. Esto exige la creación de nuevos modos de expresión y lenguajes más matizados. Ya no es tan fácil definir qué es "vida", "muerte", "persona", "individuo". Debemos comenzar a pensar en nuevas realidades, a veces inefables y estimar como realidad valiosa y digna de protección también a la "vida humana en gestación". Ésta es también una tarea para la filosofía.

Abordar el tema del estatuto ontológico del embrión es una tarea compleja que, probablemente, sea fuente inagotable de discusión científica, ética, filosófica y religiosa. No obstante, es un deber hacerse cargo de este debate, como de tantos otros en el ámbito de la bioética. Junto a la importancia de los contenidos de conocimiento biológico y moral, creemos que es de gran relevancia la forma en que se realice esta discusión. En el marco de nuestra sociedad y nuestra época, el procedimiento no puede ser otro que el diálogo y la deliberación prudencial.

Un punto de vista fundamental es el principio de responsabilidad, que entre la esperanza y el temor, debe reconducirnos hacia el respeto y cuidado por el valor de lo humano y hacia la previsión de los efectos o consecuencias de nuestras decisiones y actos.

Éste es el suelo mínimo de la discusión, pero creemos que en el ámbito de la pregunta por el valor de la vida humana, en cualquiera de sus estadios, es necesario fomentar una auténtica *ética de máximos*. Más allá del *mínimo moral* de respetar al otro, es necesario fomentar la *solidaridad* con el otro, es decir, la sensibilidad y actitud de sentirnos parte de un proyecto común como especie humana, en cualquiera de los estadios de la vida.

La realidad que es el embrión pre y postimplantatorio y feto como vida humana en gestación, es merecedora de máximo respeto moral y protección legal. Esta prevención es la única que puede asegurar el genuino respeto futuro por la vida humana, puesto que las posibilidades futuras de su manipulación técnica son insospechadas y están recién comenzando. En el marco

[52] Sin embargo, ante el posible conflicto entre el deber de no-maleficencia hacia el embrión y de no-maleficencia hacia la madre, deberemos ponderar racional y prudencialmente las circunstancias y consecuencias del caso dado; esta situación es la que se presenta en casos conflictivos extremos como es el de la mujer violada. Esta deliberación no debe perder de vista el marco de referencia moral que es el respeto absoluto a la dignidad de la persona humana.

de este deber de respeto a la dignidad de la vida humana en desarrollo, como principio *prima facie* de Nivel 1, deben discutirse con responsabilidad y prudencia las circunstancias de la situación concreta en que en cada caso se da el conflicto moral. Esta perspectiva permite deliberar en torno a situaciones concretas conflictivas que afectan al embrión, resguardando principios como la autonomía de la mujer, la libertad de investigación y la beneficencia que de ésta se deriva. A la vez, cuida y protege del daño y la discriminación al embrión, en todos sus estadios.

Cigoto, mórula, blastocisto, embrión preimplantado, embrión postimplantado, feto... Realidades precarias, incipientes, vulnerables; pero por sobre todo, realidad maravillosa, depositaria del germen de la vida humana. Que su voz callada se escuche también en nuestras voces diversas, ha sido y será nuestro deseo y preocupación.

Bibliografía

Alonso Bedate C. Reflexiones sobre cuestiones de vida y muerte: Hacia un nuevo paradigma de comprensión del valor ético de la entidad biológica humana en desarrollo. En: Abel F, Boné E, Harvey JC. La vida humana: Origen y desarrollo. Reflexiones bioéticas de científicos y moralistas. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 1989.

Alonso Bedate C, Cefalo R. El zigoto: Ser o no ser una persona. J Med Philosophy 1989; 14:641-45.

Apel Karl-Otto. Teoría de la verdad y ética del discurso. Barcelona: Paidós, 1995.

Beca JP. El embrión humano. Santiago, Chile: Mediterráneo, 2002.

Cortina A, Martínez E. *Ética*. Madrid: Ed. Akal, 1998.

Gafo J. Valoración ética de la procreación humana asistida. Examen crítico de la *Donum Vitae*. En: Gafo J. Procreación humana asistida: Aspectos técnicos, éticos y legales. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 1998.

Gracia D. El estatuto del embrión. En: Gafo J. Procreación humana asistida: Aspectos técnicos, éticos y legales. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 1998.

Gracia D. Ética de los confines de la vida. Santa Fe de Bogotá: Ed. El Búho, 1999.

Gracia D. Fundamentación y enseñanza de la bioética. Santa Fe de Bogotá: Ed. El Búho, 1998.

Gracia D. Problemas filosóficos en Genética y en Embriología. En: Abel F, Cañon C. La mediación de la filosofía en la construcción de la Bioética. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Eudema, 1991.

Habermas J. Conciencia moral y acción comunicativa. Barcelona: Ed. Península, 1991.

Jonas H. El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica. Barcelona: Herder, 1995.

Lacadena JR. Consideraciones genético-biológicas sobre el desarrollo embrionario humano. En: Casabona CM. Genética humana. Fundamentos para el estudio de los efectos sociales de las investigaciones sobre el genoma humano. Bilbao: Universidad de Deusto, 1995; 77-103.

Moore KL, Persaud TVN. Embriología clínica. México: Ed. McGraw-Hill Interamericana, 1999.

Moreira JA (S.J.). La fecundación *in vitro*. Aspectos biomédicos, jurídicos y éticos. Tesina de Licenciatura. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 1999.

Manipulación del genoma humano y clonación: Aspectos biológicos y éticos

Ronald Youlton

El genoma humano

El término genoma se utiliza para describir la totalidad de los cromosomas (en el concepto molecular, de ácido desoxirribonucleico, DNA), único para un particular organismo (o cualquier célula de ese organismo). Ello lo distingue del término genotipo, que corresponde a la información genética contenida en esos cromosomas o DNA.

El DNA es una larga molécula formada por dos cadenas complementarias torcidas una sobre la otra, a la forma de una doble hélice, como una escalera de caracol. Los largueros de la escalera están constituidos por moléculas de desoxirribosa unidas por enlaces de fosfato. Los peldaños están formados por la unión de una base púrica (adenina [A] o guanina [G]) con una pirimídica (timidina [T]) o citosina [C]) mediante enlaces de hidrógeno. Siempre A se aparea con T y C con G (son complementarias); de esta forma los largueros de la escalera se mantienen unidos. Tres pares de bases (triplete, codon) codifican para un aminoácido y una cadena de aminoácidos forman una proteína.

Nuestro DNA está constituido por unos 3.200.000.000 pares de bases (3.2 x 109 bp) y estructurado en los cromosomas, estructuras visibles al microscopio óptico durante el proceso de división celular. La especie humana posee 23 pares de cromosomas: 22 pares de autosomas y un par sexual (XX en la mujer y XY en el varón). Uno de cada par (set haploide) es aportado por la madre y el otro set por el padre, por lo que tenemos dos copias de cada gen.

El Proyecto del Genoma Humano (HUGO), que fue concebido para estudiar la secuencia de todo nuestro DNA y caracterizar todos nuestros genes en un plazo de 15 años, fue lanzado oficialmente en 1990. En febrero de 2001 se publicaron dos borradores con los resultados de la secuenciación de nuestro genoma y ambos coincidieron en que su tamaño es de unos 3. 200 Mbp y que codifica para 33.000 a 35.000 genes, lo que corresponde a la

tercera parte de los genes que se creía existían hace 10 años atrás. Se estima que menos del 5% de nuestro DNA es codificante, de manera que todos nuestros genes estarían codificados sólo por unos 160 Mbp y los restantes serían testigos de nuestra evolución.

Paralelamente, otros proyectos han estudiado el genoma de otras especies. Así se ha establecido que la levadura de cerveza tiene 6.034 genes, la mosca de la fruta tiene 13.061 genes y la casi microscópica lombriz *C. elegans*, 18.424 genes (ésta última fue utilizada por los ganadores del Premio Nobel de Medicina 2002 para sus experimentos). Se estima que 10% de los genes humanos tienen homología con genes de la mosca y del gusano y que nuestra homología con el chimpancé alcanza al 99%. Por otra parte, se considera que la similitud genética entre los diversos individuos que componen nuestra especie es superior al 99,9%.

Este caudal de conocimiento y toda la nueva tecnología desarrollada para alcanzarlo, han permitido al hombre incursionar en algunos aspectos de la biología que antes parecían insondables. Rápidamente han surgido aplicaciones relacionadas con la medicina en sus distintos aspectos diagnósticos y terapéuticos, algunos de los cuales se comentan a continuación y que merecen meditación y consideraciones éticas.

Aspectos diagnósticos

Debemos distinguir distintos niveles o categorías de diagnóstico genético de acuerdo con la intencionalidad de ellos y con la metodología utilizada. Así hay test para diagnóstico clínico, test para la detección de portadores, test predictivos, test para diagnóstico prenatal, test para diagnóstico preimplantacional y preconcepcional y test destinados al tamizaje o *screening* neonatal.

Test diagnósticos

Están destinados a confirmar o descartar un diagnóstico de enfermedad genética en un individuo sintomático. Pueden ser estudios cromosómicos, bioquímicos o moleculares (DNA). Los resultados pueden dar valiosa información para el manejo clínico del paciente, pero también hay que considerar que estos resultados pueden tener un impacto psicosocial grande en el paciente y en su familia, aparte de influenciar las decisiones reproductivas de los involucrados.

Detección de portadores

Los portadores de mutaciones autosómicas recesivas o ligadas al X recesivas son generalmente asintomáticos. Por esta razón se estudian individuos que tienen algún familiar afectado con una enfermedad genética de este tipo o un familiar portador comprobado de la mutación. También se considera candidatos a este tipo de estudio personas de un grupo étnico o racial en el que existe una alta proporción de portadores de una enfermedad genética determinada. El objetivo de estos estudios es evitar concebir y tener hijos homocigotos, por lo tanto afectados, de una enfermedad autosómica recesiva o hijos varones afectados de una enfermedad ligada al X recesiva. Ello significa considerar la posibilidad de otras alternativas reproductivas.

En las familias en que existe un enfermo con algunas de estas condiciones, antes de realizar los estudios moleculares a los presuntos portadores, es necesario tener comprobada la mutación en el afectado.

Test predictivos

Este tipo de estudio está destinado a las personas asintomáticas y probablemente sanas que tienen una historia familiar de afectados de una enfermedad genética y que desean conocer su riesgo de desarrollarla. En algunos casos el diagnóstico es presintomático: la confirmación de que la mutación está en esa persona casi asegura que desarrollará la enfermedad en el futuro. El ejemplo clásico es el de la corea de Huntington. En otras circunstancias el diagnóstico molecular es para la mutación de un gen que predispone a una enfermedad, la que no necesariamente llegará, cual es el caso de la asociación de los genes BRCA-1 y BRCA-2 con el cáncer de mama.

Estos test tienen indicación médica si es que el diagnóstico permite realizar acciones de salud que puedan evitar o reducir la morbilidad y mortalidad dada por dicha enfermedad. Si ello no es así, no habría una clara indicación médica de hacerlos, particularmente durante la infancia, pues un diagnóstico de tal naturaleza podría tener un fuerte impacto psicosocial en los padres que repercuta en la crianza de su hijo y en la planificación de éste de su vida futura.

También hay que considerar que los test predictivos podrían eventualmente ser utilizados en niños dados para adopción, lo que significa una discriminación negativa, o por empleadores y compañías de seguros con el objeto de disminuir sus riesgos económicos.

Diagnóstico prenatal

Se ofrece a aquellas embarazadas cuyos fetos están en riesgo de padecer alguna enfermedad genética por mayor edad materna (anomalías cromosómicas), por tener antecedentes familiares, por haber encontrado parámetros bioquímicos alterados en sangre de la madre (triple test) o por

haber detectado signos ecográficos de malformación fetal. La obtención de células fetales para estudio se logra mediante amniocentesis, por biopsia de vellosidades coriales o por punción de la vena del cordón umbilical. Estas células se cultivan para análisis cromosómico y eventualmente para estudios moleculares, en cuyo caso el diagnóstico específico de la mutación debe haberse realizado previamente en el familiar afectado o en los padres portadores. Si se consideran todas las indicaciones de diagnóstico citogenético prenatal, la frecuencia de resultados anormales es 5%, pero si la indicación del examen es solamente por edad materna superior a 35 años, esta cifra baja a 2%. En nuestra institución, por ser un centro de referencia de embarazos de alto riesgo, estos porcentajes son muy superiores.

En los países en que la interrupción del embarazo está permitida, la mayoría de los diagnósticos positivos terminan en un aborto eugenésico. En nuestro país ello está prohibido por el Código Penal.

Otro de los aspectos éticos a considerar en diagnóstico prenatal es que el procedimiento que se realiza para la obtención de la muestra tiene un riesgo implícito de desencadenar un aborto espontáneo posprocedimiento, aunque en centros especializados la frecuencia de estos accidentes es muy baja (1%).

Diagnóstico preimplantacional

En los casos de fertilización *in vitro* de parejas en alto riesgo y cuando el embrión está conformado por unas pocas células (unas 8), es posible extraer una de éstas y analizarlas desde el punto de vista cromosómico o molecular. Éste es un procedimiento altamente especializado, susceptible de errores, en el que no siempre se obtienen resultados y es de elevado costo. Cuando el estudio revela una anomalía del embrión, éste es descartado, lo que no constituiría un aborto, sino un embriocidio, con los consiguientes problemas éticos. Si el diagnóstico es normal, el embrión se implanta, pero dadas las dificultades del estudio, se aconseja comprobar su normalidad durante el curso del embarazo con alguno de los métodos de diagnóstico prenatal.

Diagnóstico preconcepcional

También utilizado en los casos de fertilización *in vitro*, consiste en hacer el diagnóstico citogenético en el segundo cuerpo polar del óvulo. Si éste contiene un cromosoma en déficit o en exceso, en el óvulo existirá una relación recíproca y no se utiliza para ser fertilizado. El óvulo, por ser una célula con un set cromosómico haploide, si no es fertilizado, no tiene destino (lo que ocurre en la mayoría de los ciclos en la vida de una mujer), por lo no habría reparos éticos en realizar este tipo de procedimiento.

Screening neonatal

Traducido como tamizaje, consiste en detectar enfermedades que no producen síntomas en las primeras semanas o meses de la vida, pero que tienen consecuencias negativas o secuelas en edades posteriores. Condición necesaria para considerar una enfermedad para *screening* es el que tenga un tratamiento eficaz, el que iniciado tempranamente evite las complicaciones. En nuestro país se realiza en forma rutinaria, antes del alta de la maternidad, *screening* para hipotiroidismo congénito y fenilquetonuria. En nuestra institución se realiza, además, *screening* auditivo.

Los métodos utilizados detectan un pequeño porcentaje de falsos positivos, pero no deben tolerar falsos negativos (enfermos no diagnosticados).

En países del primer mundo se realiza pesquisa neonatal para otra serie de enfermedades.

Aspectos terapéuticos

El conocimiento de nuestro genoma y la tecnología desarrollada durante el Proyecto del Genoma Humano y la que está por venir, van a modificar en forma muy significativa nuestra forma de comprender, diagnosticar y tratar las enfermedades.

Farmacogenética

La terapia basada en las características genéticas del paciente permitirá un uso más racional de los medicamentos. El estudio de los polimorfismos de los citocromos P450 2C9 y 2D6 de una persona, que se relacionan con la velocidad de metabolización hepática de las drogas, hará posible que las dosis sean dadas a la medida del paciente, a la vez que podrá predecir si éste está en riesgo de desarrollar alguna reacción adversa.

La tecnología de las micromatrices de DNA (*microarrays*) permite el análisis simultáneo de un gran número de genes, generando patrones de expresión génica que pueden ser característicos de una enfermedad. Una publicación señala que el análisis de expresión génica permite distinguir las leucemias mieloide aguda y linfoblástica aguda, cuyos tratamientos son muy diferentes. De 6.800 genes estudiados, 1.100 se expresaron en forma diferente en ambas leucemias. De éstos, hubo 50 genes que consistentemente permitieron diferenciar ambas leucemias con 85% de sensibilidad y 100% de especificidad.

Cuando se conozca cómo funcionan los genes y cuáles son los trastornos moleculares que ocurren en la enfermedad, se podrán diseñar drogas espe-

cíficas para ese problema. En la leucemia mieloide crónica ocurre una translocación entre los cromosomas 9 y 22 que genera un gen quimérico, el que codifica una proteína anormal que induce una descontrolada multiplicación de la serie blanca. Recientemente se ha desarrollado una droga (STI 271) que se adhiere a esta proteína y bloquea su acción.

Éstos son ejemplos de cómo los avances de la farmacogenética permitirán al médico y al paciente optar por el tratamiento que consideren más apropiado para la enfermedad y para el enfermo.

Desde el punto de vista ético, estos avances no presentan reparos. Sin embargo, para lograr las metas es necesario hacer grandes inversiones; por esta razón las empresas que están en el rubro han estado en campaña para que se les permita patentar los genes, algo que todavía no han logrado, pues nuestro genoma es patrimonio de toda nuestra especie.

Terapia génica

La terapia génica está destinada a curar (o prevenir) una enfermedad genética modificando la expresión de los genes del paciente. Debemos distinguir claramente entre terapia de células somáticas y de células germinales. En ésta última se modifican las células germinales (óvulos y espermatozoides), de tal manera toda la progenie de ese individuo heredará la modificación. Con ello estaríamos modificando la estructura genética de las futuras generaciones e interviniendo en el proceso evolutivo. Podría discutirse si prevenir una enfermedad severa justificaría el procedimiento (eugenesia negativa), pero este también podría ser utilizado para "mejorar" o incrementar alguna característica que se considere deseable, con lo que eventualmente podríamos tener subpoblaciones de humanos genéticamente mejorados (eugenesia positiva). Por éstas y otras razones la terapia génica en células germinales está en moratoria.

La terapia génica en células somáticas consiste en introducir un gen sano en el paciente; si bien éste verá modificado su genoma, esta modificación no pasará a su descendencia. Uno de los tantos problemas que plantea esta forma de tratamiento es el cómo entregar el gen sano. Una forma de hacerlo, que se denomina modificación *in vivo*, utiliza vectores que pueden ser virus modificados que contengan el cDNA específico con los promotores asociados o plasmidios con iguales características formando complejos con liposomas. En ambos casos estos elementos van directamente al paciente. Algunas preguntas que se plantean son: ¿la proteína que se pretende que el paciente genere, se producirá en el sitio correcto? ¿su síntesis estará sujeta a las regulaciones normales? ¿el gen transferido establecerá el contacto con los promotores correctos? ¿la inserción al azar del gen, alterará la regulación y

función de otros genes? ¿sufrirá cambios el fenotipo del paciente debido a cambios genéticos secundarios?

La otra forma de entregar una copia sana de un gen es la manipulación *in vitro*: células del paciente son cultivadas, modificadas y reintroducidas en el paciente. Este método tiene la ventaja de observar, por lo menos *in vitro*, el comportamiento de las células modificadas antes de ser reintroducidas.

La terapia génica de células somáticas, por el momento, se limita a unas pocas afecciones monogénicas. El primer ensayo clínico se realizó en 1989 en un grupo de voluntarios con cáncer terminal. Al momento continúa con carácter experimental, aunque ya hay muchos pacientes tratados, especialmente los afectados con fibrosis quística.

Clonación y terapia con células troncales

Todo el proceso de diferenciación celular a partir de células primitivas o troncales es producido por la activación e inactivación de diferentes genes. Una vez que la célula se ha diferenciado (en célula hepática o nerviosa por ejemplo) mantiene una cantidad de genes silenciados que no se expresan, condición que antes se consideraba irreversible. El nacimiento de la oveja Dolly en 1996, producto de clonación, para la que se utilizó células de la ubre de una oveja de seis años de edad cultivadas en el laboratorio, las que aportaron los núcleos que fueron incorporados a óvulos previamente enucleados, demostró que el material genético de una célula somática puede ser reprogramado y volver a ser totipotencial.

La transferencia nuclear y clonación en vegetales y animales son una realidad. La clonación de seres humanos con fines reproductivos está en una moratoria por acuerdo de la comunidad científica internacional por ser insegura, impráctica, ineficiente, innecesaria y no ética. Baste recordar que para obtener a Dolly se requirió 400 óvulos no fecundados; en 270 de ellos se logró transferir con éxito el núcleo de una célula de la ubre de otra oveja para obtener un animal vivo sano. Los restantes no progresaron hacia el desarrollo embrionario, se abortaron o nacieron muertos. De los animales nacidos vivos, hubo muchas muertes neonatales y con anomalías del desarrollo.

Todos conocemos pares de gemelos idénticos (monocigóticos), que son clones y muy parecidos, pero han crecido y se han desarrollado con una personalidad y mentalidad propias. Nunca lograremos una "fotocopia" del donante del núcleo, pues el DNA mitocondrial será aportado por el óvulo enucleado receptor y porque nuestro fenotipo es producto tanto de nuestros genes como del medio ambiente.

La clonación humana con fines terapéuticos tiene otros alcances y ha sido autorizada en algunos países hasta una vida embrionaria de pocos días. Al momento la forma de lograrla es transfiriendo el núcleo de una célula somática del paciente a un óvulo humano enucleado. El embrión resultante se cultiva en el laboratorio por cinco a seis días, cuando las células son aún indiferenciadas y totipotenciales y a partir de las cuales se pueden diferenciar en células especializadas (piel, miocardio, etc.), de acuerdo a las condiciones del cultivo y de los factores de crecimiento y otros que se le adicionen. De esta forma se podrán tratar las más diversas enfermedades, sin problemas de rechazo inmunológico, pues esas células o tejido reimplantado tienen los mismos genes y serían inmunológicamente iguales al paciente. El aspecto ético negativo del procedimiento es la necesaria destrucción del embrión.

Otra manera de obtener células troncales o totipotenciales es recuperarlas de un individuo ya nacido (o adulto). Éstas existen en diversos tejidos nuestros y cumplen la función de reemplazar la dotación de células diferenciadas que envejecen y mueren. Éste es un campo de la biología en el que se está trabajando activamente.

A pesar de todo lo que ha avanzado el conocimiento científico, la biología y la medicina, el hombre no ha creado nada nuevo; sólo está manipulando lo que ya existía y ello debe hacerlo con estricto apego a las normas éticas.

Bibliografía

Chomalí F, Madrid R, Repetto G, Rigotti A, Rodríguez E, Santos M *et al.* Consideraciones biológicas, médicas, jurídicas y éticas: Proyecto Genoma Humano. Presente y perspectivas futuras. Humanitas; Cuaderno Nº 15, 1999. Centro de Bioética, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Minguell JJ, Erices A. Células troncales adultas. Rev Méd Clín Condes 2002; 13:46-50.

Palacios M. Clonación de células humanas: aspectos éticos, sociales y legales. En: Grisolia S. Transplantes y clonación de células humanas en el siglo XXI. Fundación BBVA, 2001.

Sepúlveda MS, Zegers-Hochschild F. Diagnóstico genético preconcepcional. Rev Méd Clín Condes 2001; 12:33-35.

Weissman IL. Translating stem and progenitor cell biology to the clinic: barriers and opportunities. Science 2000; 287:1442-46.

Youlton R. El proyecto del Genoma Humano y su impacto en la endocrinología. Rev Méd Clín Condes 2002; 13:3-8.

Fecundación *in vitro*: Aspectos médicos y éticos

Fernando Zegers-Hochschild

El desarrollo científico y tecnológico es un producto genuino de la naturaleza humana. Equipado con una inteligencia superior, el hombre se ve permanentemente llamado a descubrir y aventurarse más allá de los límites que percibe a través de sus sentidos. Es esta fuerza aventurera la que ha motivado a nuestra especie a migrar y poblar las más vastas geografías, más allá de las necesidades alimentarias y reproductivas que movilizan a la mayor parte de los mamíferos. Es también esa fuerza aventurera la que moviliza al hombre a descubrir los misterios de su propia existencia. De esta manera, la ciencia nace con el hombre como herramienta insustituible en el proceso de develar y poner al conocimiento de todos, lo extraordinario de nuestra naturaleza.

La ciencia médica desde tiempos inmemoriales ha contribuido a reemplazar mitos y leyendas poniendo al hombre como un importante generador de su destino. La generación de la vida así como el advenimiento de la muerte, ya no puede entenderse tan sólo como un mandato divino unidireccional. A la mujer infértil, la ciencia le ayuda a parir, y al moribundo, la ciencia le posterga su muerte. Al tomar conciencia de este rol protagónico, el hombre también entiende que su única posibilidad de proyectarse más allá de su propia realidad, es a través de la reproducción. Esta característica tan propia de todos los seres vivos adquiere especial relevancia en las parejas infértiles. Es como resultado de esta condición, que nace la preocupación por la fecundidad y son los avances en esta disciplina lo que ha originado los más grandes desafíos éticos del presente.

En los últimos 25 años, el mundo se ha visto enfrentado a tres revoluciones científicas en el área de la biología; el advenimiento de la reproducción asistida, el creciente desciframiento del genoma humano y la clonación terapéutica y reproductiva. Nadie en su sano juicio hubiera podido predecir estos acontecimientos en tan corto tiempo. No hay duda que la humanidad no está preparada para asumir en globalidad la velocidad con que se produ-

cen estos cambios, lo que constituye un verdadero desafío a los principios éticos y morales con que construimos nuestras sociedades. En la medida que la tecnociencia nos confronta con realidades nuevas, las bases morales y legales con que construimos nuestras sociedades deben también ser revisadas con igual velocidad. Esto no es tan fácil.

Desde que P. Steptoe y R. Edwards en 1978 lograron el primer embarazo con técnicas de fecundación *in vitro* y transferencia de embriones al útero (FIV/TE), la comunidad científica se vio conmovida pues se abría con ello una nueva alternativa de tratamiento de la infertilidad. Al mismo tiempo, el mundo quedó sorprendido por la posibilidad de intervenir con eficiencia en el proceso generativo humano. La materia con la cual nos constituimos como personas quedó al cuidado de terceros lo que generó y aun genera desconfianza y preocupación. Por otra parte, millones de parejas infértiles que se han visto imposibilitadas para tener hijos, han recurrido a estos procedimientos como un camino real y eficiente para ser madres y padres. Más de un millón de niños ha nacido gracias a estas complejas intervenciones biomédicas. Si bien fue la ciencia quien puso una nueva tecnología al servicio de la humanidad, en esta oportunidad, el descubrimiento científico dejó rápidamente de pertenecer a los científicos, pasando de inmediato al dominio público. Las personas por primera vez, han tenido acceso a ser actores conscientes de los procesos biológicos que ponen en marcha su existencia material y naturalmente ello ha congregado a las más variadas formas del saber.

Así, tanto las ciencias biológicas como las filosofías, religiones, y entidades legislativas han intervenido con justa razón en el debate y en la reflexión sobre los efectos éticos e implicancias legales que estos nuevos descubrimientos aportan a la comunidad. La sociedad se ha visto y se verá en un futuro afectada por una avalancha de nuevos descubrimientos que el hombre se ha dado, al abrir la puerta que lleva a la irrenunciable aventura de descubrir lo extraordinario de nuestra existencia. Desde que el hombre es capaz de tomar el control de la materia con que nos iniciamos en este mundo, se han generado dilemas éticos que con frecuencia producen confrontaciones sociales y religiosas; en gran medida motivadas por falta de conocimiento o errores en la interpretación de ciertos eventos de la biología del desarrollo.

En este capítulo se describirán los diferentes estadios del desarrollo preimplantacional con objeto de sentar las bases de una reflexión sobre el estatuto del embrión basada en evidencia científica aportada por la biología del desarrollo. Luego se hará referencia a algunas de las técnicas más usadas en reproducción asistida y los desafíos éticos que éstas representan; finalmente se enunciarán algunos de los desafíos éticos que plantea la clonación terapéutica y reproductiva.

Algunas enseñanzas de la biología del desarrollo preimplantacional

Fecundación y desarrollo del embrión

Durante el proceso reproductivo que ocurre en forma espontánea, los espermatozoides dejados en la vagina luego del coito, migran a través del cuello uterino hacia el interior del útero. De allí continúan su viaje hacia la trompa de Falopio que será el escenario final para el encuentro con el gameto femenino, el óvulo. Durante su recorrido por el tracto genital femenino, el espermatozoide experimenta cambios estructurales y funcionales llamados capacitación, que le permitirán fusionar sus membranas con las del óvulo y penetrarlo. El óvulo por su parte una vez liberado del ovario, completa su maduración somática y germinativa, exponiéndose así a ser fecundado. El óvulo ha completado su maduración cuando sus dos conjuntos de cromosomas se han reducido en la meiosis a sólo uno. Al ser penetrado por el espermatozoide, el mismo óvulo estimula al gameto masculino a entregar su contenido cromosómico que servirá para poner en marcha la constitución de un nuevo individuo. La fecundación se completa cuando habiéndose fundido los cromosomas masculinos y femeninos, y habiéndose intercambiado información entre ambos, se inicia la primera división celular de un nuevo individuo, jamás visto antes y que jamás será replicado a no ser que ocurra posteriormente una división gemelar.

Desde la fecundación y por los próximos tres días, el ahora llamado *conceptus* en división o embrión navega por el fluido de la trompa, llegando a la cavidad uterina con alrededor de 8 células entre el tercer y cuarto día. A pesar de lo avanzado del desarrollo, el embrión no tomará contacto directo con tejidos maternos hasta iniciada la implantación, proceso que se pone en marcha entre el quinto y sexto día desde la fecundación (blastocisto).

Desde completada la fecundación y durante los primeros catorce a quince días del desarrollo embriológico, las sucesivas multiplicaciones celulares, no constituyen especialización celular. Es decir, cada célula es indiferenciada, totipotencial e igual a la siguiente, de tal manera que a un embrión se le pueden extraer más de una célula sin que éste se vea afectado en funciones presentes o futuras (esta es la razón por la que se pueden efectuar diagnósticos genéticos y cromosómicos en un embrión preimplantacional sin que ello afecte su devenir). El embrión tiene una sorprendente capacidad regeneradora que le permite sobreponerse con eficiencia a numerosas situaciones de estrés como son la criopreservación y la biopsia de blastómeros. Considerando que en el embrión preimplantacional, todas las células son iguales y totipotenciales, la masa celular interna puede dividirse y dar origen

a gemelos idénticos; los quince días de desarrollo (desde la fecundación) marcan el último instante en que es posible la gemelación. Luego de esta etapa, aparece una hendidura longitudinal (neural) a lo largo del embrión que marca el inicio de la especialización y por ende, la pérdida de la totipotencialidad celular.

En el blastocisto pueden distinguirse una masa celular interna que dará origen al embrión propiamente tal y que no constituye más del 10% de la totalidad de las 120 a 150 células que forman la totalidad del embrión a ese nivel de desarrollo; el resto, llamado trofoectodermo, dará origen a la placenta y otros anexos embrionarios. No se conoce con exactitud las razones que llevan a la gemelación, sin embargo, si la masa celular interna es mayor que lo habitual, o si el cemento intercelular es deficitario, la masa celular interna puede dividirse en dos o más, dando origen a gemelos o triples idénticos. En términos estrictos, la biología del desarrollo nos habla de embrión desde el día 15 de la fecundación, en que aparece la hendidura neural que marca el inicio de especialización celular.

La Figura 3-1 muestra los más relevantes estados del desarrollo preimplantacional en el humano, el cual ocurre mientras el embrión avanza navegando desde la trompa de Falopio hacia la cavidad uterina, donde continúa migrando sin tomar contacto celular con su futura madre hasta haber completado al menos cinco días de desarrollo. El hecho que el desarrollo preimplantacional se realice en el fluido de la trompa y útero tiene relevancia práctica ya que no es antojadizo que el embarazo se inicia con la implantación del embrión. Se inicia en ese momento porque no existe manera de saber que hay un embrión en la mujer si éste no está unido celularmente a ella. Sólo con la implantación pueden reconocerse principios químicos secretados por el embrión e identificables en la mujer (hormona gonadotropina coriónica, ßhCG). Esto tiene implicancias en relación a las polémicas generadas alrededor del aborto. Para que exista aborto, debe haber un embarazo. Para que haya embarazo, éste debe ser demostrable al menos mediante marcadores químicos o clínicamente. Por lo anterior se puede hablar de aborto sólo con la interrupción de un embarazo evidente.

Algunos comentarios que se derivan de este estado de desarrollo y que ayudan a una reflexión ética

La fecundación se inicia con la aposición de los espermatozoides en la membrana más externa del óvulo (zona pelúcida) y termina cuando disolviéndose los pronúcleos (PN) del cigoto se establece el nuevo genoma (aunque éste no se activa hasta el estado de 8 células, 48 horas más tarde). Así, desde que tiene lugar la primera división celular, estamos frente a un indivi-

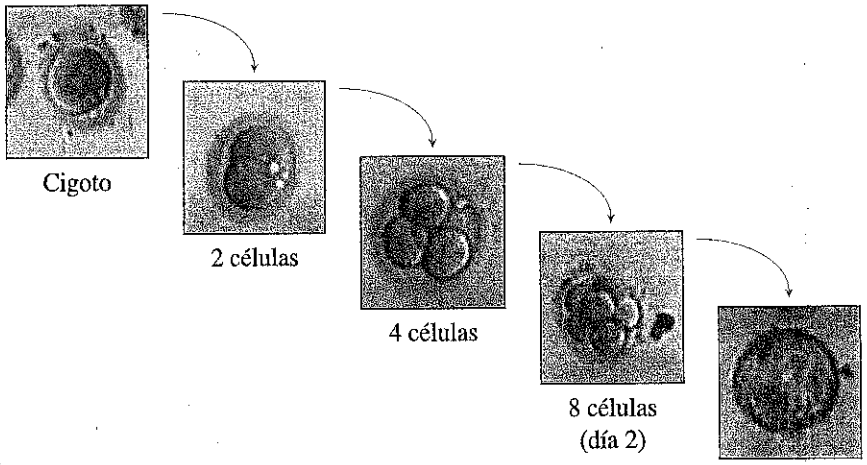


Figura 3-1. Desarrollo embrionario preimplantacional.

duo genéticamente nuevo. De esta manera con propiedad puede decirse que completada la fecundación se da inicio a la "individualidad genética". Para algunos, el tener un genoma propio es sinónimo de persona en potencia y por ello merecedor de los derechos y características atribuibles a las personas propiamente tales. Para los que así piensan, con la constitución del genoma se da inicio a un proceso continuo y unitario y por ello la valoración ética de cada etapa de este proceso es equivalente a la valoración ética de la persona actualizada, que es el final del proceso. Esto es verdadero si ocurre todo el proceso y se lo puede observar retrospectivamente. Es decir, si cada uno de nosotros pudiera mirar hacia atrás en su existencia biológica, podría distinguir que en algún momento fue feto, embrión y cigoto, etc. Si observamos el proceso prospectivamente, es decir, a partir del cigoto, uno puede plantearse las siguientes preguntas:

- ¿todo cigoto llegará irremediablemente a ser persona?
- ¿es la persona que se hace esta pregunta, la misma persona que se generó con la constitución del genoma?

Para reflexionar sobre estas interrogantes es necesario recordar los siguientes hechos:

- Aproximadamente el 20% de los cigotos tiene la potencialidad de convertirse en embriones clínicamente evidentes. El 80% de los cigotos no llega a implantarse o recién implantados se pierden; la mayor de

las veces debido a errores cromosómicos y estructurales del propio embrión.

- Un embrión de 8 células puede seguir adelante su camino hacia una mórula, blastocisto, implantarse y constituir finalmente una persona. El mismo embrión puede transformarse en un tumor llamado mola o en un cáncer llamado coriocarcinoma, que de no ser tratado mata a la mujer. Esto no significa que parte del embrión se maligniza. El embrión deja de existir como tal y en su totalidad se transforma en un cáncer. Para mayor redundancia, no es una persona con un cáncer; es simplemente un cáncer.
- Un embrión de 4, 8 células o incluso un blastocisto puede dar origen a dos embriones por simple división de la masa celular interna (gemelos idénticos). Mientras más temprano ocurre la división, los dos embriones pueden compartir placenta, saco gestacional, amnios, etc. Mientras más tarde se divida la masa celular interna, cada gemelo idéntico tendrá su propia placenta, saco amniótico, etcétera.

Algunas reflexiones en relación al estatuto ontológico del embrión:

- Si a un embrión preimplantacional lo llamamos Pedro, y éste se divide en dos, al morir, Pedro no da origen a Pedro 1 y Pedro 2. Tampoco da origen a "los gemelos". Por el contrario, da origen a Juan y Diego que de nacer serán dos personas ontológicamente diferentes a pesar de que comparten el mismo genoma. En el mismo orden de cosas, uno de los gemelos puede continuar su camino, ser un feto y eventualmente una persona, mientras el otro se transforma en un tumor como la mola hidatidiforme o en un tumor que puede cohabitar en el ovario de su hermana gemela. Así se generan algunos tumores del ovario llamados teratomas. Finalmente, si la división tiene lugar muy tarde en el desarrollo pueden constituirse siameses que a pesar de compartir no sólo el genoma sino que algunos de sus órganos, constituyen dos personas diferentes. Si no fuera así, la separación de los mismos no generaría dilemas éticos.
- Todos estos hechos de la biología y de la medicina deben hacer reflexionar sobre el concepto de "continuidad" que algunos utilizan como argumentación para establecer el inicio de la persona desde la fecundación. Es mi entendimiento que si bien el proceso a ser persona es un continuo, por lo demás se inició hace millones de años, la estructura celular que da inicio a este camino no se constituye como persona en potencia hasta mucho más tarde en el desarrollo. El desarrollo embrionario y fetal está marcado por ciertos hitos en los

que se van adquiriendo características propias de seres que en la vida diaria, no existen como genomas ambulantes; es en la unión con nuestras madres y en el desarrollo posterior donde este genoma se expresa en cada uno de nosotros constituyendo nuestra individualidad ontológica. La transición entre una estructura meramente celular y una persona en potencia se lleva a cabo en algún momento del desarrollo postimplantación.

- En relación al concepto del embrión como ser "unitario o inseparable", es necesario recordar que el blastocisto es un embrión de aproximadamente 150 células. De éstas, la masa celular interna, de donde se originan las personas está formada por tan sólo 10 a 20 células. Todo el resto de las células constituirán la placenta, membranas amnióticas y otros anexos embrionarios. Todas las células del blastocisto tienen el mismo genoma, sin embargo no más del 10% de ellas tienen la potencialidad de ser persona, por lo que difícilmente se le puede considerar unitaria. En la misma línea argumental, cuando a una mujer embarazada se le hace una punción de las vellosidades coriales para diagnóstico genético prenatal, no se está puncionando al feto, se está puncionando la placenta, cuyas células comparten con el feto exactamente el mismo genoma. En mi entendimiento, el embrión preimplantacional no es unitario, indisoluble, o inseparable como es propio de las personas. Es más tarde en el desarrollo donde se puede identificar claramente lo que es un embrión propiamente tal, y lo que son los anexos embrionarios, estableciéndose la persona unitaria en potencia.
- Otra particularidad de las células de la masa celular interna es que son totipotenciales, es decir, pueden dar origen a cualesquier tipo celular especializado (células cardíacas, neuronas, etc.). Sin embargo, si se les mantienen juntas, establecen un lenguaje intercelular que las orienta a seguir siendo embrión con la potencialidad de dar origen a una persona. Si se les separa, se desconocen entre ellas y están así preparadas para adquirir cualquier función corporal. Ésta es la base de la generación de células troncales y de la medicina regenerativa a la que me referiré más adelante.

Dados los argumentos y los ejemplos precedentes, debo concluir que al menos en la etapa preimplantacional, el embrión es una estructura celular que tiene la potencialidad de ser una persona. La persona en potencia, ontológicamente única con capacidad de actualizarse desde el nacimiento, existe desde más tarde en el desarrollo embriológico.

Como médico, me enfrento a diario a este tipo de reflexión en conjunto con las parejas que me consultan. Para ser totalmente consistente yo debiera primero definir si estas estructuras celulares preimplantación y que finalmente están a mi cuidado, son "cosas" que pueden ser eliminadas si los progenitores así lo deciden en ejercicio de su autonomía. Dado que en mi línea argumental, los embriones preimplantación no son equivalentes a personas y por lo tanto no son merecedores de los principios de no-maleficencia; no existiría argumento para no desechar embriones si los progenitores así lo desean; o en un sentido más altruista, destinar embriones al desarrollo de células troncales.

Existen múltiples ejemplos en la práctica médica diaria en que queriéndolo o no, los profesionales de la salud nos vemos enfrentados a ejercer juicios de valor. Un ejemplo es el caso de los embarazos ectópicos (en la trompa de Falopio, en el cuello uterino o directamente en la serosa del abdomen). En todos estos casos, prima la salud de la madre y los embriones son removidos de su sitio de implantación o tratados con sustancias químicas para evitar que sigan creciendo. De hecho matándolos. Nunca he tenido dudas en dar prioridad a la vida de la mujer antes que a su embrión, cuando la persistencia de éste atenta contra la integridad física de la mujer. En mi experiencia, tampoco la han tenido los progenitores, independientemente del credo que profesen. Es decir, para todos, parece ser que las personas actuales tienen más valor que las personas en potencia.

La reflexión más compleja es hasta dónde se puede ejercer un juicio de valor que por una parte contemple los derechos de los progenitores y por otra, los derechos propios del embrión. En el ejemplo del embarazo ectópico, se podría aceptar el juicio de valor ya que está de por medio la vida de la mujer; pero, cómo enfrentar una situación en que, haciendo diagnóstico genético preimplantación, se encuentran algunos embriones cuya constitución cromosómica es normal y otros anormal. Para mayor complicación, en la actualidad se pueden identificar en cosa de horas, embriones con alteraciones cromosómicas y genéticas que darán origen a un bebé que nacerá portador de enfermedades neurológicas incurables, y otros embriones cuyas alteraciones cromosómicas terminarán irremediablemente en aborto. La genética moderna nos permite anticipar la ocurrencia de enfermedades o la potencialidad de que éstas ocurran. Esto genera desafíos éticos cada vez más difíciles de enfrentar.

Finalmente, en la actualidad se han desarrollado sondas que permiten identificar más de 100 genes que dan origen a enfermedades específicas y que pueden significar sufrimiento para los bebés y sus familias. Estos genes pueden identificarse en el embrión antes de la transferencia y de esa manera enfrentarse a la decisión de eliminarlos o transferirlos al útero de la mujer.

No hay duda de que con creciente velocidad, la tecnología nos enfrenta a los profesionales y a los pacientes (desde perspectivas particulares a cada uno) a conocer y proyectar, en el tiempo, riesgos de salud propios y de la descendencia. Esto irremediablemente nos enfrenta a juicios de valor que en algunos casos conducen a decisiones extremas en relación a la vida o la muerte, pero también pueden conducir a apreciaciones más sutiles en relación a calidad de vida. Un ejemplo de esto último es la identificación del gen de la hemofilia, de la enfermedad fibroquística o del cromosoma X frágil.

En diferente grado, todas esas enfermedades que pueden ser diagnosticadas con facilidad en un embrión de 4 a 8 células (*in vitro*) generan un dilema en relación no sólo a qué significa para los progenitores tener un bebé con estas enfermedades. También es motivo de dilema ético el generar un embrión que al nacer tendrá enfermedades que le ocasionarán tremendos sufrimientos, que se sabía que tendría y que por cierto nadie le preguntó si quería tener. En los juicios de valor que hoy pueden efectuarse durante la etapa preimplantación no está de por medio tan sólo si un embrión preimplantación es o no persona en potencia. Independiente de ello, se está frente a la disyuntiva de generar embriones que al actualizarse de seguro manifestarán enfermedades tremendas o de seguro morirán al nacer. Frente a ello están aquéllos que teniendo una constitución cromosómica normal podrán expresar su potencialidad de acuerdo a una probabilidad que no es identificable.

Tengo plena consciencia de que no estoy contribuyendo a la solución de estos dilemas, pues creo que no existen posiciones únicas que puedan dar respuesta global a toda la gama de factores señalados. En la mayor parte del mundo (casi toda Europa, Asia y parte del Medio Oriente) las mujeres tienen derecho a ejercer su principio de autonomía por sobre los "derechos" de los embriones. En estos casos, los progenitores y la mujer en particular están capacitados para decidir sobre el destino de los embriones, ya sea en caso de portar alteraciones genéticas o cromosómicas o porque simplemente son embriones "sobrantes" de procedimientos de reproducción asistida. Un principio semejante opera en países que han legalizado el aborto, donde se establecen juicios de valor que priorizan la autonomía de la mujer por encima de los derechos del embrión aún después de la implantación. Por el contrario, en los países regidos por los principios del Catolicismo, las personas no tienen derechos a interferir en el devenir de los embriones, independientemente de la normalidad o anormalidad de éstos.

En la institución donde me desempeño (Unidad de Medicina Reproductiva de Clínica Las Condes) la mayoría de los profesionales sustentan la idea de que el embrión preimplantación no es equivalente a una persona en potencia. Sin embargo, el marco de referencia en el que opera

nuestro programa parte de la base de que el embrión preimplantación debe ser protegido y cuidado con todo el rigor propio de la tecnología más moderna. Ello implica que los embriones deben ser transferidos al útero materno, ya sea en forma inmediata o diferida por criopreservación. La mujer o su pareja no puede por ello ejercer su principio de autonomía en el sentido de desechar embriones.

De lo anterior pueden desprenderse las siguientes conclusiones:

- Independientemente de la autorización otorgada por los progenitores, no deben efectuarse investigaciones en embriones preimplantacionales que no vayan en directo beneficio de ellos mismos o que generen riesgos para su futuro desarrollo.
- El derecho a la vida del embrión preimplantacional debe respetarse (mientras esté al cuidado de terceros, incluso por sobre la voluntad de sus progenitores). Ello significa que, aunque los progenitores expresen la voluntad de desecharlos, el centro médico respetará el derecho a vivir.
- Los progenitores que han firmado consentimientos para criopreservación de embriones deben acceder a donarlos en caso que ellos no los deseen. El proceso de donación y adopción de embriones sigue un principio semejante a la adopción de personas nacidas.

Con objeto de evitar los dilemas que se plantearían luego del diagnóstico genético preimplantación, esta tecnología no será desarrollada hasta que nuevas evidencias en el desarrollo biotecnológico hagan necesario un cambio de actitud. Ya existen, en el mundo, algunos casos en que un embrión con defecto genético es tratado con manipulación génica, como es el caso de "*knock-out*" de genes alterados.

Algunas tecnologías propias o asociadas a la reproducción asistida

Reproducción Asistida (RA) es el conjunto de intervenciones biomédicas dirigidas a parejas infértiles que no pueden reproducirse como resultado directo del acto sexual coital. El objetivo específico es hacer posible la fecundación de más de un óvulo, la formación de uno o más embriones, y la consiguiente transferencia de éstos al útero o a la trompa de la mujer, con objeto de dar inicio a un embarazo y el eventual nacimiento de un bebé. Los procedimientos más usados en el mundo actualmente son:

- Fecundación *in vitro* y transferencia de embriones al útero (FIV/TE)
- Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI).

Ambos procedimientos comparten tres etapas:

A. La estimulación hormonal de la mujer con objeto de que madure más de un óvulo. Las razones que hacen necesario estimular la ovulación, fecundar más de uno y eventualmente transferir al útero más de un embrión, se fundamentan en la manera como nuestra especie expresa su eficiencia reproductiva. A diferencia de otros mamíferos, los humanos producen una cantidad enorme de óvulos con alteraciones cromosómicas y estructurales que determinan una baja eficiencia reproductiva expresada por una alta tasa de pérdidas embrionarias ocultas. Esto determina que para tener una mejor probabilidad de gestación se requiere transferir al útero más de un embrión o al menos un embrión de buena morfología (Figura 3-2). En general con el tipo de drogas que actualmente se usan, se obtienen del ovario de mujeres jóvenes, entre 5 a 10 óvulos maduros.

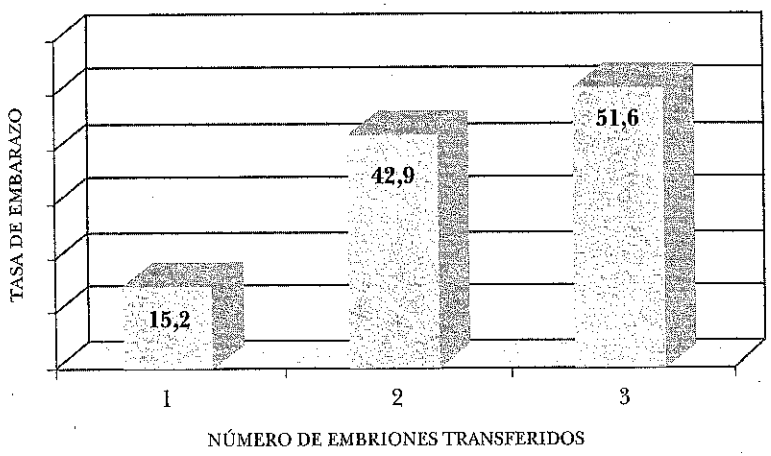


Figura 3-2. Tasa de embarazo clínico de acuerdo al número de embriones transferidos en FIV e ICSI (1999-2001).
Fuente: Unidad de Medicina Reproductiva, Clínica Las Condes (1999-2001).

La recuperación de óvulos maduros del ovario, llamada aspiración folicular, se logra mediante la punción del ovario y aspiración de los folículos que han logrado madurar y que contienen los óvulos fecundables. Esto se realiza con una aguja, que guiada por ultrasonido se introduce a través de la vagina. Los óvulos obtenidos son

incubados en medio de cultivo para ser luego inseminados (FIV) o inyectados (ICSI) con espermatozoides.

B. La obtención del semen se hace mediante masturbación. Luego se recuperan espermatozoides móviles a través de técnicas de laboratorio. En ocasiones, no existen espermatozoides en el semen (azoospermia) y éstos deben ser obtenidos quirúrgicamente del testículo o de sus conductos de salida (epidídimo). Cabe señalar que los espermatozoides obtenidos del testículo o epidídimo, aunque se capaciten en el laboratorio, no tienen capacidad de fecundar un óvulo en forma espontánea, es para estos casos que se desarrollaron técnicas de micromanipulación destinadas a introducir un espermatozoide directamente al interior del óvulo. La técnica más usada es el ICSI (Figura 3-3).

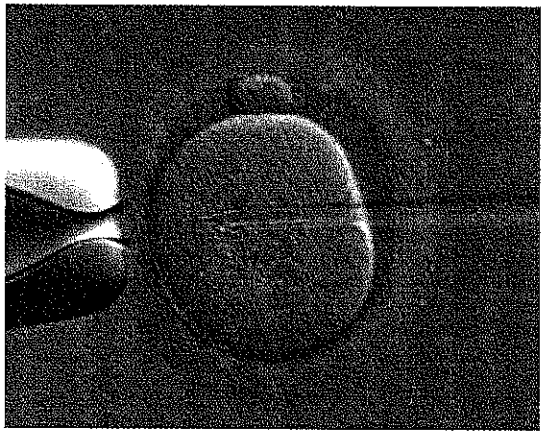


Figura 3-3. Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI).

C. El tercer elemento en común entre la FIV y el ICSI, es la transferencia del o los embriones a la cavidad uterina. Este procedimiento se ejecuta depositando los embriones, en el fondo del útero, con un fino catéter que se introduce a través del cuello uterino. La transferencia habitualmente se realiza con embriones de un día (4 células), dos días (8 células) o quinto día (blastocisto). Cabe señalar que en la transferencia, los embriones son depositados en el fluido de la cavidad uterina; el proceso de implantación obedece finalmente a un reloj de tiempo que se activa con la penetración del espermatozoide al interior del óvulo. Este reloj le dice al embrión cuándo, y no dónde, debe implantarse. Así, una vez depositados en la cavidad, los embriones continúan navegando en el fluido uterino, aumentando el número de células y madurando hasta activar las enzimas que le permita desprenderse de sus envolturas e invadir el endometrio de la mujer.

La diferencia fundamental entre la FIV y el ICSI es que, en el primer caso, los espermatozoides son simplemente co-incubados con los óvulos y la fecundación ocurre de igual manera que si ambos gametos se encontraran espontáneamente en la trompa de Falopio. Es decir, la FIV les provee a los gametos de un lugar de encuentro cuando su sitio natural no existe o la naturaleza de los gametos les impide encontrarse en la trompa. Existen evidencias sólidas que sostienen que el hecho que la fecundación ocurra espontáneamente fuera del cuerpo de la mujer, no afecta la calidad de los embriones y su devenir a lo largo de la gestación. Así visto, no puede decirse de la FIV que rompa un ordenamiento natural, simplemente se hace posible la expresión de un evento natural cuando por razones mecánicas o estructurales (ausencia de trompas), éste está imposibilitado para expresarse.

El ICSI sin embargo, fue desarrollado para aquellas condiciones médicas en que los espermatozoides no tienen capacidad fecundante; también es usado en casos de azoospermia de origen testicular u obstructiva, o en casos de ausencia congénita del conducto deferente (estructura que comunica el testículo con la uretra peniana). Tal vez lo más relevante es que en el ICSI se introduce un espermatozoide a través de la zona pelúcida forzando las barreras naturales. Se rompen los procesos de selección espermática que han operado en la naturaleza desde siempre. Se utilizan espermatozoides que no estaban destinados a fecundar y dar origen a una persona. Por otra parte, dado que alrededor del 13% de las personas con alteraciones severas de sus espermatozoides tienen algún defecto genético que contribuyó a esa condición; al inyectar un espermatozoide, existe la posibilidad de transferir ese mismo error genético a la descendencia. Esto es especialmente relevante en casos de ausencia congénita del conducto deferente, en que una de las mutaciones genéticas responsables de la agenesia del conducto es a su vez responsable de la temida enfermedad fibroquística; por lo que al generar un embrión con los espermatozoides de un hombre portador de la enfermedad, ésta será transmitida a la descendencia.

Esta tecnología reproductiva ha permitido el nacimiento de varias decenas de miles de personas y a pesar de lo anterior las tasas de malformaciones en nacidos de ICSI (aproximadamente 3.000 bebés estudiados sistemáticamente), son exactamente las mismas que en FIV/TE y en la población general (entre 2 y 4%) pero el número de niños estudiados es aún pequeño

si se compara con más de cien mil niños nacidos y estudiados de FIV/TE y de los millones de nacidos por reproducción espontánea. Los potenciales riesgos al transmitir alteraciones genéticas presentes en el hombre (deleción, traslocación e inversión de cromosomas) y eventualmente ser responsable de que la descendencia sea portadora o manifieste una severa enfermedad debe ser reflexionado por la pareja. En esa reflexión debe considerarse la voluntad autónoma de los progenitores, y los intereses de la futura descendencia. Dado que las principales controversias éticas en relación al ICSI, se refieren al riesgo de transmisión de defectos genéticos en la descendencia, algunos centros en Europa han incorporado el diagnóstico genético preimplantación en forma rutinaria en embriones generados con ICSI cuando se sospechan alteraciones genéticas. Por cierto, esta estrategia se aplica cuando tanto el centro como los progenitores han acordado eliminar embriones que llevan el defecto genético buscado.

La incorporación del ICSI ha abierto las puertas a la progenitura de muchos hombres que hasta hace tan sólo 8 a 10 años, no tenían alternativa terapéutica. Queda aún por decidir, si la sola voluntad de los progenitores debe ser acatada o debe ponderarse en relación a los riesgos para la descendencia. Por cierto esto obliga también a definir, quién es el encargado de ejercer esa decisión.

Otros procedimientos asociados a la reproducción asistida

Criopreservación de cigotos y embriones. Si bien no es una tecnología propia de la RA, la "criopreservación de cigotos o embriones" constituye práctica habitual en el mundo entero. La criopreservación fue introducida en el armamento terapéutico para resolver el dilema que se genera por:

- La falta de predicción en las tasas de fecundación, especialmente en casos extremos tales como el ICSI con espermatozoides obtenidos directamente del testículo. En estos casos es práctica habitual inyectar más óvulos de los que se transferirían como embriones. Si se forman más cigotos o embriones de lo que es razonable transferir, los remanentes son criopreservados para transferencia diferida en el tiempo.
- La necesidad de equilibrar las menores tasas de embarazo al transferir un embrión y los riesgos de multigestación al transferir más de un embrión (Figura 3-4).

En general, existen dos grandes estrategias en la criopreservación.

La primera, usada en la mayor parte del mundo, consiste en fecundar todos los óvulos que se obtengan, transferir no más de dos embriones y el

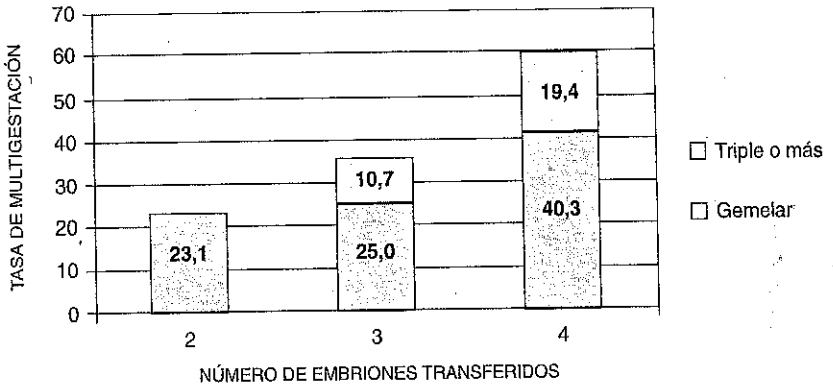


Figura 3-4. Tasa de embarazo clínico (TEC) y tasa de multigestación de acuerdo al número de embriones transferidos en FIV e ICSI (1999-2001).
Fuente: Unidad de Medicina Reproductiva, Clínica Las Condes (1999-2001).

resto, congelarlos para uso futuro. Lo que habitualmente ocurre, sobre todo en mujeres jóvenes que tienen muchos óvulos, es que se congelan embriones en exceso. Esto hace que cada pareja tenga la posibilidad de más de una transferencia a partir de sólo un ciclo de estimulación hormonal y aspiración folicular. Los defensores de esta estrategia sostienen que no es ético someter a una mujer a riesgos repetidos de procedimientos invasivos (tratamientos hormonales, aspiraciones foliculares, etc.) considerando que de un ciclo pueden obtenerse embriones para varios tratamientos. El problema es que se acumulan embriones que a través del tiempo, pierden relación con sus progenitores y que son finalmente destruidos en concordancia con algunas legislaciones como la del Reino Unido y Australia. Nuevamente lo que está en juego en este dilema es el peso relativo de los potenciales derechos del embrión en relación a los derechos de la mujer y/o su pareja. En las legislaciones mencionadas, el embrión no es sujeto de derecho aplicable a las personas hasta el día 15 de desarrollo, que es el día en que se establece la individualidad ontológica (último día en el desarrollo en que es posible que un embrión dé origen a otro gemelo idéntico). En relación a lo anterior, en esas legislaciones también es aceptable el aborto de un embrión clínicamente evidente. Priman así, los derechos de las personas actuales por encima de las personas en potencia o lo que potencialmente puede llegar a ser una persona.

La segunda estrategia, que es la usada por nosotros, considera la criopreservación (en nuestro caso de cigotos y no de embriones) un recurso para evitar la multigestación. Así, aunque de la aspiración folicular se obten-

gan muchos óvulos, se intenta fecundar sólo un número restringido, que según antecedentes clínicos y de laboratorio, aseguren (dentro de lo posible) la fecundación de dos o tres óvulos. Considerando que en nuestro centro se transfiere en promedio 2,3 embriones, lo habitual es que no se congele en todos los casos y que de hacerlo, queden embriones para un ciclo extra. Esto nos parece relevante ya que en la medida que pasa el tiempo, la relación entre los progenitores y sus embriones cambia de manera poco predecible. Esta estrategia que tiende a acortar la disociación temporal entre los progenitores y sus embriones, ciertamente atenta contra el derecho de la pareja de obtener el mayor provecho posible de un ciclo de estimulación hormonal que es caro y no está libre de riesgos. Este dilema (derechos de la pareja / derechos del embrión) no tiene solución si al embrión se le atribuyen derechos equivalente a las personas y que hacen inaceptable su eventual desecho. En nuestro centro además, cuando las parejas firman los consentimientos para criopreservación de cigotos, se comprometen a que éstos no serán desechados. Así, si la pareja no los va a transferir, los embriones resultantes deben ser donados a otras parejas para su transferencia (o adopción embrionaria). Si bien esta condición es muy bien recibida por algunas parejas, otras discrepan por considerar que son ellos en su calidad de progenitores los únicos responsables de decidir qué se hace con sus embriones, percibiendo así la expresión de su autonomía.

Diagnóstico genético preimplantacional (PGD). Como se dijo anteriormente este procedimiento permite diagnosticar alteraciones cromosómicas y alteraciones de genes aislados que pueden dar origen a más de 100 enfermedades. Algunas fatales, otras invalidantes y otras menores. El PGD se realiza habitualmente en embriones de 8 ó más células y en profesionales con suficiente experiencia no representa un riesgo para el devenir del embrión. Los resultados, ya sea de alteraciones cromosómicas o genéticas, se obtienen en algunas horas lo que hace posible que los profesionales se reúnan con los progenitores y éstos decidan qué hacer con los embriones sanos y con los enfermos mientras éstos están al cuidado del laboratorio.

Los centros que han implementado esta tecnología han desarrollado un marco de referencia operacional que se sustenta en tres pilares básicos: 1) El embrión preimplantación no es persona y por ello no es receptor de las leyes que regulan a las personas. Desde esa perspectiva, el destino del embrión está en manos de sus progenitores. 2) Los progenitores tienen derecho a ejercer su autonomía al momento de decidir qué embrión es eliminado, transferido o criopreservado. 3) Es éticamente correcto y deseable prevenir que nazca un bebé enfermo. También es deseable y éticamente aceptable procurar por todos los medios que las parejas tengan hijos libres de enfermedades genéticas, y que las parejas tengan hijos sanos. El problema más serio en este razonamiento es: 1) Quién define lo que es un bebé sano. 2) En la actualidad y cada vez más en el futuro próximo se podrá identificar el gen de la diabetes, por ejemplo. ¿Significa que el que tiene esa mutación no debería nacer para no ser diabético en el futuro? Este tipo de interrogantes son casi del presente ya que el proyecto del genoma nos está acercando a la identificación de múltiples genes al mismo tiempo con lo que se acelera el proceso diagnóstico, permitiendo identificar el genoma completo en poco tiempo.

Lo más simple es actuar en el entendido de que el embrión debe ser protegido siempre, y por ello no hacer PGD; sin embargo ¿es éticamente aceptable negar el PGD a una pareja con riesgos severos de transmitir enfermedades letales a sus bebés? Las respuestas que encuentro en mi actividad clínica son diferentes. Las personas que han tenido varios hijos enfermos y que mueren al año de vida, añoran la posibilidad de tener un hijo sano y ello es posible para muchas enfermedades actuales. Muchas parejas que han sufrido estas situaciones no entienden que teniendo la capacidad técnica para prevenir el nacimiento de hijos enfermos, esto no sea evitado.

Nos enfrentamos irremediablemente, a conocer a través de la información aportada por el genoma, parte de lo que nos depara el futuro, antes que éste se haga presente. Vivir, con la capacidad real de tener que juzgar sobre conceptos de calidad de vida y calidad de individuo, aún antes que éstos sean personas propiamente tales (en etapa embrionaria) es uno de los más grandes desafíos a los que nos enfrentamos en el presente.

La velocidad con que hoy en día se implementan nuevos procedimientos terapéuticos debe hacernos reflexionar sobre la seguridad que reportan esos avances. Sin duda la intención de los científicos es tratar a personas enfermas y resolver problemas de salud reproductiva, sin embargo, muchos de los procedimientos actuales no han sido sometidos a la rigurosidad de otras investigaciones dirigidas a personas.

Un caso concreto es el ICSI, que se implementó en personas sin haberse efectuado los estudios en otros animales previo a ofrecerlos a parejas infértiles. Esto es especialmente serio puesto que los potenciales beneficiarios de estos avances (niños nacidos) superarán en el tiempo a sus inventores y por cierto a los progenitores que les dieron origen. Los futuros padres deben estar informados de los potenciales riesgos a los que están sometidos sus hijos, sin embargo ¿tienen ellos el derecho a decidir sobre vidas que aún no existen y que tendrán caminos propios, independientes de ellos mismos? Existen al menos dos preguntas que contestar y para las cuales no existe respuesta definitiva. Frente a la aplicación de ICSI con espermatozoides potencialmente defectuosos, ¿quién tiene el derecho a decidir, los pacientes o el equipo

médico? si la decisión es de los pacientes, ¿obliga ello al equipo médico y a los biólogos a actuar de acuerdo a la voluntad de los pacientes? o ¿tienen éstos el derecho a abstenerse cuando estiman que los riesgos para la descendencia supera los beneficios para el paciente? Lo que está claro es que antes de optar por una decisión, los pacientes deben estar adecuadamente informados. Los formularios de consentimiento deben contener no sólo aquello que se conoce sino que además, debe quedar explícito lo que no se sabe y que puede afectarlos a ellos y a su descendencia. Ello incluye la posibilidad que la descendencia herede los mismos errores cromosómicos que su progenitor masculino, que comparta su misma causa de infertilidad y que sumado a ello, tenga alteraciones en otras funciones que pueden expresarse mucho más tarde en el desarrollo de las personas.

La resolución de los problemas éticos planteados debe contemplar el interés de los progenitores y el interés del niño(a) que eventualmente nacerá como resultado de la aplicación de la técnica o procedimiento.

Algunos desafíos éticos de la clonación humana y de la medicina regenerativa

La clonación es la transferencia del núcleo de una célula somática al interior de un óvulo al que se le ha extraído su núcleo. La fusión de estos dos materiales constituirá un cigoto que replica el genoma de la célula somática (Figura 3-5). El objetivo de la clonación puede ser reproductivo si lo que se persigue es la generación de un embrión para ser transferido al útero de una mujer y que nazca un niño(a); o terapéutico, si el objetivo es la generación de embriones (blastocistos) destinados a proveer de células troncales para el desarrollo *in vitro* de órganos o líneas celulares especializadas (neuronas, células cardíacas, etc.). Ésta es la base de la medicina regenerativa (Figura 3-6).

Como se ve en la figura, una vez desarrolladas las células troncales, éstas pueden además ser transfectadas con genes modificados y constituir así órganos o eventualmente personas manipuladas genéticamente.

Existe acuerdo internacional en que la clonación con fines reproductivos no es éticamente aceptable por varias razones, entre otras:

1. Porque al menos en las especies de mamíferos clonados hasta el momento, la tasa de sobrevida embrionaria es inferior a 1% (mueren 99 embriones para que uno implante y continúe su desarrollo).
2. Porque en los embriones, fetos y recién nacidos han aparecido severas anormalidades en el desarrollo jamás vistas antes; tales como malformaciones pulmonares, cardíacas, etcétera.

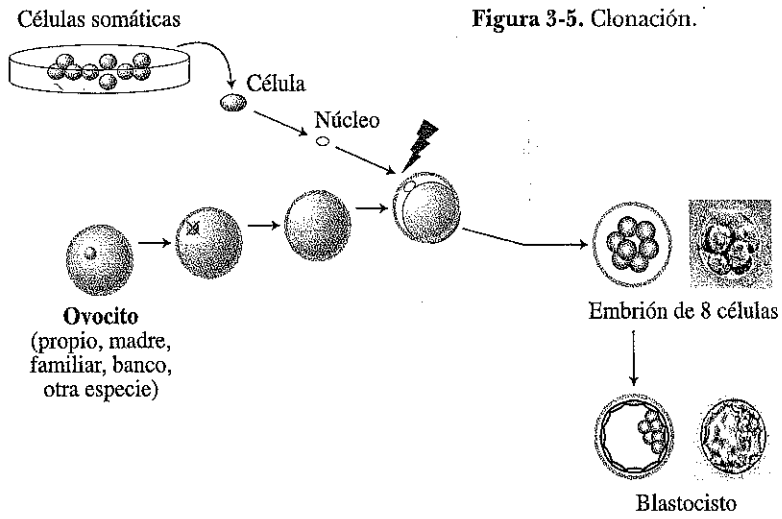


Figura 3-5. Clonación.

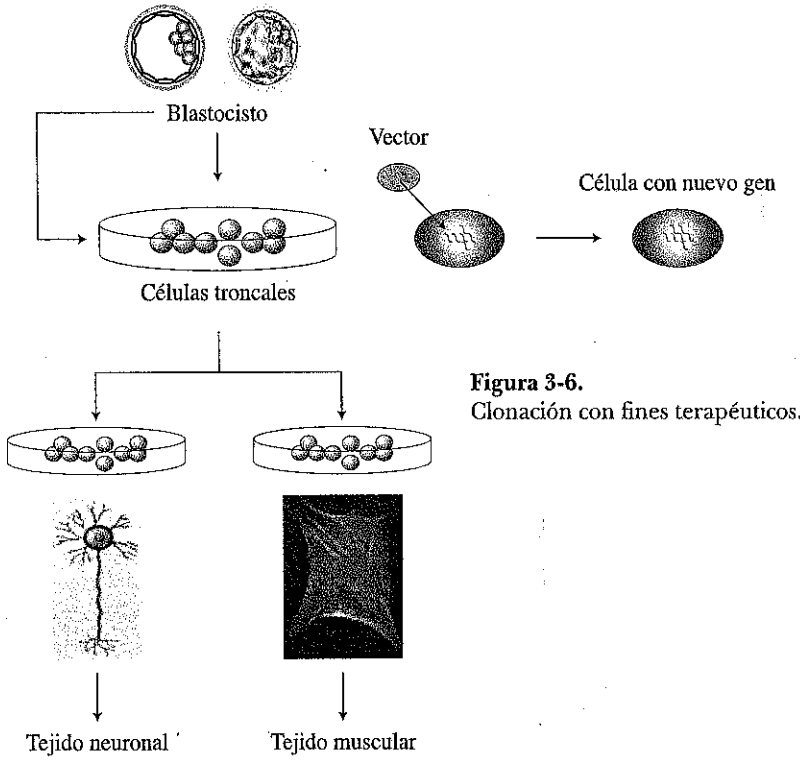


Figura 3-6.
Clonación con fines terapéuticos.

3. Porque constituye un atentado contra la "dignidad humana". No es fácil definir qué se entiende por dignidad humana, o cuál es la característica tan propia de los humanos que hace que clonar humanos sea un atentado contra la dignidad y clonar un mono no atente contra su dignidad. Probablemente la mayor diferencia radica en que, como humanos, tenemos conciencia de ser parte de una creación, existencia que trasciende nuestra propia realidad; y en lo biológico, tener conciencia de ser el resultado de un cierto azar en el que participaron dos genomas diferentes (progenitores) para dar origen a nuestra identidad. En la clonación o reproducción asexuada, sólo se replica un genoma a voluntad de una persona quien condiciona desde el nacimiento a su "réplica diferida" a usar o dejar de usar instrumentos o experiencias ya vividas antes.

   No existe duda de que la réplica generada mediante clonación es una persona ontológicamente única; más aún, un clon debiera ser más diferente de la persona que lo generó que dos gemelos idénticos que han ocupado el mismo útero durante el mismo período de tiempo. El problema fundamental está en la intención de clonar y en el privar a una persona del privilegio de ser único y resultado del azar.

4. Los riesgos de transfectar células embrionarias con características definidas arbitrariamente, que eventualmente constituyan una subraza humana.

En relación a la clonación llamada terapéutica o de investigación, existen en la actualidad varios países que ya han legalizado esta práctica (Reino Unido, Suecia, República Popular China, y otros); mientras otros países como Estados Unidos, España y Costa Rica, consideran ilegal esta forma de clonación por constituir un atentado contra la dignidad de un embrión, cuya manera de ser generado es de suyo inaceptable y cuyo fin último (el desarrollo de partes o líneas celulares) es también éticamente inaceptable. El razonamiento utilizado en Inglaterra para aprobar la clonación terapéutica parte de la base que las evidencias científicas actuales demuestran que las células troncales pertenecientes a adultos, no poseen la totipotencialidad requerida para formar todas las líneas celulares a ser usadas en medicina regenerativa; por ello se requerirían células troncales embrionarias; y es lícito generar los embriones mediante clonación para las investigaciones que se requieren en ese sentido. Por otra parte, el Parlamento hace ver que el embrión resultante de reproducción asexuada (clonado) no se diferencia del embrión resultante de reproducción sexuada. Así, la legislación vigente para uno se aplica también al otro. En la legislación inglesa, la investigación en embriones preimplantación es permitida siempre que así lo establezcan sus progenitores.

La clonación terapéutica está íntimamente ligada a la generación de células troncales para medicina regenerativa. En la actualidad, muchos centros en el mundo entero, utilizan blastocistos "sobrantes" de procedimientos de reproducción asistida o embriones congelados cuyos progenitores donan para estas investigaciones. Es de allí que se han desarrollado líneas celulares de corazón, neuronas, células pancreáticas, etc. Estas líneas celulares se multiplican por tiempos indefinidos (teóricamente eternas). El problema es que, al ser transfectadas a una persona enferma que tiene un genoma diferente a la célula troncal, puede rechazarse el injerto celular. Si se unen los desarrollos de clonación con los de células troncales, lo razonable sería que cada persona pueda regenerarse a sí misma. Es decir, si una persona tiene una fractura de la médula espinal con sección neuronal, es posible tomar un núcleo de sus células somáticas, fusionarlos con un óvulo vacío y formar así un embrión genéticamente idéntico a él mismo. De esa réplica es posible desarrollar células nerviosas que fabricarán nuevas neuronas que le permitan caminar.

Si el embrión es una cosa o si el embrión es una estructura celular carente de personalización, puede estar al servicio de personas enfermas que lo precisen. En una visión como la anterior no existe duda ética que en la ponderación de los derechos de una persona enferma y los potenciales derechos del embrión, priman los de la persona enferma. Si el embrión es una persona en potencia, y la condición de potencialidad no le resta derechos, entonces no es éticamente aceptable ni la generación ni el uso de embriones existentes con fines terapéuticos.

En el mundo se desechan miles de embriones todos los años. Algunos, con acuerdo de sus progenitores. En otros casos, cuando los progenitores han perdido contacto con la institución y son "embriones huérfanos", el deshecho es determinado por ley. Es discutible éticamente si el uso de esos embriones para investigación no es menos malo que simplemente eliminarlos. En este debate se encuentran algunas legislaciones como la de Australia. Los juicios valóricos que se hagan en relación a estos desafíos éticos, si son consistentes en la línea argumental, tienen implicaciones como las siguientes. Si una persona se opone al desarrollo de líneas celulares a partir de células embrionarias, también debe oponerse a su uso terapéutico. Esto significa que si una persona sufre una cuadriplejía por un accidente automovilístico, y la clonación terapéutica ya ha desarrollado la tecnología para fabricar neuronas capaces de reconstruir una médula espinal, esa persona debiera renunciar a ese recurso terapéutico que podría sanarlo de su parálisis.

La medicina regenerativa es una realidad actual. La República Popular China ya ha logrado varias generaciones de embriones clonados para fines

terapéuticos y en Europa y Oceanía, se ha adelantado en forma significativa, en una gran diversidad de líneas celulares de órganos formados a partir de células embrionarias. Estos desafíos éticos no son del futuro, son los problemas a los que nos enfrentamos hoy como individuos y como especie. Su análisis y resolución se nutre del conocimiento biológico y la reflexión filosófica.

Bibliografía

Beca JP. El Embrión Humano. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo, 2002.

Ford NM. When did I begin: Conception of the human individual in history, philosophy and science. Cambridge: Cambridge University Press, 1988.

International Working Group on Preimplantation Genetics (2001). 10th Anniversary of Preimplantation Genetic Diagnosis. J Assist Reprod Genet (in press).

Shenfield F, Sureau C. Ethical Dilemas in Assisted Reproduction. Studies in Profertility. Series Vol 7. USA, UK: Parthenon Publishing, 1997.

Steptoe PC, Edwards RG. Birth after implantation of a human embryo. Lancet 1978; 2:366.

Zegers HF. Reflexiones sobre los inicios del individuo humano. Rev Méd Chile 1997; 125:1500-07.

Ética y aborto[1]

Aníbal Faúndez y José Barzelatto

Toda acción de un individuo requiere un juicio moral, una decisión ética, que se rige por nuestros valores personales, lo que se llama habitualmente nuestra conciencia. Valores personales que son el resultado de una cierta reacción instintiva a lo que está bien o está mal, desarrollada a lo largo de nuestra vida, de acuerdo a la experiencia vivida por cada uno y regulada por nuestro ambiente social.

En la vida diaria estos juicios se hacen habitualmente de forma casi automática, porque nuestros valores coinciden al evaluar cuál es la conducta correcta en cada caso. Hay ciertas circunstancias, sin embargo, en que los valores que nos informan entran en conflicto, constituyendo lo que se llama un problema moral o un dilema ético, lo que nos obliga a reflexionar antes de actuar. El aborto es un ejemplo típico de este tipo de circunstancias. Y es aquí donde los principios éticos, como por ejemplos los de la bioética, tienen su mayor valor.

Los principios éticos, basados en diferentes perspectivas filosóficas, han sido propuestos como una tentativa de ayudar a la decisión moral de cada individuo. Estos principios, sin embargo, no proporcionan soluciones fijas que puedan aplicarse en todas las circunstancias en cada caso concreto. Los principios éticos son sólo guías de reflexión para el juicio moral individual y colectivo. Por eso mismo, es importante recordar que lo que se considera éticamente aceptable puede ser distinto en diferentes culturas y ha cambiado a lo largo de la historia, de acuerdo con las nuevas realidades. Sin embargo, esas variaciones son de menor importancia frente a la general aceptación en todo el mundo de algunos principios éticos básicos que deben orientar la conducta humana, entendiendo que su aplicación puede variar en diferentes sociedades. Entre estos principios generalmente aceptados se encuentran los

[1] Este capítulo se basa en un libro por publicarse "Understanding Abortion. From Confusion and Conflict Towards Consensus", escrito por Aníbal Faúndez y José Barzelatto.

cuatro principios de la bioética: "respeto por las personas", "no-maleficencia", "beneficencia" y "justicia", ya discutidos con mayor detalle en otros capítulos de este libro.

Estos principios éticos ayudan a las personas a actuar con la mayor integridad moral posible, tanto en situaciones personales, como al solicitar o realizar un aborto, así como al enfrentar decisiones que afectan a la sociedad en general, como al legislar sobre este asunto.

En el orden individual, como en la relación médico-paciente, los principios que predominan son *respeto por las personas, beneficencia y no-maleficencia.* En el caso del legislador el análisis ético es diferente ya que se refiere a decidir qué acciones de cualquier individuo en esa sociedad deben ser permitidas o penalizadas. En este caso es el bien común y no la conducta moral de un individuo, el foco del análisis ético, por lo tanto, los principios de *beneficencia* y *justicia* pasan a tener mayor peso en el juicio ético de quien tiene la responsabilidad de legislar.

Un individuo puede juzgar que una acción no es ética de acuerdo a sus valores personales, pero esto no significa necesariamente que esa persona esté a favor de una ley que penaliza esa acción, a menos que esa ley proteja el bien común y responda al principio de justicia. Un miembro del Parlamento puede tener la convicción personal de que el aborto es aceptable solamente en situaciones muy excepcionales, pero él o ella puede sentirse compelido a votar a favor de la descriminalización del aborto si considera que de esa forma protege la salud de la población y repara una situación de injusticia. De hecho, ésta ha sido la posición de muchos parlamentarios o jueces, en países desarrollados y en desarrollo, que han votado a favor de la liberalización de las leyes sobre aborto, a pesar de que con esto entraban en conflicto con sus creencias religiosas.

Los cuatro principios de la bioética aplicados al aborto

Autonomía. El principio de *respeto por las personas* se basa en el reconocimiento del derecho y la capacidad de cada individuo de informarse y de tomar decisiones responsables, por lo cual también se le llama *principio de autonomía.* Este principio favorece el derecho de las mujeres, como agentes morales plenamente responsables, a decidir en conciencia si continúan o interrumpen su embarazo. Al mismo tiempo, este principio rechaza de manera categórica la posibilidad que una mujer sea presionada o forzada a interrumpir su embarazo. De la misma forma, este principio está en contra que algún proveedor de servicios de salud sea obligado a realizar un aborto, si esto contradice su conciencia.

Se entiende que el respeto por la libertad individual de cada persona tiene como límite el atropello de los derechos de otra persona. Es necesario, por lo tanto, definir desde que momento en el proceso reproductivo el óvulo fecundado deja de ser simplemente parte de un proceso que ocurre en el cuerpo de la mujer y se constituye en una persona diferente, con derechos iguales a los de la mujer que lo lleva en su vientre. Este punto es el centro de las discusiones filosóficas sobre el aborto, desde la antigüedad hasta los días de hoy.

La mayor parte de las personas, en cualquier parte del mundo, acepta que los derechos del óvulo recién fecundado no son iguales a los de un feto de 9 meses y que estos derechos van aumentando a lo largo del desarrollo embrionario y fetal. A pesar de que este concepto de evolución progresiva de los derechos durante el desarrollo intrauterino es aceptado por la mayoría de las corrientes filosóficas, religiones y legislaciones nacionales, hay grupos que sostienen que la célula que resulta de la fertilización del óvulo, llamada cigoto, ya es poseedora de plenos derechos, iguales a los de la mujer que la lleva en su cuerpo.

Es evidente que sería muy difícil que todo el mundo se pusiera de acuerdo sobre en qué momento de la evolución embrionaria o fetal este nuevo ser pasa a tener derechos comparables a los de la mujer que lo aloja en su cuerpo. De hecho las posiciones varían desde la ya mencionada que le da ese valor al cigoto, hasta el otro extremo de los que sostienen que la mujer tiene total autonomía para decidir sobre su cuerpo hasta el término del embarazo.

Así como no nos parece posible aceptar que una célula, el cigoto, tiene iguales derechos morales y legales que la mujer, tampoco nos parece posible justificar la muerte intencional de un feto de 9 meses el día antes del nacimiento, en base a la autonomía de la mujer sobre su cuerpo. Lo más común y razonable es sostener que los derechos del nuevo ser aumentan a lo largo del embarazo, con la correspondiente disminución progresiva de la autonomía de la mujer para decidir sobre el destino de su embarazo.

Para muchos la autonomía de la mujer predomina hasta el fin del primer trimestre del embarazo, o sea, durante las 12 semanas desde el primer día de la última menstruación. Para otros, el feto adquiere estatus moral pleno sólo cuando es capaz de sobrevivir fuera del útero, es decir, después de las 22 semanas completas de amenorrea. Históricamente también se han utilizado otros marcadores para establecer este límite, como ser el inicio de la percepción materna de los movimientos fetales, que es la primera señal que recibe la mujer que los cambios que está sufriendo su cuerpo corresponden a un nuevo ser dentro de ella. Esta variedad de opiniones refleja la falta de

una definición generalmente aceptada sobre a partir de que edad gestacional el feto adquiere reconocimiento moral pleno. Lo que sí es evidente, es que el valor moral que se da al feto va aumentando a medida que avanza la gestación. Este concepto de derechos progresivos con el avance de la edad gestacional se refleja también en las legislaciones, que son más liberales en aceptar el aborto en el embarazo temprano y generalmente atribuyen penas mayores para el aborto más tardío.

Dentro de este proceso evolutivo hay tres hitos que merecen especial atención. El primero es cuando se forma el surco primitivo en el conjunto de células que van a formar el embrión. Lo que ocurre pocos días después de la implantación y marca el último instante en que puede ocurrir la división en dos gemelos y, por la tanto, el inicio seguro de la individualidad.

Un segundo hito fundamental en el desarrollo del feto es cuando el sistema nervioso central se desarrolla hasta el punto de ser potencialmente capaz de integrar las distintas funciones del cuerpo. La posibilidad de esta integración se inicia con la aparición de sinapsis entre las células nerviosas localizadas en el lugar donde posteriormente se irá a desarrollar la corteza cerebral, lo que ocurre al final de 12 semanas completas de amenorrea.

El tercer hito del desarrollo corresponde al comienzo de la viabilidad fetal que la OMS ha definido como 22 semanas completas de embarazo, cuando el feto pesa 500 gramos. Por debajo de ese límite la interrupción del embarazo es considerada un aborto y a partir de esa edad gestacional se habla de parto prematuro. La capacidad de sobrevivir fuera de útero materno es una distinción muy importante desde el punto de vista médico, porque determina si el médico es responsable por uno o dos individuos. En el caso de un aborto, el embrión o feto debe ser tratado con respeto, pero no se justifica ninguna intervención con el objetivo de mantenerlo algunas horas con vida. La única preocupación debe ser la salud de la mujer. Después que el feto alcanza viabilidad la situación cambia, ya que en este caso estamos frente a un parto prematuro y deben realizarse todos los esfuerzos para proteger tanto a la mujer como al recién nacido. La excepción es el caso del feto con malformaciones incompatibles con la vida, en que cualquier esfuerzo por prolongar la sobrevida es fútil.

El conflicto entre los derechos de la mujer y los que va adquiriendo el feto se pone especialmente en evidencia en los casos en que el embarazo amenaza la vida de la mujer. Por ejemplo, si la mujer presenta una preeclampsia grave con síndrome "HELLP", la rutina es terminar el embarazo aunque el feto sea muy prematuro y tenga pocas posibilidades de sobrevida fuera del útero. En esos casos se reconoce que la vida de la madre tiene prioridad sobre la vida del feto, como lo acepta la legislación del 98% de los países del mundo

que permiten el aborto para salvar la vida de la mujer. En el ejemplo citado esta conducta se justifica además porque la muerte de la madre durante el embarazo se sigue necesariamente de la muerte del feto. Por otra parte, si se diagnostica un cáncer del cuello uterino en el curso de un embarazo, la práctica de la extirpación del útero, con el necesario sacrificio del embrión o del feto, es aceptada aun por la propia Iglesia Católica, como veremos en más detalle más adelante.

Estos ejemplos indican que la mayor parte de las personas entienden que el derecho a la vida del nuevo ser es menor que el de la mujer, cuando es la vida de ambos lo que está en juego.

Ya hemos dicho que el principio de respeto por la autonomía de las personas favorece el derecho de la mujer a decidir sobre la interrupción del embarazo, por lo menos durante cierto periodo inicial del desarrollo fetal y en determinadas circunstancias; así mismo que la posibilidad opuesta, que una mujer sea forzada a abortar, sería un enorme atropello a este principio. Es importante señalar que a veces esta presión es menos evidente, pero igualmente inaceptable. Éste es el caso de la mujer que expresó el deseo de abortar y tuvo el apoyo de su compañero y de su familia, pero después de unos días decide continuar el embarazo. Su compañero y su familia violan este principio si la presionan para que aborte contra su expresa voluntad.

Este tipo de presión indebida también puede darse en casos en que se diagnostica una malformación fetal grave. Si bien la mujer tiene el derecho a decidir por la interrupción del embarazo, también tiene el derecho a elegir su continuación para ver el recién nacido con todos sus defectos antes de morir o por cualquier otra razón. El médico que la atiende y otros miembros del equipo de salud actuarían contra este principio ético si la presionan en el sentido de abortar o de mantener su embarazo, más allá de una información objetiva y honesta de la condición del feto, de su pronóstico y de los riesgos del aborto y de continuar el embarazo.

Finalmente, este principio de respeto por la personas, también implica que nadie puede ser obligado a realizar un aborto contra su conciencia. Esto puede llevar a un difícil conflicto ético, cuando el profesional es el único disponible y el aborto es necesario para salvar la vida de la mujer. En ese caso se confrontan el derecho de la mujer con el derecho del proveedor de servicios. Se entiende que la protección de la vida de la mujer debe prevalecer y los servicios de salud deben encontrar la forma de proveer la asistencia necesaria.

Lo que es absolutamente inaceptable es que médicos que hacen abortos en su práctica privada, aleguen objeción de conciencia para negarse a practicar una interrupción legal del embarazo en los servicios públicos de salud.

Por otra parte, es muy frecuente que en países en que el aborto es permitido en circunstancias muy restringidas, la mayoría de los médicos se nieguen a realizar un aborto, lo que hace que en la práctica las mujeres pobres que cumplen con los requisitos legales no tengan acceso al aborto seguro en hospitales públicos. Este atropello al principio de justicia se debe en parte a negligencia de las autoridades y en parte a la actitud negativa de los médicos.

No-maleficencia / Beneficencia. La aplicación de estos principios a los dilemas éticos del aborto tienen otras consecuencias. Considerando que colocar restricciones legales o de cualquier otro tipo al acceso al aborto seguro, lleva necesariamente a sufrimiento y mayor riesgo de muerte, estas restricciones contrarían los principios éticos de no-maleficencia y beneficencia. Esto incluye el colocar obstáculos al acceso a aborto legal, como ocurre con frecuencia en casos de violación y de riesgo de vida, en los países en que el aborto es permitido en esas condiciones. Estos obstáculos pueden ser la exigencia de procedimientos no incluidos en la ley y la postergación injustificada en aprobar o en realizar el aborto.

La obediencia a estos principios también significa que la realización del aborto en condiciones inseguras debe ser penada por la ley, siempre que la mujer pueda tener acceso a la interrupción del embarazo en condiciones seguras, porque estos principios también implican que la ley debe permitir el aborto seguro en determinadas circunstancias

La experiencia mundial muestra que los países en que la ley restringe severamente el aborto no son los que tienen las menores tasas, pero esas restricciones dejan a las mujeres sin otra alternativa que el aborto en condiciones clandestinas e inseguras. En consecuencia, estos países son los que presentan las mayores tasas de morbilidad y mortalidad por aborto, lo que también lleva a mayor riesgo de enfermedad y muerte para los hijos que sobreviven. En otras palabras, los países con leyes que restringen severamente el acceso al aborto legal y seguro, violan los principios de no-maleficencia y beneficencia, ya que estas restricciones sólo aumentan el daño que sufren las mujeres y la sociedad, sin disminuir el número de los abortos.

Los principios de no-maleficencia y beneficencia tienen una aplicación muy particular en los casos de feto con malformación incompatible con la vida extrauterina. Frecuentemente esta malformación se asocia a un mayor riesgo de complicación y muerte para la mujer. Ese riesgo puede no ser suficiente para justificar un aborto si el feto tuviera alguna expectativa de vida, pero frente a un feto que inevitablemente va a morir poco después de nacer, mantener el embarazo no beneficia al feto y perjudica claramente a la madre, por lo que no hay justificación ética para obstaculizar la interrupción del embarazo tan pronto como la mujer lo solicita. Recientemente (enero de

2003) hubo en Chile un caso que salió a la luz pública, de un embarazo con mola embrionada y feto con trisomía incompatible con la vida, en que después de mucha polémica se practicó una microcesárea para interrumpir el embarazo y poder decir que no se trataba de un aborto. Una estricta adherencia a los principios éticos habría hecho que el pedido de la mujer hubiera sido aceptado de inmediato y el aborto inducido con el uso de drogas, que es el método de menor riesgo para la mujer en esa edad gestacional.

El principio de la no-maleficencia también se puede aplicar a la discusión de la edad gestacional en que el aborto debe ser aceptado, ya que cuanto más precozmente se previene el nacimiento de un hijo no deseado, menor es el riesgo para la mujer. Lo mejor sería haber prevenido la relación sexual no deseada o sin protección contra el embarazo. Si esto ya ocurrió, la anticoncepción de emergencia debería haber sido utilizada y si ya hay un atraso menstrual lo menos riesgoso sería la evacuación uterina lo más precozmente posible, aun antes de tener un diagnóstico de certeza de embarazo, con el procedimiento llamado de "regulación menstrual". La regulación menstrual tiene la ventaja que deja la posible duda de haber sido solamente una alteración de la regla, a pesar de que en cerca del 80% de los casos con hasta 6 semanas de amenorrea, se trata efectivamente de un embarazo. El riesgo de someter a la mujer a una intervención innecesaria es muy pequeño, ya que puede realizarse mediante aspiración al vacío, con anestesia local y sin dilatación del cuello uterino. La mujer debería tener el derecho a decidir si desea el beneficio de la duda o prefiere tener un diagnóstico seguro antes de la intervención.

Pasadas las 6 semanas de amenorrea continúa siendo válido que cuanto más precoz sea el aborto menores son los riesgos, por lo que estos principios éticos de no-maleficencia y beneficencia favorecen restringir el aborto, en lo posible, a las primeras 12 ó 13 semanas de embarazo. El surgimiento reciente del aborto farmacológico, por medio de drogas que inducen el aborto, parece haber reducido enormemente el riesgo de complicaciones en abortos más tardíos, pero habrá que esperar estudios epidemiológicos más extensos para conocer la magnitud de la reducción del riesgo.

Justicia. Este principio, por su carácter social, enriquece la aplicación de los principios anteriores que se refieren principalmente al comportamiento individual. Es así como nos obliga a reconocer que en la práctica, son sólo las mujeres con menos medios económicos las que realmente sufren las consecuencias de las leyes que restringen el acceso al aborto seguro, y las que se ven obligadas a someterse a intervenciones en condiciones de alto riesgo de complicación y de muerte. Las mujeres con buenas condiciones económicas,

por el contrario, pueden pagar para que se les practique un aborto ilegal, teóricamente clandestino, en clínicas con todos los medios técnicos y de asepsia que le dan seguridad al procedimiento.

El principio de justicia nos obliga también a recordar que las leyes restrictivas condenan habitualmente sólo a la mujer y al proveedor, pero sólo excepcionalmente también al hombre responsable del embarazo no deseado. Esto ocurre a pesar de que es el hombre el que frecuentemente presiona a la mujer a abortar o el que la abandona, dejándola sin otra salida que la interrupción del embarazo. En la práctica esto significa que las leyes que condenan a la mujer que se hace un aborto, violan el principio de justicia tanto con relación a la equidad de género como a las condiciones socioeconómicas, ya que sólo las mujeres y sólo las que son pobres, sufren las consecuencias de la ley.

Ética, aborto y religión

Las diversas religiones consideran siempre el aborto como un problema moral importante, pero adoptan distintas posiciones respecto al balance entre el respeto a la autonomía de la mujer y el surgimiento de un feto con valor moral creciente. La Iglesia Católica reconoce este problema cuando explica que su posición de defender el pleno valor moral del nuevo ser desde la fertilización, se justifica porque *es imposible identificar exactamente el momento en que una nueva persona comienza a existir*. En el otro extremo, la religión Judía tradicional, sólo le reconoce plenos derechos de persona al recién nacido. Otras religiones y escuelas filosóficas aceptan que el feto adquiere plenos derechos morales a diferentes edades gestacionales entre esos dos extremos.

En realidad, la Iglesia Católica acepta la interrupción del embarazo en dos circunstancias; cuando está situado en la trompa de Falopio (embarazo tubario o embarazo ectópico), o cuando el embarazo coexiste con un cáncer genital que requiere para su tratamiento la extirpación del útero.

Siguiendo un antiguo principio filosófico que distingue entre acciones "directas" e "indirectas", la Iglesia Católica condena severamente el aborto "directo", es decir acciones que llevan a la muerte directa del embrión o feto, aunque sea para salvar la vida de la mujer. Sin embargo la misma Iglesia Católica acepta provocar un aborto "indirecto" para salvar la vida de la mujer, aplicando la doctrina del "doble efecto". Esta doctrina dice que cuando una acción tiene un efecto bueno y uno malo (en este caso salvar la vida de la madre y la muerte del feto), ese acto no es prohibido siempre que no haya la intención primaria de causar daño, aunque éste sea previsible. En otras palabras, si para salvar la vida de la madre se requiere la extirpación de un órgano, sea el útero o la trompa, este acto es aceptado, aunque junto con el

órgano se elimine un embrión o feto, porque ésta no era la intención primaria de la intervención. En contraste, la Iglesia Católica no acepta en general, la interrupción del embarazo para salvar la vida de la madre cuando la intervención consiste en extirpar sólo el embrión o feto. Resulta difícil seguir la lógica de este pensamiento.

Especialmente conflictiva, desde un punto de vista ético, nos parece la aplicación de esta doctrina a una mujer con un diagnóstico precoz de embarazo tubario. La estricta aplicación de esta doctrina no permitiría la práctica moderna de abrir la trompa y retirar el embrión, evitando una salpingectomía y por tanto permitiendo una mejor preservación de la fertilidad futura de la mujer. De hecho, hay países donde debe esperarse la rotura tubaria o la eventual muerte del embrión antes de practicar una salpingectomía, con lo que se expone a la mujer a un riesgo mucho mayor e innecesario. Lamentablemente tal conducta se ha observado también en algunos hospitales en Chile. Resulta difícil identificar diferencias morales entre la justificativa del aborto indirecto o directo cuando el objetivo es salvar la vida de la madre que es considerada de mayor valor que la del embrión o feto, particularmente cuando éste último necesariamente va a perderse.

La propia Iglesia Católica aceptaba, hasta mediados del siglo XIX, la teoría de la hominización "tardía", en que el feto pasaba a ser persona entre 40 y 80 días después de la fertilización, cuando estaba "formado". Fue solamente en 1854 que el Papa Pío IX, proclamó el dogma de la Inmaculada Concepción, que implícitamente endosaba que existe una persona desde la fertilización. Esta posición oficial de la Iglesia Católica fue confirmada en 1869, cuando se eliminó la diferencia entre feto "formado" y "no-formado", castigando el aborto de ambos de la misma forma, con la excomunión. El Código de Ley Canónica de 1917, dejó claro que esta pena se aplica tanto a quien hace el aborto como a la mujer que lo solicita y permite. El nuevo Código Canónico de 1983 destacó aun más la gravedad del pecado del aborto cuando lo colocó junto con el ataque violento al cuerpo del Papa como los únicos dos actos penados con excomunión automática de la Iglesia Católica.

La excomunión no se aplica, en general, a menores de 18 años o cuando la persona no tiene ninguna alternativa para actuar diferente, o sea, que de acuerdo a su conciencia ella está absolutamente convencida de no tener otra alternativa. Una encuesta realizada en Colombia entre sacerdotes católicos reveló que sólo el 16% negaba la absolución a las mujeres que confesaban haber abortado, lo que implicaba que el 84 % de estos sacerdotes consideraban que las mujeres no tenían absolutamente ninguna otra opción, juicio que normalmente le está reservado al Obispo, quien sólo tiene la autoridad para levantar la excomunión automática.

La estricta posición oficial contra el aborto es una enseñanza solemne de la Iglesia Católica, pero no un dogma y por lo tanto, puede ser sujeta a cambios en el futuro. De hecho, durante las últimas cuatro décadas muchos teólogos católicos han propuesto ampliar las circunstancias en que el aborto sea moralmente aceptable. Un buen ejemplo citado con frecuencia es el caso de fetos con graves malformaciones, particularmente con anencefalia, que es absolutamente incompatible con la vida fuera del útero.

La propia definición de que el nuevo ser pasa a tener pleno valor moral desde la fertilización no es aceptada por muchos teólogos. Un eminente teólogo católico, que se opone estrictamente al aborto, sostiene en su libro titulado "¿Cuando comencé yo?" (*"When did I begin?"*), publicado con la aprobación (*imprimatur*) del Vaticano, afirma que debido a la posibilidad de gemelaridad no se puede hablar del comienzo de un nuevo individuo hasta que surge el surco primitivo, esto es, aproximadamente dos semanas después de la fertilización. Este mismo teólogo está a favor de usar el término preembrión hasta ese momento del desarrollo.

Otro prominente filósofo católico, Hans-Martin Sass, revisa diferentes propuestas de destacados médicos, teólogos y otros filósofos, sobre el momento en la vida del feto en que comienza a merecer protección legal. Después de ese análisis, Sass propone que la protección legal de la vida del feto comience cuando hay evidencias biológicas de "vida cerebral", haciendo un paralelo con la definición legal de muerte, como el momento en que hay evidencia de "muerte cerebral". Él considera que la "vida cerebral" comienza al final de las 12 semanas de amenorrea, ó 10 semanas después de la fertilización, cuando las primeras sinapsis entre células nerviosas aparecen en el sitio donde posteriormente se desarrollará la corteza cerebral. Este autor reconoce que no hay actividad nerviosa bien organizada y constante hasta mucho más tarde, entre las 22 y 28 semanas, y que la actividad electroencefalográfica constante es de aparición todavía más tardía. Sin embargo, da preferencia a la alternativa más conservadora que pueda ser aceptada más ampliamente, y propone proteger legalmente la vida desde el inicio de la "vida cerebral" hasta que ocurre la "muerte cerebral". Sass hace un paralelo entre el concepto de "muerte inminente" que justifica aceptar la "muerte cerebral", y el concepto de "vida inminente", para aceptar el "nacimiento cerebral".

Es evidente que todos debemos respetar la libertad de los individuos de profesar y promover la religión de su elección. Sin embargo, es relevante a esta discusión tener en cuenta que muchas veces las leyes que restringen el acceso al aborto siguen las orientaciones de la religión que predomina en esa sociedad. Esta imposición de los preceptos de una religión a toda una comunidad, significa un atropello a la libertad de religión, considerando la variedad de posiciones frente al aborto de diferentes religiones y aun dentro de los

que profesan una misma fe. La libertad de predicar y practicar una doctrina religiosa implica la libertad de los otros a no estar obligados a aceptar una religión que ellos no profesan. Éste es un principio fundamental, que fue aceptado unánimemente en una importante reunión de teólogos de las principales religiones que existen en nuestro mundo actual, incluyendo naturalmente teólogos católicos.

El dilema ético de los ginecoobstetras

La principal motivación de los jóvenes que deciden estudiar medicina es el deseo de ayudar a otras personas, curándolas de sus enfermedades y salvando sus vidas, con los conocimientos y habilidades adquiridas en el proceso de transformarse en médicos. Más tarde, en el momento de decidirse por una especialidad, aquéllos que eligen la obstetricia, generalmente lo hacen motivados por la belleza de ayudar en el comienzo de una nueva vida. Una vez transformados en obstetras, la satisfacción de ayudar a las mujeres a tener hijos sanos, se refuerza constantemente con las expresiones de gratitud de las madres, que a veces continúa manifestándose años después del parto.

La vida diaria del obstetra está dedicada a preocuparse del feto, tanto o más de lo que se preocupa por la mujer embarazada. Durante la asistencia prenatal la atención del obstetra se dirige principalmente a verificar la normalidad del desarrollo y de las condiciones de vitalidad del feto. La propia mujer que está deseando tener un hijo, está frecuentemente más interesada en la salud del feto que en la suya propia. La reacción lógica del médico es de sentirse tan ligado al feto como a la mujer que es su cliente.

Esta proximidad del obstetra con el feto producto de un embarazo deseado, explica en gran parte su resistencia frente a la idea de un aborto provocado. Esta resistencia se ha hecho más marcada con la disponibilidad de la ultrasonografía que nos permite ver físicamente la imagen del feto, que dejó de ser una atraso menstrual seguido de diversos cambios en el cuerpo de la mujer, para constituirse en un ser objetivamente visible.

El movimiento "pro-vida" ha entendido el poder de estas imágenes y las ha utilizado, muchas veces incorrectamente, atribuyendo edad gestacional temprana a fetos en períodos más avanzados de desarrollo, en que presentan una apariencia más próxima a las de un bebé. Independientemente de este uso deshonesto de las imágenes ultrasonográficas, la "visibilidad" del feto ha hecho más difícil la aceptación del aborto por el ginecoobstetra. Otro progreso tecnológico, la disponibilidad del aborto farmacológico, provocado con la administración de determinadas drogas, actúa en el sentido opuesto. Es sin duda mucho menos traumático para el médico prescribir o administrar una droga que practicar la extracción del contenido de un útero grávido.

Otro aspecto importante es que la mayor parte, si no todos los obstetras, tienen contacto cotidiano con mujeres que deseaban embarazarse y es mucho más raro que entren en contacto con aquéllas que se embarazaron sin desearlo. En nuestros países, donde el aborto es considerado básicamente ilegal, las mujeres pobres, que son la mayoría, saben muy bien que no pueden esperar ninguna ayuda en los servicios públicos de salud si desean abortar un embarazo no planeado ni deseado. En otras palabras, el gran número de mujeres con embarazos no deseados es prácticamente invisible para la mayoría de los ginecoobstetras en los países en que el acceso al aborto legal es muy restringido. La única interacción es con mujeres que consultan con complicaciones de abortos provocados. Alarmados e impresionados por las graves consecuencias del aborto provocado en condiciones inseguras, la primera reacción no es de comprensión sino de condenación. Es una reacción parecida a la que se tiene al atender una persona que consulta por una sobredosis de drogas ilícitas. En ambos casos se condena a estas personas por estar haciendo algo incorrecto y fuera de la ley.

Como no se le pregunta a la mujer sobre las circunstancias que la llevaron a hacerse el aborto, no hay la menor posibilidad de comprender su problema y en consecuencia no hay ninguna simpatía, sino más bien condenación moral, compartida por casi todo el personal de salud. Influenciados por la experiencia mucho más frecuente de mujeres que desean su embarazo que expresan su felicidad con el nacimiento de sus hijos, los obstetras tienden a colocarse del lado del feto y contra la mujer que aborta. Es mucho más fácil y cómodo condenar que tratar de comprender los motivos que la llevaron a ese acto.

Otros factores ayudan a colocar al médico contra el aborto en los países con leyes restrictivas. En estos países el aborto provocado es inmediatamente asociado con otras actividades prohibidas. Los médicos que hacen abortos frecuentemente tienen que entrar en un círculo de corrupción de la policía y hasta de miembros del sistema judicial. Esta red de corrupción necesariamente se asocia a otras actividades ilegales como el comercio de drogas prohibidas y la prostitución.

Con algunas notables y dignas excepciones, los médicos que se dedican a la práctica del aborto ilegal lo hacen por el lucro y se hacen ricos, pero tienden a ser excluidos del medio médico más formal. Son vistos como corrompidos por el dinero, considerando que cobran un alto precio por la ilegalidad, más que por el acto médico realizado. En este ambiente, ser un "abortero" lleva a una mala reputación entre los colegas y muchas mujeres que usan sus servicios se sienten explotadas y no tienen mayor respeto por ellos. Irónicamente, los "aborteros" están protegidos porque todos saben que

alguna vez podrán necesitar sus servicios. De cualquier manera, la inmensa mayoría de los médicos no quieren ser calificados despectivamente de "aborteros".

Otras razones que los médicos tienen para negarse a realizar abortos, son el temor a actuar contra la ley y a ser procesados, así como el de transgredir el código de ética médica o el de recibir la sanción moral de la religión que prevalece en su sociedad. Los médicos tienen una enorme aversión a ser procesados por la justicia y también a ser sometidos a juicio ético por su consejo profesional, lo que en Chile se llama Colegio Médico. De esta forma, sólo si se sienten seguros desde el punto de vista judicial y de la ética médica podrían atreverse a realizar una interrupción del embarazo.

Esta posición pública del médico no es incompatible con una posición más comprensiva en el ámbito privado, en que resulta posible aceptar el aborto en circunstancias "muy excepcionales de casos particulares". La convicción contra el aborto suele ser remecida cuando el caso particular afecta a alguien muy próxima al médico o a algún amigo íntimo. Lo mismo suele suceder cuando una paciente que ha estado bajo sus cuidados durante años, que ha tenido varios partos con él o ella, llega un día con este problema. Esta paciente ha depositado toda su confianza en su médico y ahora viene a contarle la tragedia de un embarazo que no deseaba y que no puede, bajo ninguna circunstancia dejar que continúe. La primera reacción del médico es de tratar de convencer a su paciente que deje continuar ese embarazo y tenga otro hijo. Si ella no acepta este consejo y le da nuevas y convincentes razones por las cuales ella no puede llevar ese embarazo adelante, su médico de muchos años termina por mostrarse comprensivo y entender su opción por el aborto "en ese caso particular".

Este apoyo a su antigua cliente no significa que ese médico no continúe oponiéndose al aborto. Sin embargo, en la mayoría de los casos, el médico termina por facilitar el aborto dando la dirección de algún colega que tiene una clínica donde los abortos se hacen en buenas condiciones de seguridad para la salud de esa mujer. La mayoría recomienda que la paciente vuelva luego después del aborto para asegurarse de que todo está bien, como una muestra de la falta de confianza en los médicos catalogados de "aborteros".

Más recientemente, con la disponibilidad real de drogas altamente efectivas en inducir el aborto, algunos médicos "que no hacen abortos" por una cuestión de principios, tienen menos escrúpulos para indicar el uso de esta droga para inducir el aborto, "en casos muy particulares", en que terminan comprendiendo la situación de la mujer. Dependiendo de la capacidad de escuchar a las mujeres y de la experiencia de vida de cada uno, muchos médicos pasan por un proceso evolutivo en su concepción sobre el

aborto. Muchos de nosotros hemos pasado por un proceso que comienza por total condenación del aborto, seguido de un período de escuchar a las mujeres con un sentimiento de cada vez mayor perplejidad, y ambivalencia, para terminar entendiendo que condenar a la mujer que aborta no se justifica y es inútil y que la respuesta al problema del aborto es diferente y mucho más amplia.

Es obvio que no todos los ginecoobstetras han seguido esta evolución. Para muchos, la defensa del feto permanece como su primera prioridad y mantienen su posición de condenar el aborto en todas o casi todas las circunstancias, por lo menos en público. Pero la mayor parte de los ginecoobstetras con años de práctica han tenido por lo menos algunas oportunidades en que han debido aceptar las razones que una determinada mujer da para abortar, con comprensión y simpatía. Hay una enorme distancia, sin embargo, entre la aceptación privada de "casos muy particulares" y el reconocimiento público de que el aborto es un fenómeno personal y social que no se resuelve condenado a la mujer que aborta.

En resumen, los profesionales de salud, y en particular los ginecoobstetras, son frecuentemente ambivalentes con relación al aborto, porque tienen que enfrentar valores morales y profesionales en conflicto. La gran mayoría, sin embargo, terminan aceptando que el aborto se justifica moralmente por lo menos bajo ciertas circunstancias, a pesar de que muchos no lo reconocerían públicamente y sólo unos pocos están preparados para actuar aceptando la decisión de la mujer, en el ámbito público. Lo que es preciso entender es que la posición del ginecoobstetra es muy singular, por lo menos por dos razones fundamentales. Porque parte de su motivación profesional y su rutina diaria está dedicada a defender al feto y porque en última instancia es el encargado de ejecutar la interrupción del embarazo, con todas sus consecuencias legales, psicológicas y sociales.

La posición de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)

Los ginecoobstetras están organizados en sociedades científicas nacionales y regionales, afiliadas a la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, FIGO. Uno de los cuerpos permanentes de FIGO es el Comité para el Estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de la Mujer. Este Comité analizó el complejo dilema ético del aborto provocado en tres de sus reuniones (mayo de 1997, marzo de 1998 y septiembre de 1998). Los acuerdos aprobados por el Comité proponen hacer esfuerzos redoblados para prevenir los embarazos no planeados y reconoce el derecho de la mujer a decidir si se reproduce o no. Las Guías propuestas por el

Comité señalan que "*el derecho de la mujer a autonomía en sus decisiones, combinado con la necesidad de prevenir el aborto inseguro, justifica que se provean servicios de aborto seguro, siempre que la mujer haya dado su consentimiento debidamente informado*". El Comité termina recomendando que "*previa información apropiada, la mujer tiene derecho a tener acceso a aborto inducido farmacológico o quirúrgico, y los servicios de salud tienen la obligación de proveer estos servicios de la manera más segura posible*".

Estas Guías fueron publicadas por FIGO, con la salvedad habitual ante acuerdos de sus Comités, que "no pretenden reflejar una posición oficial de la FIGO, sino proveer material para la consideración y debate de sus miembros...". Sin embargo, la Asamblea General de FIGO adoptó por unanimidad estas Guías como una política oficial de la institución, en su reunión de septiembre del año 2000. Una evaluación posterior mostró que estas orientaciones han sido bien aceptadas en general, incluso por ginecoobstetras de países con leyes que restringen severamente el acceso al aborto.

Reflexiones finales sobre ética y aborto

El análisis de los principios éticos aplicados al aborto y la situación actual de la práctica de la ginecoobstetricia nos conducen a varias conclusiones. A saber:

1. Se debe dar prioridad al principio de respeto a la autonomía de las personas, permitiendo que la mujer pueda decidir libremente sobre la interrupción del embarazo hasta las 12 semanas de gestación. Por encima de esta edad gestacional, el aborto sólo puede ser aceptado con justificativas muy fuertes. Hacemos esta distinción en reconocimiento a que los derechos del embrión y del feto aumentan con su desarrollo, así como también aumenta el riesgo para la mujer que se practica el aborto. El límite de 12 semanas es relativamente arbitrario, pero se puede justificar por marcar el inicio del "nacimiento cerebral", en analogía con la ampliamente aceptada "muerte cerebral" como el fin de un individuo, así como por ser la edad gestacional en que comienza a aumentar considerablemente el riesgo para la mujer.
2. Cuando el embarazo coloca en riesgo la vida de la mujer no debe haber límite de edad gestacional para aceptar la interrupción del embarazo. De la misma forma, cuando se diagnostica que el feto tiene una malformación incompatible con la vida fuera del útero, el aborto debe ser permitido en cualquier momento en que la mujer lo solicite. Como hemos expresado más arriba, la mujer embarazada de un feto

gravemente malformado no debe recibir ninguna presión para provocar el aborto o continuar el embarazo.

3. Debe recordarse que la interrupción del embarazo después de las 22 semanas ya no es un aborto, sino un parto prematuro. En ese caso todos los esfuerzos deben hacerse para postergar la interrupción del embarazo con el fin de dar las mayores posibilidades de sobrevida al recién nacido, sin poner en riesgo excesivo la vida de la mujer. Esta actitud no se aplica al caso de malformación fetal incompatible con la vida.

Entendemos que estas reflexiones no serán aceptadas fácilmente por todos. Esperamos solamente que estas consideraciones puedan contribuir a una reflexión ética que pueda servir de base para un diálogo constructivo sobre este difícil asunto. Sólo de esta manera será posible tomar medidas que reduzcan el alto costo personal y social del aborto en nuestra sociedad.

Bibliografía

Atrash HK, MacKay HT, Binkin NJ, CJR Hogue. Legal abortion in the United States: 1972-1982. Am J Obstet Gynecol 1987; 156:605-12.

Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 4th ed. New York: Oxford University Press, 1994.

Buckshee K. Impact of roles of women on health in India. Internat J Gynecol Obstet 1997; 58:35-42.

Cook RJ, Dickens BM. Human rights and abortion laws. Int J Gynaecol Obstet 1999; 65:81-87.

Dombrowski DA, Deltete R. A Brief, Liberal, Catholic Defense of Abortion. Chicago: University of Illinois Press, 2000.

Ford NM. When did I begin? Conception of the human individual in history, philosophy and science. Cambridge: Cambridge University Press, 1988.

Gonzalez DLA, Salinas AAU. Resultados de una encuesta sobre aborto aplicada a residentes de la especialidad en ginecología y obstetricia en hospitales públicos de la Ciudad de México. Reporte de Investigación del Proyecto "Atención del Aborto en México: Una aproximación a las actitudes de los Médicos. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. Octubre, 2000.

Gudorf CE. Contraception and Abortion in Roman Catholicism. In: Maguire DC. Sacred Rights: The Case for Contraception and Abortion in World Religions (in press).

Maguire DC. Sacred Choices. The Right to Contraception and Abortion in Ten World Religions. Minneapolis: Fortress Press, 2001.

McKay HE, Rogo KO, Dixon DB. FIGO Society Survey: Acceptance and use of new ethical guidelines regarding induced abortion for non-medical reasons. Internat J Gynecol Obstet 2001; 75:327-36.

Munera A *et al.* Problemática religiosa de la mujer que aborta. Report to the Ford Foundation of a presentation to the Encounter of Researchers on Induced Abortions in Latin America and the Caribbean, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 1994.

Pérez-Aguirre L. Religious aspects of induced abortions. In: Meeting of Parliamentarians from Latin America and the Caribbean on Induced Abortion. Universidad Externado de Colombia, 2000; 47-69.

Ramos S, Gogna M, Petracci M, Romero M, Szulic D. Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto. Una transición ideológica? Buenos Aires: CEDES, 2001.

Sass HM. The Moral Significance of Brain-Life Criteria. In: Beller FK, Weir R. The beginning of Human Life. Dordrecht, Boston and London: Kluwer Academic Publishers, 1994.

Schenker JG, Cain JM. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Internat J Gynecol Obstet 1999; 64:317-22.

The Park Ridge Center for the Study of Health, Faith and Ethics. "World Religions and the 1994 United Nations Conference on Population and Development: A Report on an International and Interfaith Consultation". Genval, Chicago, Illinois, 1994; 4-7.

United Nations, Population Division, 1999. United Nations, Population Division, wall chart, publication ST/ESA/SER.A/178, UN New York, 1999.

World Health Organization. Recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. Acta Obstet Gynecol Scand 1977; 56(3):247-53.

World Health Organization. Unsafe Abortion. Global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data. Division of Reproductive Health (Technical Support). WHO. 3rd ed. Geneva, 1998.

Problemas éticos del final de la vida: Introducción

Manuel Pérez

El inmenso progreso del saber científico y su aplicación directa en el orden práxico o técnica, se introduce con tanta fuerza en el mundo de la vida habitual, que todos los predicados en referencia al hombre, los códigos culturales y tradiciones previas se ven invadidos por esta forma del conocimiento que conduce inevitablemente a un quehacer directo, práctico y que por lo tanto, carece de un sentido dentro de la interpretación de la tradición y de la historia. La fuerza de la técnica barre la identidad de lo humano, la desconecta de lo histórico, la deposita en islas, en las cuales, el hombre ni siquiera puede formular la explicación abstracta y general del universo dado por el discurso científico puro. Hasta tal punto esto es cierto, que a manera de ejemplo, el hombre en el mundo de la vida no podría hacer una poesía en relación a los factores abstractos de las fórmulas de la teoría atómica, pero bien podría hacerlo sobre su efecto práctico, la destrucción de Nagasaki (1). De la manera expuesta, el hombre invadido por esta nueva explicación tecnológica, la cual no es una explicación ni un sentido del ser ni del saber, sino que una guía operativa y práctica sólo del quehacer, se ve inmerso y absolutamente desplazado de sus creencias originarias, las que le daban un sentido y también una identidad. El empuje praxiológico de la tecnología, carente de un sentido estrictamente humano, la "sin razón" de esta situación, la imperiosidad del avance técnico, hacen que el hombre se aísle en sí mismo y pretenda superar esta conciencia del "sin sentido" con nueva y mayor utilización del mundo de lo técnico. La técnica actúa con eficiencia y rapidez. El tiempo es necesario para que la técnica actúe. Debemos obtener nuestros logros, si es que de logros podemos hablar, en el mínimo tiempo posible. La eficacia, la eficiencia, la rentabilidad, el "gran precio", serán los valores objetivados por nuestra nueva sociedad tecnificada. "Todo lo que puede hacerse debe hacerse" es el lema común. El hombre apenas puede basarse en reglas de conducta que no sean técnicas. Incluso en este sin sentido de su vida, se pretende luchar contra la muerte a la forma de un Fausto desesperado (1).

Frente a este cambio o prácticamente desaparición del orden valórico y moral, René Dubos (2) afirma que nuestras sociedades "toman sus decisiones en función de los medios y no de los fines, y su criterio es la cantidad de producción y consumo en vez de la calidad de la vida humana". De esta manera nos enfrentamos nuevamente entre el ser y el tener. El ser, el ser privado íntimo, el sentido de la vida individual, como también el sentido de la vida colectiva, hermanados a través de la vinculación del lenguaje, de la tradición y de la cultura, desaparecen en aras del tener más de aquella misma tecnología.

Hoy día el ciudadano sólo tiene derechos, ya no tiene deberes. La solidaridad ha cedido el paso al individualismo, negar sistemáticamente los problemas de los demás, al narcisismo y al egocentrismo, generándose inevitablemente una cultura del "sin sentido" y del aburrimiento. Para obtener éxito frente a estos "logros" se favorece la búsqueda del placer en todos los ámbitos. El "arte de vivir bien" se superpone al del "bien vivir", basado esencialmente en el consumo del placer disponible inmediatamente. El reino de la "cantidad" termina por dar una triste impresión de haber reemplazado lo mejor que el ser humano tenía de sí mismo, es decir su propia impronta, su sentido de persona, de sociedad y de cultura (3).

Si se pretende, de una u otra manera volver atrás, es decir, valorizar nuevamente el sentido natural de la vida, deberemos rechazar y conocer exactamente cuáles son las prácticas deshumanizadoras. Uno de los ámbitos en el cual ha actuado de la forma más poderosa la tecnociencia, exacerbando la deshumanización, es en el concepto de la muerte, como también, en las condiciones biológicas que con ella se relacionan, paciente terminal, la existencia de un límite al tratamiento activo o curativo, la importancia de los cuidados paliativos, el buen morir, al olvido de los conceptos de sacralidad y calidad de vida, haciendo surgir además otras alternativas producto de una exaltación de la autonomía, como lo son el suicidio, el suicidio asistido y la eutanasia activa.

El inconmensurable crecimiento de la biomedicina, así como el desarrollo de otras tecnologías, han cambiado el horizonte de expectativas para el hombre actual. La dedicación eterna de la medicina por la vida y para salvar la vida, se mantiene en estos momentos, pero con una intencionalidad diversa. Ha de hacerse todo lo que pueda hacerse. Es inquietante que frente a este ilimitado poder hacerse, la medicina ha prácticamente clausurado la posibilidad de una vida "natural" y también la existencia de un concepto de "muerte natural". En el momento actual, muerte natural es prácticamente inexistente sin el agregado de "muerte medicalizada". Es obvio que no hay crítica alguna en cuanto a la disminución de la tasa de mortalidad infantil, al

éxito del tratamiento de enfermedades infecciosas, al control de enfermedades degenerativas, etc. El éxito frente a tanta patología es tan inmenso, que de una u otra manera, en este inconsciente colectivo teñido ya por la impronta tecnológica descrita, aparece el deseo expresado o tácito, de que nuestro destino final, la muerte, también sea de una u otra manera retrasado en su aparición y ojalá exterminado de nuestra existencia. Esta real segregación de la muerte, como todo tipo de segregación, implica una respuesta contraria a la manera de la doble cara de una moneda. *Segregación de la muerte por un lado y derecho a morir por el otro.* Nuevamente aparece el concepto del hombre basado fundamentalmente en los derechos. Y es precisamente en este derecho a morir, apoyado en la total autonomía, es que comienzan a aparecer otras soluciones a la muerte natural como la eutanasia o el suicidio asistido. Soluciones de alternativa frente a la no-valoración del hecho natural de la muerte como proceso indispensable en la realización de una vida. Por un lado, el hombre se preocupa de la eventual extinción de la muerte y por otro, defiende el derecho a su propia elección de la forma de morir. La pregunta que debe hacerse es ¿conserva todavía la vida humana un valor intrínseco, una calidad esencial que merezca un respeto absoluto? ¿Habrá sido convertida por la tecnociencia en un producto derivado? ¿Existe todavía una cualidad humana fundamental en la cual puedan basarse los juicios de hecho y los juicios de valor? (1).

Tanto los cambios culturales como los de la biomedicina a través de nuestra cultura técnica imponen invariablemente un replanteamiento de toda nuestra valoración de la vida humana. Al preguntarnos por la muerte debemos hacerlo también con respecto a la vida.

Lo primero que aparece al preguntarnos por la muerte es el antiguo y prácticamente invariable deseo de la humanidad de alcanzar, de una u otra forma, la inmortalidad. La conciencia de la propia finitud sólo se ve enmascarada por algún tiempo con aquellos avances de la biomedicina, la cual retrasa el momento en que ésta aparezca en forma inexorable. Sin embargo, la inquietud persiste y al mismo tiempo, no una inquietud libre y comunicable, sino que enmascarada en la profundidad del ser individual. La medicina alarga la vida y retrasa la muerte. Deja de ser común la aparición de ésta a través de patologías que actualmente se han vuelto banales. Esto da aquella falsa esperanza, la que en la intimidad del ser, no aleja por ningún instante la angustia frente a la inminente y propia terminalidad. Edgard Morin en su obra, *El hombre y la muerte* (4), muestra que la conciencia de muerte es el origen de lo que él denomina "traumatismo de la muerte", que a su vez desemboca en la creencia de la inmortalidad. Él explica que el hombre, incapaz de permanecer inactivo frente a la inminencia de la realidad de la

muerte, elabora de acuerdo a los planteamientos culturales de cada época, algunos elementos de explicación o de salvación con respecto a la misma. Se refiere primero a la magia y la brujería, después a la religiosidad y hoy, a la técnica, que, por otra parte, tiene algo de magia y de religión, pues la medicina se ha convertido en la verdadera religión de la era moderna. Para muchos, los sacerdotes de la vida son los médicos y la acción médica recibe en múltiples oportunidades el apelativo de milagro. A través de esta nueva creencia, se plantea la imposibilidad de que la muerte ocupe un sitio natural en un universo artificial que desborda energías inagotables y produce un activismo creador ilimitado. Sin embargo, la aparición de esta nueva forma de alejar la angustia, produce al mismo tiempo, en forma casi contradictoria, una nueva preocupación por parte del hombre actual, la cual paradojalmente, puede depositar en él una cantidad mayor de angustia, que la de esperar exclusivamente el desarrollo de la muerte natural. Paralelamente a la presencia de la muerte natural aparece la fantasía de la muerte artificial. Fantasía en el pensar y elaboración de cada cual, pero realidad inminente, en lo que hemos llamado la medicalización de la muerte. Al parecer, morir artificialmente inquieta más que morir naturalmente, dado que, en esta última forma, aparece un elemento que es el azar, o la manera en que una vida debe de llegar a su fin, como siempre se ha, no sólo intuido, sino que aceptado como certeza. La medicalización de la muerte podría llenar de terror debido a que ésta, en su eficacia, retrase en forma desmesurada el desarrollo de la muerte natural. Aparece también el inmenso terror a la angustia y sufrimiento físico con los cuales esta instrumentalización del acto final puede hacernos padecer. François Sarda utiliza las expresiones de miedo físico, miedo intelectual, y miedo moral que hacen perder al hombre "sus referencias y valores".

Por otra parte, el momento de la muerte llega a un hombre solitario. La persona que muere se ve abandonada a su suerte. Su miedo al mal morir intensifica el mismo miedo de morir. La individualidad, el narcisismo, la ausencia de solidaridad y de reciprocidad generan aislamiento y abandono. La ruptura generacional y la desaparición de las filiaciones tradicionales en el seno de las familias aumentan la soledad de las personas a punto de morir.

De una u otra manera, la tecnociencia actual ha hecho perder el sentido de la vida y de la muerte, ya que la ciencia no produce sentido. "La muerte seguirá siendo un fenómeno natural que no tolera ser despojada de su verdadera dimensión cualitativa" (4). La técnica no puede resolver problemas que la misma técnica impone. Deberemos recurrir a otros medios de la reflexión que no estén basados en el planteamiento fundamentalmente científico o técnico, sino que, implique una revalorización completa de lo que significa el sentido de lo humano tanto en su vida como en su muerte.

Puede decirse también que la ciencia es incapaz de proponer tanto las referencias éticas necesarias para su uso y desarrollo, como tampoco los límites de su poder, que hoy se consideran ilimitados. La ciencia no es conciencia. Convendría una mayor ilustración ética que beneficiaría al conjunto del género humano. La ciencia debe asumir el estar al servicio del ser humano, lo que no significa ocupar su lugar y sobre todo decidir en su lugar. Ocultar la presencia del ser humano contribuye a una pérdida radical del sentido de la vida y de la muerte.

Es la medicina con su carácter fundamentalmente biotecnológico la que ha decidido hace más o menos cincuenta años cambiar el significado de algo tan trascendente como es el concepto de muerte. De esta manera, la experiencia que identificaba a la muerte en relación a la ausencia de los signos positivos de la vida, se ve prácticamente arrasada con una concepción absolutamente nueva para la comunidad en general, que pretende establecer en forma neurológica el estatuto de la muerte.

Este nuevo estatuto de la muerte es obviamente perteneciente al ámbito de lo científico-técnico y responde al parecer, a una exigencia en el sentido de lo utilitario. La conceptualización vivida de la muerte, la tradicional muerte expresada románticamente por el último latido del corazón, depende ahora exclusivamente del discurso especializado de la biología. Incluso, los miembros de la Comunidad Científico Médica aún no se ponen de acuerdo en relación a las características definitorias del concepto de "muerte cerebral".

La segunda mitad de nuestro siglo asiste así por primera vez en la historia del hombre, al desplazamiento de un hecho tan trascendental como el de la muerte, hacia un ámbito prácticamente desconocido dentro de la cultura y tradición comunitaria. La muerte es encerrada de esta manera dentro de descripciones absolutamente crípticas para el "saber común".

No le ha bastado a esta sociedad basada en el imperativo de lo tecnológico cambiar el sentido de la muerte, desplazando su connotación natural a través de la existencia, sino que ha pretendido y al parecer logrado en la actualidad, la definición misma del morir "tecnificado".

Bibliografía

1. Baudouin J-L y Blondeau D. La ética ante la muerte y el derecho a morir. Barcelona: Editorial Herder, 1995.
2. Dubos R. Choisir d'être humain. Colección Méditations N° 147. Paris: Denoël/ Gonthier, 1974; 167.
3. Yourcenar M, citada por J. Testard en L'oeuf transparent. Paris: Flammarion, 1986; 162.
4. Morin E. L'homme et la mort. Paris: Seuil, 1970; 44.

Ética de los cuidados paliativos

Luis Cereceda

Este tema está circunscrito en un texto general de Bioética. Los temas generales serán tratados en extensión en otros capítulos, por tanto, nos concentraremos en las particularidades que tienen relación con esta especialidad.

Para proceder a hablar de ética en Cuidados Paliativos (CP), conviene precisar algunos conceptos generales, en primer lugar notarán que he usado el término "CP" y no el de "Medicina Paliativa", la explicación de esto es que por su misma amplitud el primer término acoge como disciplina al segundo, pero además implica un concepto más amplio que el que abarca la "Medicina", ello se ve reflejado en que aunque se trate en una gran parte del tratamiento con el paciente enfermo, sufriente, el enfrentamiento del problema, que se intenta llevar a cabo, debe ser holístico, lo que involucra equipos multidisciplinario.

En la realidad esto se refleja en que los equipos de CP son grupos multidisciplinarios (generalmente incluyen la ayuda de médicos, enfermeras, auxiliares, psicólogos, asistentes sociales, clérigos, etc.) y no infrecuentemente el principal apoyo de un paciente es alguien que ni siquiera es del área de la salud, pero que es capaz de aliviar o solucionar el principal problema del sufriente.

Esto se entenderá mejor si revisamos la definición de CP, para la Organización Mundial de la salud es "El cuidado total y activo de aquellos pacientes no susceptibles de tratamiento curativo. El control del dolor, de otros síntomas y de los problemas psicológicos, sociales y espirituales son de capital importancia. El objetivo de los CP es obtener la mejor calidad de vida para el paciente y su familia". Al examen la definición trata de un concepto amplio, aunque bien precisado. De esta misma definición se desprende que teniendo que ver con el fin de la vida, en su accionar siempre se prestará a conflictos éticos, será materia de agudas controversias y de puntos de vista cruzados por

visiones filosóficas y religiosas a veces dicotómicas y será también un campo de colaboración para clínicos prácticos y especialistas en bioética.

Otra clave para entender el problema ético de los CP, se obtiene a partir de la historia de los CP. Si miramos en la historia de la medicina, veremos que sólo hasta la segunda mitad del siglo XIX, con la aparición de la anestesia que posibilitó el desarrollo de la cirugía y a la década del treinta, en el siglo pasado, con la aparición de los antibióticos, la medicina tenía sólo limitadas perspectivas de "curar enfermedades", la mayor parte de la labor en ese entonces era aliviar síntomas y esperar que la naturaleza sanase a aquéllos que podía esperarse que sanaran. Al decir de Gómez-Sancho, al comenzar a tener éxito la medicina se olvidó de aliviar, al respecto podemos decir que el buen control de síntomas que es un mandato de la moderna medicina paliativa, era mucho mejor entendido por nuestros colegas de hace 150 años. Lejos de haber progresado, se puede examinar los conocidos resultados del estudio SUPPORT, de 1995, que involucró 9105 pacientes con pronósticos vitales breves, tratados en 5 centros universitarios de USA en los que sorprendentemente un 50% tenía dolor en la última semana de vida, y de los cuales un 38% pasaba al menos sus últimos 10 días en Unidades de Tratamiento Intensivo.

El viejo aforismo "Curar a veces. Aliviar frecuentemente. Confortar siempre", ha debido ser recordado recientemente, para poder entender el papel de los médicos, así como para poder recuperar el sentido de nuestra profesión e incluso parte de l prestigio perdido con lo que ha sido llamado la deshumanización de la medicina.

Los CP modernos, se vienen desarrollando desde el año 1967, con la creación del *St. Christopher's Hospice* en Londres, y nacen para el alivio de pacientes con cáncer. No obstante, la filosofía de los CP se ha extendido a otras áreas de la Medicina, donde se espera que ayude a iluminar los tratamientos de los pacientes.

En el enfoque práctico paliativo, aplicamos los principios cardinales de la ética médica, éstos son:

a. Autonomía.
b. Beneficio.
c. No-maleficencia.
d. Justicia.

Estos principios son aplicados sobre un fondo de:

- Respeto por la vida.
- Aceptación de la inevitabilidad de la muerte.

¿Cuáles son las particularidades en la aplicación de estos principios en CP?

a. Existen dos problemas principales, según mi experiencia, con respecto a la Autonomía en pacientes paliativos. El primero, particularmente en nuestro medio, es la falta de información y a menudo la desinformación que tienen muchos de nuestros pacientes, sobretodo con respecto al diagnóstico de cáncer. Afortunadamente cada vez es menos frecuente, pero existe, la opción de no revelar el diagnóstico al paciente, esto hace tremendamente dificultoso el manejo de síntomas en el curso de una enfermedad progresiva, genera conflictos con los tratantes, genera distanciamiento entre el paciente y su familia y le impide tomar decisiones en temas trascendentales en cuanto a su terapia y en cuanto a sus deseos para sus últimos días de vida.

   El segundo problema es que con frecuencia los pacientes están cognitivamente deteriorados y esto es más frecuente en la medida en que se acerca el período final de la vida, Bruera encontró que 13 de 67 pacientes elegibles para un estudio y aparentemente capaces, tenían un puntaje insuficiente en el Minimental, sin embargo, el porcentaje de pacientes deliriosos se empina sobre el 77% de los pacientes en su última semana de vida.

b. Con respecto al principio de Beneficio, el obstáculo pasa más bien por la precisión de lo que se espera como beneficio. Es frecuente que los pacientes, particularmente en cáncer, estén dispuestos a correr riesgos innecesarios, para poder tener la remota posibilidad de curación o de prolongación de la vida. Si bien en la oncología moderna, la evolución feroz del conocimiento, ha permitido ir avanzando lentamente, en gran parte de los casos las perspectivas de obtener éxito siguen siendo inciertas y limitadas. Eso en el caso de enfermedades bastante bien definidas en cuanto a pronóstico, como son las oncológicas. En el caso de enfermos terminales por patologías "benignas" (notablemente varias de las insuficiencias orgánicas), particularmente en aquellos añosos o aquejados de múltiples enfermedades simultáneas, la información pronóstica es bastante más escueta, y las perspectivas de tratamiento son también de una utilidad menos clara, de hecho muchos de estos pacientes son justamente los excluidos de los ensayos terapéuticos.

   En suma, la dificultad en este caso estriba en tratar de saber cuándo existirá un real beneficio de una terapia activa contra la enfermedad.

   El punto se extiende también cuando se trata de tratamiento sintomático, o de sostén. Es ya una controversia habitual la decisión de

hidratar artificialmente o no hacerlo, a un paciente terminal, el tema debe ser analizado precisamente desde el punto de vista de cada paciente y de sus potenciales riesgos y beneficios, como una decisión meditada y no como un acto reflejo (Dr.: El paciente no come... ¡póngale un suero!).

En menor grado, tendremos dificultades en el manejo de pacientes plurisintomáticos, si no tomamos en cuenta cuál es el principal problema que aqueja en particular a nuestro paciente (jerarquizar síntomas).

c. Con respecto al principio de no-maleficencia, tendremos algunas de las principales controversias. Es claro que en medicina toda acción implica un riesgo de efecto adverso. Muchas veces ese riesgo es conocido (ej. toxicidad de la quimioterapia, efectos depresores de los opioides, etc.).

La cuestión es no provocar daño innecesario, a nuestro paciente, sin embargo, en determinadas circunstancias debe escogerse entre determinada toxicidad y el beneficio de un tratamiento, un ejemplo habitual de esto en CP es el uso de opioides en pacientes sintomáticos, moribundos, con frecuencia el tratamiento del dolor insufrible o de una disnea angustiante será la adición de morfina, el riesgo potencial es la depresión respiratoria que puede precipitar la muerte. En estos casos se opta por elegir el beneficio del paciente (aliviar un síntoma horrendo), la decisión es avalada éticamente, sobre la base del "Principio del Doble Efecto", el efecto negativo está moralmente permitido si no ha sido nuestra intención el provocarlo. En el caso anterior, si se precipita la muerte (de un paciente incurable y agónico) por el efecto de la morfina, pero nuestra intención fue aliviar el dolor y la disnea, el acto no es moralmente reprobable, el primer aserto a esta afirmación es que, además, se haya hecho de manera competente, esto implica que uno ha utilizado una dosis adecuada, por la vía adecuada y no una dosis desproporcionada.

El Principio del Doble Efecto ha sido revisado muy claramente. Debe comprender al menos cuatro condiciones:

1. La naturaleza del acto debe ser buena o moralmente neutral independiente de las consecuencias.
2. La intención del operador es buscar sólo el buen efecto. El efecto dañino, aun siendo conocido, no debe ser deseado.
3. Se debe distinguir entre medios y fines. El resultado negativo no debe ser un medio para obtener el fin.

4. Los efectos negativos deben ser proporcionalmente compensados con los efectos positivos.

d. En cuanto al principio de justicia, es aún más difícil definir los particulares puntos de conflicto, pues con frecuencia son los mismos puntos de la medicina en general, esto es la distribución de recursos, la igualdad de accesos, la equidad en los tratamientos, etc. Se recuerda si, que si la autonomía y el beneficio son principios que tienen que ver con el bien individual, la justicia tiene que ver con el bien común y es considerada como el principio de mayor jerarquía por algunos pensadores.

En nuestro medio, parece ser la inequidad el problema más fácilmente identificable, partiendo además que la organización de equipos de CP ha sido reciente y sólo en algunos Servicios de Salud, esto sin contar las dificultades para obtener y entregar capacitación en el tema.

El objetivo de este capítulo es dar a conocer algunas particularidades de la ética en su aplicación en CP. Al trabajar en la práctica, la utilización del enfoque principalista, basado en los principios enumerados, resulta en una adecuada resolución de gran parte de los problemas. Sin embargo, existen otros problemas serios identificables, que será bueno enunciar, pues son desafíos actuales y vitales para el desarrollo de CP y para aclarar su importancia en la medicina de pacientes incurables.

Límites de la terapia en cáncer-futilidad

En la actualidad contamos con tres pilares para el manejo del cáncer: cirugía, radioterapia, quimioterapia. En general existen pocas dudas en la aplicación de estas terapias, cuando el objetivo es curar a un paciente y habitualmente se procede con abordajes multidisciplinarios (terapia combinada).

El caso es distinto si la enfermedad está más allá de la posibilidad de curación. En estos casos se mantiene el enfoque multidisciplinario, pero se buscan objetivos más limitados: Prolongar la sobrevida (ej. quimio u hormonoterapia en cáncer de mama metastásico), control de síntomas (ej. radioterapia en enfermedad ósea metastásica), mejorar la calidad de vida (ej. quimioterapia en cáncer de próstata y pulmón). En la evaluación de estos casos debe prestarse atención a los resultados de sobrevida confrontado con la toxicidad, el costo y especialmente con la calidad de vida. En algunos casos la determinación de calidad de vida es usada para dirimir sobre uso de una terapia cuando no hay una clara ventaja de sobrevida. En estos casos parece una medida objetiva de beneficio.

En la evaluación de la terapia a aplicar se analizan múltiples factores: tipo de tumor, sitio de metástasis, estado general del paciente (*performance status*), tratamientos previos, comorbilidad, ¿edad? Así mismo debe contestarse varias preguntas:

¿Cuándo iniciar terapia oncológica activa en pacientes paliativos?, ¿Cuándo suspenderla?, ¿Qué plantea el paciente?, ¿Está informado y qué es lo que entiende?

El problema crucial en estos casos es identificar cuándo el tratamiento es fútil. Sin embargo, existe consenso de que se trata de un concepto no bien definido, además, que requiere ser definido en relación a un patrón de referencia, es decir, se es fútil con respecto a algo (ej. prolongar la vida un día puede ser fútil en términos biológicos, pero no lo es en el caso de que requiera ver a un ser querido que llegará al día siguiente), además, el juicio de futilidad debe ser según la escala valórica del paciente.

Desgraciadamente no se ha llegado a una definición operacional del término.

Existen particularidades del cáncer en estos casos que hacen aún más difícil el análisis y, por tanto, no le han podido dar un sitio práctico.

En general los pacientes han conocido su diagnóstico y tienen noción del pronóstico. Muchos pacientes han pasado por períodos de mucha gravedad y se han recuperado, el período terminal puede ser visto como otro más. Muchos pacientes mantienen una esperanza (aunque sea falsa), lo que se debe manejar con extremo cuidado.

Investigación en cuidados paliativos

El progreso médico actual se asienta sobre la investigación básica y clínica rigurosa. El imperativo ético al respecto es lograr el máximo de conocimiento que permita tratar mejor a nuestros pacientes.

La medicina paliativa no escapa a este mandato. Por su naturaleza, la existencia de investigación básica es limitada. La investigación es predominantemente clínica y se rige de acuerdo a la "Declaración de Helsinki".

En este contexto ¿cuáles son los límites y problemas particulares de la investigación en CP?.

El primer problema es la definición del propósito u objetivo de la investigación. Habrá conflicto cuando los propósitos de los investigadores no se correspondan o sean antagónicos con los del paciente. En CP este conflicto es raro, pues con frecuencia se trata de medicación que aliviará algún síntoma. En la investigación de cáncer, los estudios Fase I van destinados a conocer

la dosis máxima utilizable de un medicamento, el interés de los pacientes es lograr algo de prolongación de sobrevida (esperan el medicamento milagroso). Esto tiene directa relación con la vulnerabilidad de estos pacientes, quienes son extremadamente dependientes del equipo tratante y son fácilmente influenciables por esperanzas vanas.

Otro problema es la "competencia", para enrolarse en un estudio, la exigencia es poder aceptar un consentimiento informado, sin embargo, ya comentamos la cantidad de fallos cognitivos que se encuentran en pacientes presuntamente aptos. Esto hace particularmente difícil la investigación de terapias en moribundos. Debe señalarse que a menudo, la falla cognitiva es cambiante con el tiempo. Otro factor significativo es la inestabilidad clínica de los pacientes, sobretodo en etapa terminal, donde existe multitud de síntomas simultáneos y cambiantes, esto significa que a menudo debe renegociarse el consentimiento informado y los objetivos de la investigación.

Otro motivo de conflicto son los objetivos personales que busca el paciente, que pueden significar expectativas irreales sobre la investigación.

Finalmente otro problema ético con la investigación es la frecuente exclusión de pacientes añosos o con mal *performance status*, grupo que incluye justamente algunos de los pacientes que más nos interesan.

Cuidados paliativos para pacientes no cancerosos

Para quienes tenemos conocimiento del tema, resulta claro que el enfoque paliativista beneficiaria a muchos pacientes aquejados de enfermedades crónicas, que en la actualidad no reciben un adecuado control de síntomas.

Es así como K. Wasson ha identificado la paradoja, válida para el Reino Unido, de que si Ud. quiere recibir un cuidado global con soporte psicológico, social y espiritual y buen control de síntomas, lo mejor será desarrollar un cáncer. El enfoque paliativo parece ser apropiado para ayudar a cualquier paciente muriente, independiente de la enfermedad crónica que haya generado esta situación.

Los argumentos al respecto son:

- El cáncer no es la única causa de dolor y síntomas, al respecto muchas otras enfermedades producen síntomas agobiantes.
- Los temas de cuidados globales a la persona (holísticos), y de la dignidad no son diferentes en cáncer que en otras enfermedades. No hay clara distinción entre las necesidades cínicas y psicosociales de pacientes de una u otra enfermedad.

- No es ético restringir los conocimientos de CP sólo a los pacientes de cáncer.
- Desde el punto de vista de la justicia, carece de rectitud dar alivio a un sufriente por cáncer y no a un sufriente por otra enfermedad, atenta contra la igualdad proporcionar sólo a algunos la atención por especialistas en CP, y no es equitativo manejar a pacientes con distinto estándar de cuidados.

Como se ha podido apreciar, los dilemas éticos en CP son en gran parte los mismos de la medicina en su generalidad, aunque hemos podido identificar lo que nos parecen las singularidades propias de esta disciplina. Hemos tratados de dar una visión práctica sobre este tema, que por lo demás está extensamente tratado en todos los textos de medicina paliativa, deliberadamente hemos omitido el tema de la eutanasia, que será tratado en otro capítulo de este libro. Esperamos haber contribuido a aclarar al lector, las raíces éticas de la especialidad y haber expuesto algunos de los problemas que aún esperan solución desde la visión de los especialistas en Bioética.

Vejez

Adela Herrera

El envejecimiento poblacional fue uno de los fenómenos de mayor impacto del siglo pasado y, seguramente será crucial en la construcción de la historia del siglo XXI.

La tendencia mundial a la disminución de la fecundidad y a la prolongación de la esperanza de vida ha dado al fenómeno del envejecimiento un relieve sin precedentes, constituyéndose la situación del adulto mayor (AM), en un tema relevante y emergente de la sociedad contemporánea.

El envejecimiento conlleva un deterioro fisiológico, que se acompaña con frecuencia de enfermedades y afecciones multisistémicas, de alteraciones psicológicas y de discapacidades. Por esto, se hace necesario la identificación de nuevas necesidades sociales y sanitarias específicas de este grupo de edad.

Pero la edad no es el único determinante de la salud del anciano, y no se puede identificar envejecimiento con enfermedad; una persona mayor, no es un enfermo.

El crecimiento demográfico acelerado plantea otros problemas añadidos, como son: mayor dependencia y fragilidad, más soledad y menos redes sociales, menor poder adquisitivo, condiciones de vivienda deficientes, etc., en resumen, aumento de las situaciones carenciales y, en consecuencia, incremento de los estados de necesidad que se traducen en demanda de servicios sociosanitarios bastantes especializados.

Además, el progresivo envejecimiento de la población, unido al rápido proceso de urbanización y a una mayor incorporación de la mujer al mercado de trabajo, condiciona que el soporte familiar y social de las personas mayores se haga más difícil y las expectativas de apoyo recaigan sobre los servicios públicos sanitarios y sociales.

Por otra parte, el afianzamiento de la independencia intergeneracional, junto con el aumento de personas muy mayores, ha originado la existencia de

un importante número de hogares unipersonales entre éstos. Esta llamada "intimidad a distancia" y los modos de vida independiente constituyen un indicador de competencia y autonomía de este grupo etáreo y además, responde a sus deseos, pero, el hecho de vivir solo, conforme avanza la edad, supone un aumento de las necesidades de cuidados médicos, personales, domésticos, sociales y de vigilancia y, en consecuencia, supone un elemento de riesgo importante, productor de institucionalización ineludible, y el género femenino, una vez más, es mayoritario en esta situación.

Estas necesidades, cubiertas hasta el momento por la familia en primer lugar y por el "apoyo informal", entrarán en crisis en el futuro, puesto que el "potencial cuidador femenino" (número de mujeres entre 45 y 69 años en relación a la población mayor de 70 años), está en franca regresión debido al mayor envejecimiento de éstas.

Por lo tanto, en una sociedad que cada vez se hace más anciana cobra una importancia antes desconocida el tema del cuidado de los mayores.

Norman Daniel, filósofo y bioeticista norteamericano, publicó en 1988 un libro titulado *¿Pero soy yo el guardián de mis padres? Ensayo sobre la justicia entre los jóvenes y los viejos*. Sobre este tema surgen muchas interrogantes: ¿Hasta dónde llegan las obligaciones de los hijos para con los padres? ¿Son absolutas? ¿Tienen límites? Y si los tienen, ¿Cuáles son y dónde están?

Para estas interrogantes han surgido múltiples respuestas a través de la historia:

- Una primera respuesta sería que las obligaciones de los hijos para con los padres son similares a las que éstos tuvieron con aquéllos durante su infancia. Los padres atienden a los hijos en los primeros años de vida, y los hijos a los padres en la fase final de su existencia.
- Santo Tomás de Aquino (Ex 20,12) deduce que los padres deben a los hijos fundamentalmente la provisión material, en tanto que los hijos deben a los padres sobre todo honor espiritual: "Honra a tu padre y a tu madre, para que se prolonguen tus días sobre la tierra que Yahvé, tu Dios, te va a dar".
- A los mayores se les debe más respeto que ayuda material. Lo cual no quiere decir que no se tengan con ellos unos ciertos deberes materiales.
- Es el propio Aristóteles el que dice que "con el sustento debemos ayudar sobre todo a nuestros padres, puesto que a ellos se lo debemos, y es más noble atender en esto a los que nos han dado el ser que atender a nuestro propio sustento".

- El Código Civil chileno, en sus artículos 968 N° 3 y 1.208 N° 2, dice que el socorro de los padres es responsabilidad de los hijos y dicta sanciones civiles y desheredamiento en caso contrario. Pero, el Código Civil no dice nada a propósito de la honra espiritual de los mayores, sin duda porque se supone que ésta debe quedar al arbitrio y sentir de cada persona.

Por siglos se han distinguido dos tipos de deberes, los *perfectos o de justicia* y los *imperfectos o de beneficencia*. En el cuidado de los mayores intervienen estos dos tipos de deberes, pero diferenciadamente. De ahí que el problema esté en saber qué parte de ese cuidado debe considerarse obligación perfecta o de justicia y qué otra obligación imperfecta o de beneficencia.

El deber de ayudar a los mayores que se encuentran en situación de necesidad es, sin duda, una obligación de justicia que se debe exigir coactivamente. Es por esto que nuestras sociedades han decidido socializarlos, estableciendo un sistema de pensiones de jubilación y de vejez que evite el que las personas de edad se encuentren en situaciones de indigencia. Y ello porque en el estado de bienestar la organización de la familia es tal que el cuidado de los mayores y ancianos les resulta prácticamente imposible. No puede responsabilizarse a las familias, ya muy presionadas, del cuidado de los ancianos, con el argumento de que se trata de deberes morales primarios que los individuos y las familias deben asumir so peligro de caer en la más completa indignidad moral.

Parece obvio que cuanto más difícil es para la familia cumplir con este tipo de deberes, más obligaciones subsidiarias tienen la sociedad y el Estado.

Tal vez, deberíamos partir invirtiendo el procedimiento, y para esto sería bueno que la sociedad ampliara los sistemas de indicadores en una dirección complementaria, el propio discurso de los y las mayores: Qué entienden ellos por envejecimiento, por justicia, por felicidad, por deberes, por salud, por solidaridad, por equidad, por muerte digna, etc. Recoger y suscitar los detalles con que nombran lo que hacen y padecen en estos escenarios, quizás nos abra más y nos enseñe acerca del otro lado del estigma. Si un grupo social se define en su *praxis*, y desde ésta se gestionan, experimentan y arrojan los estereotipos y estigmas, entonces, convendría atender a la *praxis* real de los ancianos. Porque ésta recorre, aunque no agotada por ellos, los perfiles contables del consumo (desde las ofertas sectorizadas de vacaciones, a las dietas y las asistencias domiciliarias), las posiciones ideológicas y políticas, y las estrategias de relación, resistencia y cooperación que las y los viejos construyen a diario, para vivir o sobrevivir y no son objeto de consideración que dinamice nuestro análisis de nuestra relación con ellos.

La vejez a través de la historia

Las actitudes ante el anciano están socialmente condicionadas, y sólo son comprensibles dentro de la propia estructura social. La estimación social del anciano ha ido cambiando a lo largo de la historia: ha decrecido con el tiempo, siendo inmensa en las culturas primitivas y ha ido perdiendo puestos con la modernización de la sociedad. En la cultura occidental se evidencia un desplazamiento de la estimación social hacia la juventud.

En las *culturas primitivas* el viejo era el sujeto de *más autoridad*. Los antropólogos e historiadores han descrito el poder de los viejos en las distintas culturas primitivas y como se quitaban o los quitaban de en medio cuando ya no podían ejercer ese papel. El viejo constituía la máxima autoridad política, social y cultural, lo cual era lógico en las culturas ágrafas, ya que el anciano era la memoria de la comunidad, depositario de la tradición y, por lo tanto, de la identidad del pueblo. Pero, cuando la memoria les fallaba dejaban de ocupar ese importante papel en la sociedad.

Lo mismo ocurrió en las culturas primitivas literarias, donde el anciano siguió siendo importante. Los textos bíblicos resaltan la importancia del anciano en la cultura de Israel; en el libro del Levítico se lee: "delante de las canas te levantarás y honrarás el rostro del anciano". "En los ancianos está el saber".

En la *cultura clásica* el viejo es visto como enfermo. En Grecia, en los orígenes de la cultura occidental, se da un claro desplazamiento del acmé de la vida desde la vejez a la madurez. El viejo no interesa mucho por que se le considera un sujeto enfermo. El "naturalismo griego" da una correspondencia entre salud, bondad y belleza, por lo tanto, el sujeto enfermo es malo y feo. Pues bien, a la vejez le sucede esto. Platón tiene un texto tremendo en que dice que "la enfermedad es una vejez prematura y la vejez es una enfermedad permanente".

El cristianismo aceptó la perspectiva griega: Jesús de Nazaret inicia su vida pública a los treinta años y muere antes de que se iniciara su vejez. Así se explica también las referencias a la juventud que hay en los escritos neotestamentarios. La juventud es un don divino.

En el *mundo moderno* el viejo es sinónimo de *jubilado*. La sociedad moderna aparece con la burocratización del Estado, o aparición del Estado democrático. El Estado antiguo se identificaba con unos individuos, los reyes, y unas familias, las de la nobleza. Por el contrario, el Estado moderno, el surgido tras las revoluciones liberales, es muy impersonal. En el mundo moderno el Estado se impersonaliza y burocratiza.

Como consecuencia de la burocratización aparece un funcionario progresivamente más importante: el funcionario público que tiene ahora el poder de los nobles. Es en este medio burocrático y funcionarial en el que surgen dos importantes fenómenos: la jubilación y las pensiones de jubilación.

Como escribió Simone de Beauvoir: "La pensión se concibió primero como una recompensa. Se recompensaba en profesiones peligrosas y por un largo período de leales servicios. La atribución se hizo organizada y habitual, con dos condiciones: largos años de trabajo y una edad determinada. Esa costumbre transformada y burocratizada, dará como resultado la jubilación y las pensiones. Estos Estados burocráticos jubilan a sus funcionarios y les compensan económicamente por quedar en una condición muy precaria si se compara con la que tenían los ancianos en sociedades previas. En la sociedad antigua, compuesta esencialmente de campesinos y artesanos, había una exacta coincidencia entre la profesión y la existencia", cosa que no sucede ya en la sociedad moderna. La jubilación no se daba en las sociedades agrícolas o primarias, pero si se da en las sociedades industriales o secundarias, lo mismo que en las sociedades de servicio o terciarias.

¿Corresponde esto a una humanización de la sociedad?

Nuestra sociedad es la sociedad de consumo (economía neocapitalista), y nuestro Estado, el Estado de bienestar. Sólo cuando el Estado asegura las contingencias negativas de la vida (enfermedad o vejez), puede dinamizarse el consumo de una sociedad. Si las personas necesitan ahorrar para cubrir las contingencias negativas (y muchas veces sus necesidades más elementales), el consumo se retrae obligatoriamente. De ahí la finalidad económica de los seguros sociales. Los ancianos no pueden ser productores (razón de ser de la jubilación), pero sí pueden y deben ser consumidores. El jubilado no es un productor pero sí debe ser un consumidor: éste es el modo como nuestra sociedad enfoca el tema de la ancianidad; enfoque que va a cambiar en la medida que este grupo etáreo vaya siendo considerado como grupo potencialmente consumista para determinadas industrias, por ejemplo el turismo.

Bioética, sociedad y envejecimiento

La preocupación de la sociedad chilena por los derechos de las personas mayores ha sido escasa, más aún, si nos referimos a los deberes éticos para con nuestros pacientes adultos mayores. El desarrollo de la investigación no ha tenido un crecimiento paralelo con sus requisitos éticos y en el campo de los problemas morales, la medicina ha estado clásicamente dominada por la

deontología médica, fuertemente influenciada por la moral católica y por la ética hipocrática. En esta tradición, el paternalismo ha sido la nota predominante, sobretodo, en las decisiones que atañen a nuestros mayores y sólo en los últimos años parece abrirse tímidamente a consideraciones más plurales y a posiciones un poco más autonomistas.

Conceptos previos

Envejecimiento (Binet y Bourliere). "Serie de transformaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas y funcionales que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos". Es un proceso fisiológico que acompaña a los seres vivos desde el momento de su nacimiento y que presenta características especiales: es un proceso *universal* (alcanza a todos los individuos sin excepción); *intrínseco* (genéticamente programado); *progresivo* (comenzando prácticamente desde el nacimiento); y deletéreo (ya que inevitablemente termina con la muerte).

Vejez. Cuando se habla de vejez siempre se entra en el tema de las edades. Las edades del hombre no son sólo una idea de la edad cronológica, sino que hay otras edades que a lo mejor son más importantes que esa edad cronológica.

La *edad cronológica* es la que corresponde a un individuo en función del tiempo transcurrido desde su nacimiento y medido por los parámetros establecidos. Es un criterio administrativo que, además, no siempre se correlaciona con la apariencia externa del individuo. Hoy, el comienzo de la vejez se hace coincidir con un parámetro social, el inicio de la jubilación (65 años en nuestro país).

La *edad biológica* es la que corresponde a un individuo en función del estado real de sus órganos y sistemas.

La *edad funcional* es un concepto un poco más evolucionado; intenta medir la capacidad del individuo para desenvolverse en el medio social comunitario. En su determinación se utilizan una serie de escalas relacionadas con la capacidad de desarrollar las diferentes actividades de la vida diaria (Índice de Katz, de Barthel, Escala de la Cruz Roja, etc.).

La palabra anciano proviene del latín medieval "*antianus*", a su vez derivado de "*antea*", es decir, "perteneciente a una edad anterior".

Pero hoy día, la posesión de la sabiduría y de la experiencia de los años no parece salvar a los ancianos de la marginación cultural, social y familiar que les ha transformado en "pertenecientes a una edad superada".

En el plano individual, envejecer significa aumentar el número de años vividos; obviamente, paralelo a la evolución cronológica, coexisten fenómenos de naturaleza biopsíquica (niñez, juventud, madurez y senectud) y social, importantes para la percepción de la edad y del envejecimiento.

Pero, el anciano no es solamente un adulto mayor. La vejez se caracteriza por ser la única edad que no introduce a otro ciclo de la vida. Además, por ser el momento más dramático de la existencia, fundamentalmente por ser el período de cambios, pérdidas y temores de todo tipo que se producen en esta etapa de la existencia.

En la génesis de los *cambios* inciden factores muy interrelacionados entre sí:

- La consecuencia de los cambios fisiológicos propiamente tales.
- Los cambios producidos por las distintas enfermedades e intervenciones quirúrgicas que han ocurrido en la vida del anciano.
- Los cambios derivados de la influencia de los factores ambientales, que muchas veces constituyen por sí mismos, factores de riesgo.

A lo anterior se suma que la vejez es un período de "pérdidas" y "temores":

Pérdidas cruciales de todo tipo:

- Del papel productivo.
- De la pareja, del cónyuge, de los hijos, de los amigos.
- Disminución de la eficiencia física y cognitiva.
- Disminución de la independencia psicológica.
- Del rol social, etcétera.

Temores: A la soledad, al abandono, al aislamiento, la incomprensión, la discapacidad, la falta de recursos económicos, a la muerte, etcétera.

Además y debido a todo esto, experimentan sentimientos contradictorios frente a muchos temas que les conciernen, surgiendo así muchas interrogantes. En la mayoría de los debates sobre el tema del envejecimiento la interrogante más constante es: ¿Se prolongará una vejez desagradable o se conseguirá una buena calidad de vida durante más tiempo?

La cuestión aún no está resuelta, pero no cabe duda que entre los aspectos más importantes –y más descuidados– de la sociedad está el tema del envejecimiento. Lamentablemente, aún falta una conciencia social y médico-psicológica y un razonamiento ético elaborado sobre este tema específico.

La vejez, por otra parte, puede ser vista como un conjunto de limitaciones desde los puntos de vista biológico (fragilidad e invalidez), psicológico (reducción de las habilidades mentales) y de comportamiento (asociado a aislamiento). El uso de estos criterios para definir a un individuo como anciano resulta operacionalmente inviable, lo que deja como alternativa la variable edad. Ésta, a pesar de mostrarse como un operador burdo e impreciso, es de gran utilidad para marcar las fases de la vida, teniendo en cuenta la necesidad de una definición operacional simple para entender el fenómeno del envejecimiento de manera agregada.

La capacidad de hacer frente a problemas éticos ha sido parte integral de la medicina geriátrica. Difícilmente pasa un día en la práctica clínica de muchos geriatras sin que se topen con algún problema que obligue a una profunda reflexión ética. Tal es la importancia de este tema que actualmente se considera a la ética como componente necesario para la acreditación de asociaciones geriátricas.

Aunque los problemas éticos en geriatría no difieren considerablemente de los que se observan en otras especialidades, es en ésta donde es más probable que haya prejuicios y dudas acerca de la competencia (capacidad) del paciente, su calidad de vida y los costos sociales.

Los problemas éticos que enfrenta el clínico en su práctica cotidiana se derivan de casos reales. Por lo tanto, el razonamiento ético en torno al mundo de las personas mayores se puede hacer desde diferentes enfoques.

I. Un primer enfoque sería el clásico que hace diferencia entre ética de la persona, ética política y ética social. Este enfoque está fundamentado en sus apreciaciones en la filosofía moral; tiene la dificultad que no nos ayuda a la toma de decisiones en la práctica clínica porque muchas veces la visión es más filosófica y antropológica que pragmática. En esta reflexión ética se debe considerar:

- Desde la *ética de la persona*: El análisis reflexivo estaría centrado en el sentido que le da a la vida la persona mayor, su concepto de vivencia y de salud ante los procesos de deterioro y la pérdida de identidad que suele conllevar, la visión de la muerte como único hecho seguro, inexorable y cercano, su vivencia de temporalidad, de historia, de memoria, etcétera.
- Desde la *ética política* el enfoque estaría orientado en torno al modelo de institución familiar, de reparto presupuestario, de distribución de recursos, etcétera.

- Desde la *ética social* se analizaría lo relativo con las redes de apoyo social, la participación social de la persona mayor, la tendencia a la institucionalización.

II. Un segundo enfoque sería el temático: Es un planteamiento muy frecuentemente usado por los profesionales que toman las decisiones clínicas; está basado en la práctica y experimentación clínica pero es excesivamente procedimentalista para justificar sus decisiones ya que, frecuentemente carecen de la sustentación de un marco teórico que fundamente los criterios. Explicitar el marco teórico es necesario para tomar una decisión moral y no caer en un planteamiento demasiado unilateral, el de los profesionales. Algunos ejemplos serían: el ingreso o no en las unidades de cuidado intensivo, la nutrición e hidratación, el uso de antibióticos en pacientes muy demenciados, la directrices previas, el testamento vital, el consentimiento informado, las restricciones físicas, los sondajes nasogástricos, la discriminación en el acceso a los recursos, el abuso y maltrato, el ingreso a residencias, los cuidados del anciano incontinente, del portador de escaras, la sobreutilización de fármacos, los cuidados en las fases terminales de una enfermedad, etcétera.

III. El tercer enfoque, elaborado fundamentalmente por el profesor Diego Gracia, está relacionado con la *fundamentación y principios de la bioética*. Para reflexionar y tomar decisiones es muy importante la combinación de los enfoques deontológicos (principialistas) con los teleológicos (consecuencialistas), ya que permite personalizar la decisión sin caer en el protocolo o en la dictadura de los principios y, además, no guiarnos por el subjetivismo. Las situaciones problemáticas que afectan a las personas mayores requieren de un razonamiento ético racional (no creencial), civil (no religioso), autónomo (no heterónomo), dialógico e interdisciplinar.

El mundo del anciano enfermo plantea problemas éticos derivados de casos reales que los clínicos deben enfrentar en su práctica cotidiana, problemas que muchas veces afectan al respeto o a la transgresión de todos y/o cada uno de los principios de la bioética: no-maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia.

Puesto que la fundamentación y los métodos basados en principios y consecuencias ya fueron analizados, voy a referirme sólo a las peculiaridades añadidas de la ética propias del mundo de las personas mayores, a través de distintos problemas que afectan o transgreden a cada uno de los principios ya mencionados.

Principio de no-maleficencia

"Todos somos iguales y merecemos igual consideración y respeto al orden de la vida biológica". No se puede hacer el bien a otro en contra de su voluntad, aunque sí estamos obligados a no hacerle mal (no-maleficencia).

Paradigma: Abusos y malos tratos en personas mayores. Las primeras publicaciones acerca de abusos en los ancianos aparecieron en la literatura médica hace unos veinte años.

La primera dificultad que surge en todos los estudios del tema es intentar establecer una definición adecuada. En algunos trabajos se hace diferencia entre abuso y negligencia. Para algunos la diferencia estaría en que se trate de una acción u omisión y para otros en que el abuso tendría intencionalidad y por tanto la responsabilidad consiguiente.

En un intento de consenso, en 1985, el Congreso de los EE.UU. define como *Abuso* al deseo de infligir daño, confinamiento injustificado o castigo cruel que dé origen a daño físico, dolor o angustia mental. Además, deseo por parte del cuidador de privar a los ancianos de los alimentos o servicios que les resulten necesarios para evitar el daño físico, la angustia o el daño mental.

Negligencia es la deficiencia por parte del cuidador para proporcionar los alimentos o servicios que son necesarios en orden a evitar daño físico, angustia o daño mental.

En la misma línea, en 1987, la Asociación Médica Americana definió el abuso como "todo aquel acto u omisión contra la salud o el bienestar de una persona anciana que lleva como resultado un daño o amenaza de daño", independiente de la intencionalidad.

En España, la Declaración de Almería sobre el Maltrato al Anciano, define como maltrato "todo acto u omisión, sufrido por personas de 65 años o más, bien en el medio familiar, en la comunidad o en Instituciones que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, sexual o económica, incluidos el principio de autonomía y demás derechos fundamentales, constatable objetivamente o percibido subjetivamente".

Se trata de una definición muy amplia que incluye las categorías esenciales que perfilan el tipo de abuso: maltrato físico, psíquico, sexual y económico. Con frecuencia estas formas de abuso se superponen en una misma persona y presentan algunas dificultades, tanto en la identificación del maltrato, como en su graduación, más aún, si reconocemos que los profesionales no suelen tener educada la sensibilidad ante estos hechos y sólo se alarman cuando éstos son muy evidentes (por ej. contusiones) o las consecuencias son

muy graves. Se requiere de un alto índice de sospecha y de búsqueda y de un diagnóstico diferencial muy exhaustivo.

En relación al problema de la graduación del maltrato y a su valoración moral, todos concuerdan que golpear a un anciano es un maltrato físico evidente que requiere sanción moral e incluso penal, pero no existe acuerdo cuando el hecho a valorar es que a un anciano incapacitado en su domicilio no se le provea una higiene o vestimenta apropiada. Esto sería maltrato físico en su forma de negligencia, pero no reviste la misma calificación moral.

Tipos de abuso en el anciano:

Abusos físicos. Incluyen todos los actos que ocasionan dolor o daño físico. Los actos violentos más comunes contra las personas ancianas son: pegar, golpear, agredir con objetos, etc., con consecuencias muy variables, desde abrasiones, contusiones, hematomas y ocasionalmente fracturas, quemaduras u otras heridas, llegando, a veces, incluso a la muerte del agredido. Los abusos sexuales constituyen una variante de este tipo abusos, los cuales resultan mucho más habituales de lo que podría pensarse.

Negligencia física. Se trata quizás del tipo de abuso más frecuente en las personas ancianas, con el agravante de que habitualmente el propio cuidador no es consciente de estar actuando en forma negligente. En base a esto último se califica como intencional o no intencional. Como ejemplo de este tipo de negligencia se destaca: deshidratación, malnutrición, higiene inadecuada, vestimenta inapropiada, administración incorrecta de medicamentos, falta de cuidados médicos, etcétera.

Abusos psicológicos. Son ejemplos de abusos psicológicos las siguientes formas de agresión: las verbales (gritos, insultos, amenazas), los "silencios ofensivos", el aislamiento social provocado, las humillaciones, la infantilización de las personas ancianas y las amenazas de abandono o de institucionalización. Una variante de esto último sería la violación de los derechos civiles (por ejemplo, el de la intimidad, o el forzar el ingreso en una residencia).

Abusos económicos. Aquí se incluyen los robos directos, el mal uso o abuso del dinero en base a la confianza recibida, ocultar los bienes materiales, la privación del anciano de sus bienes propios para aplicarles una finalidad adecuada, etcétera.

También el maltrato puede producirse en instituciones, las que provocan abusos claros y manifiestos contra los ancianos. Son malos tratos *institucionalizados* que se producen en forma generalizada, normalmente por

el afán de lucro de los propietarios, que no aportan los recursos necesarios para una asistencia digna. Se han descrito indicadores de riesgo en el anciano enfermo institucionalizado, como son el empeoramiento de la dependencia física y el mayor aislamiento social provocado por un menor número de visitas y de "control externo".

Existen muchas razones que explican la escasez de estudios fiables en este terreno, en primer lugar, por falta de un criterio uniforme a la hora de definir *abuso*; en segundo lugar cabe destacar el hecho de que en muchas ocasiones el anciano no se queja o no se atreve a denunciar el problema por diversas razones fácilmente comprensibles (reserva, negación, temor a las amenazas –agresión, "silencios"– y sentimientos de culpabilidad asociados ya que muchas veces el responsable de los malos tratos es el propio hijo/a), lo que distorsiona los datos de prevalencia o incidencia.

Un estudio en EE.UU. reveló que el 3,2% de los ancianos había sido víctima de abusos físicos, agresiones verbales y/o abandono después de los 65 años. El abuso físico fue el más prevalente (2,2%), seguido de agresión verbal (1,1%) y la negligencia (0,4%). Los abusos dentro del matrimonio eran dos veces más prevalentes que los abusos perpetrados por los hijos.

El maltrato supone poner en peligro algo tan básico y fundamental como la integridad física y/o emocional del anciano, provocarle un daño, en suma, actuar maleficientemente, ya que no se le trata con igual consideración y respeto en el orden físico, emocional y moral, puesto que el principio de no-maleficencia tiene un alto grado de exigibilidad moral, de ahí la importancia de intervenir en estos casos. En ocasiones la no intencionalidad, ya sea debida al desconocimiento, la habituación o el agotamiento de los cuidadores es un atenuante que no siempre exime de responsabilidad, pero que obliga a buscar una solución, una vez detectada la situación de maltrato. La búsqueda de esta solución, idealmente, deberá encontrarse en el terreno de la información y asesoramiento, y si es preciso, requerir la intervención judicial cuando se debe proteger a este anciano frágil, tan vulnerable, sobre todo cuando existe el antecedente de eventos anteriores.

Prevención y soluciones. Se distinguen tres niveles de prevención de abusos y malos tratos en el anciano:

La *prevención primaria* debe asumir que todo anciano tiene riesgo de presentar este problema e intentar proporcionar ayuda a todos los individuos comprometidos en el cuidado de los ancianos, así como a todos los ancianos, dependan o no de sus cuidadores.

La *prevención secundaria* implica la identificación de los factores de riesgo de malos tratos al anciano y la realización de programas de prevención para

localizar a individuos y familias de alto riesgo. La única forma de prevenir los malos tratos es actuando sobre los factores de riesgo de abuso y/o negligencia al anciano. Para esto es necesario que el médico conozca estos factores de riesgo y actúe eficazmente contra ellos a través de la atención multidisciplinar.

La *prevención terciaria* es en este momento, desgraciadamente por necesidad, la forma de actuación más frecuente. Intenta prevenir nuevos eventos incluso a través de la intervención legal.

La meta de toda actuación cuando se han producido malos tratos va a ser conseguir minimizar los daños y obtener el máximo beneficio para el anciano. Pero, toda intervención requiere el consentimiento del paciente. Si no acepta la ayuda, debe valorarse si tiene capacidad de juicio para rehusar dicha intervención, ya que mantener la autonomía e independencia del anciano es una de las principales metas de la geriatría. De no ser posible conseguir esto se debe pensar en institucionalizar al anciano asumiendo la disminución de la calidad de vida que ello conlleva.

La colaboración del médico con los servicios sociales es necesaria para que la intervención sea eficaz y la justicia actuará en aquellos casos que sea necesario.

Las principales actividades se deben basar en aumentar el nivel de concienciación entre los profesionales y el público en general, información y asesoramiento. Para esto se hace necesario la utilización de una misma terminología, asignación de fondos a la investigación de los factores de riesgo, la difusión de material didáctico con fines preventivos y la revisión de la legislación vigente. Cabe destacar la importancia de la coordinación entre los servicios de salud, bienestar social y justicia.

Principio de justicia

"Tratar a todos por igual".

Paradigma: "Criterios para la utilización de recursos y finalizar tratamientos".

El sentido primario y elemental del término justicia es el de corrección o adecuación de algo con su modelo. Justo significa "ajustado", lo que se ajusta al modelo. Así, un acto será justo cuando resulte acorde con la ley, y de ésta que es justa si es expresión de los principios morales. Injusto es, por el contrario, lo no ajustado al principio general, a la norma, al criterio.

El principio general de justicia fue definido por los jurisconsultos romanos como "dar a cada uno lo suyo". El problema está en detallar qué significa eso. La cultura occidental le ha dado distintas interpretaciones, a veces

opuestas entre sí, que han interpretado la justicia como "proporcionalidad natural", como "libertad contractual", como "igualdad social" y como "bienestar colectivo". Cada una de éstas a tenido distinta incidencia en el mundo de la salud.

Cuando se discrimina a los hombres en su vida social, no tratándoles con igual consideración y respeto, decimos que se comete una injusticia, y cuando la discriminación o el daño se realiza en el orden de la vida biológica, y no en el de la social, decimos que se transgrede el principio de no-maleficencia. Tal es la razón de ser del derecho penal, en el caso del principio de no-maleficencia, y del derecho civil y político, en el de justicia. Por lo tanto, estos dos principios obligan con independencia de la voluntad de las personas.

En suma, por el principio de justicia se pretende tratar a las personas con igual consideración y respeto en el orden social y a no discriminarlas por ningún motivo, estableciendo la igualdad de oportunidades. Esto supone una distribución y accesibilidad de los recursos racional y equitativa que no discrimine por motivos sociales.

Los recursos no son escasos pero sí limitados, por lo tanto los límites en su distribución son justificables, encontrándose con el eterno problema de los criterios a utilizar.

Las personas mayores suelen tener miedo a dos extremos: el abandono y el sobretratamiento. En las sociedades occidentales con un gran avance y disponibilidad tecnológica y con gran incremento del gasto sanitario se suele llegar al criterio de "por qué no usar este procedimiento, si lo tenemos", conduciendo generalmente al sobretratamiento. Se trata del principio de que "el recurso crea la necesidad", cuando no todo lo técnicamente posible es éticamente justificable.

Algunos autores como Daniel Callahan se han referido a la edad como criterio de distribución de recursos y finalización de tratamientos por lo cual se les ha tildado de "ageístas", o personas que discriminan en función de la edad.

Sin embargo, Callahan no habla de la edad como criterio médico o técnico para establecer el pronóstico. Él dice que no se puede equiparar la edad a otros parámetros médicos como el peso o la presión sanguínea. Lo que Callahan plantea es la edad como *criterio biográfico*, criterio centrado en el paciente, dando relevancia a la historia y a la biografía. Es la edad relacionada con el tiempo (menos futuro pero más historia), con la autoconciencia (diferente pensamiento sobre la vida y sus proyectos), con la relación intergeneracional. Para él, la edad (*age*) como estándar sería más adecuado que la simple necesidad médica (*medical need*).

Callahan opta por lo que él llama "muerte tolerable" –definición biográfica–, a partir de una "extensión natural de la vida" (*natural life span*), que en su aplicación ha de comportar las siguientes condiciones:

a. Los proyectos y posibilidades de uno han sido, en líneas generales, conseguidos.
b. Haber cumplido con las obligaciones morales hacia quienes tiene responsabilidad (hijos, viuda, etc.).
c. Que no suponga a otros una ofensa al sentido o a la sensibilidad, ni provoque en otros desesperación y rabia (visto en forma retrospectiva, no al poco tiempo de ocurrir la muerte).
d. Muerte no marcada por un dolor insoportable y degradante.

Callahan es consciente de que, en el fondo, está replanteando los propios fines de la medicina, que está al servicio del hombre y afirma que para él el fin no es la prolongación de la vida biológica como tal, sino el logro de una vida natural y plena, lo que implica:

- Prevenir una muerte prematura (la que se produce sin haber vivido una vida plena).
- Aliviar el sufrimiento.

Para lograr esto se necesitan criterios correctores que prevengan y minimicen los abusos, para así poder seguir luchando contra el imperativo tecnológico y la mala e injusta utilización de los recursos. Se propone aportar una seguridad equitativa a sectores como las mujeres, los pobres y las minorías, así como priorizar los cuidados de enfermería, los recursos como residencias de ancianos y la prevención de enfermedades.

Además, Callahan plantea el tema de la solidaridad intergeneracional, afirmando que los jóvenes deben estar preparados para mirar a las personas mayores como modelos, pero también éstas deben tener voluntad para verse a sí mismos como servidores de futuras generaciones.

¿Qué objeción cabría plantear a Callahan? Que la autoexclusión pueda estar muy mediatizada por la presión social, que la invitación a que una persona mayor con vida significativa decida autónomamente prescindir de recursos de soporte vital o de alta tecnología no necesarios, pueda llevar a una "pendiente resbaladiza" en la que, lo que en principio es una "invitación", acabe convirtiéndose en un imperativo social.

Para algunos, la persona mayor ya ha cumplido previa y básicamente con sus deberes como ciudadano y ahora es el momento de disfrutar de sus

derechos. Para otros, la autolimitación forma parte de las obligaciones morales del anciano, sobre todo cuando utilizamos una sanidad pública, unos recursos que pagamos entre todos y que los bienes son limitados. Por otra parte, la solidaridad, incluida la solidaridad intergeneracional, es un bien moral importante a defender y promover.

La valoración moral de la justicia no puede olvidar como principios básicos, que, en primer lugar, la persona mayor es eso, *persona* y por tanto merece igual consideración y respeto que otra persona más joven y, en segundo lugar, que la vida es un derecho y un valor igual para todos los seres humanos con independencia de su edad. A partir de esto se tendrán que valorar las consecuencias que, para el individuo concreto y para toda la sociedad, puedan tener las decisiones clínicas y político-económicas. Guiándonos exclusivamente desde los principios, también se puede ser injusto.

Lo más frecuente en ética no es la complementariedad sino la "conflictividad", los conflictos de principios y consecuencias, y de principios entre sí. Tal es el ejemplo clásico de la mentira piadosa: se miente por piedad para evitar consecuencias desastrosas. Aquí hay un conflicto entre un principio (el deber de veracidad) y sus consecuencias (el daño a una persona). Los que entran en conflicto son dos principios, el de veracidad y el de no-maleficencia, y las consecuencias las utilizamos sólo como criterio de jerarquía, y por tanto, de resolución del conflicto. Por lo general, para obtener un orden jerárquico correcto es preciso tener en cuenta las razones llamadas teleológicas, es decir, las consecuencias de los distintos actos posibles. Éste es el lugar preciso de la teoría de la justicia, la jerarquización de los principios deontológicos (por ej. todos y cada uno de los derechos humanos, tanto los civiles y políticos como los económicos, sociales y culturales), lo que permite la resolución de los conflictos entre principios y la conversión de los deberes de *prima facie* o primarios en deberes reales y efectivos.

Es probable que el principal problema de justicia sanitaria que tienen nuestros países sea la inadecuación de la práctica real con los principios teóricos ante expuestos. Las políticas sanitarias se diseñan las más de las veces con criterios casi exclusivamente utilitaristas, atendiendo muy poco a los principios de equidad. Es decir, entre principios y consecuencias, las segundas son poco atendidas en la teoría y los primeros continúan subestimados en la práctica. Dicho de otra manera, en los temas relacionados con la justicia distributiva sanitaria, la ética parece haber ignorado a la economía y la política, y éstas, por su parte, han decidido ignorar aquélla, o por lo menos suplantarla. Y esto es ya una grave forma de injusticia; injusticia que es aún mayor cuando la reflexión ética es en torno a la persona mayor.

Principio de Autonomía

"Capacidad de realizar actos con conocimiento de causa y sin coacción"

Paradigma: *El consentimiento informado.* Una persona autónoma es aquélla que tiene capacidad para *legislarse* a sí misma, para darse criterios que orienten y guíen su vida. Desde el punto de vista ético "es aquel individuo capaz de deliberar sobre sus objetivos personales y actuar bajo la dirección de esta deliberación". Entendido así, respetar la autonomía supondrá dar valor a las consideraciones y opciones de las personas autónomas y abstenerse de poner obstáculos a sus acciones a no ser que éstas sean claramente perjudiciales para los demás (transgrediendo el principio de justicia). No respetarla significará repudiar los criterios de la persona autónoma, negar a un individuo la libertad de obrar de acuerdo con tales criterios razonados y privarle de la información que requiere para formarse un juicio meditado, cuando no hay razones que obliguen a obrar de tal modo.

La persona mayor, mientras no se demuestre lo contrario, es una persona autónoma. El hecho de tener una audición deteriorada, un tiempo de respuesta más prolongado, una elaboración conceptual ante informaciones nuevas más lenta, limitaciones que son inherentes a la edad, pero que no lo incapacitan para tomar decisiones sobre los cuidados de salud y sobre su vida misma.

La discriminación social del anciano se plantea en la vida real de muy diversas formas. Quizás, la más importante sea la que se les impone a la hora de poder decidir por sí mismos en cuestiones que les son tan fundamentales como el dónde vivir y la manera de hacerlo, la propia gestión de sus bienes de cualquier naturaleza, muchas decisiones sobre su salud, etc. Se les impide o dificulta el desarrollo de todos los niveles del principio básico de autonomía.

El *Consentimiento Informado* (CI), además de una obligación legal, e incluso antes que ella, es una exigencia ética ineludible del profesional de la salud. Dicha exigencia ha constituido uno de los pilares de la bioética.

La teoría ética del CI constituye el núcleo de una nueva forma de relación médico-paciente, en la que toma protagonismo la autonomía de éste último para decidir qué es lo que debe hacerse con su cuerpo enfermo. Así, la relación médico-paciente tradicional, jerárquica, se ve cuestionada por otra más participativa y menos paternalista. Por lo tanto, "el CI es un proceso gradual en el cual el sujeto competente o capaz recibe del médico una información suficiente y comprensible que le capacite para participar voluntaria y activamente en la toma de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad. A través de esta participación el sujeto puede

aceptar o rechazar determinadas acciones terapéuticas en función de los objetivos que el mismo establezca sin menoscabo de los derechos de los demás".

Esta nueva forma de entender la relación médico-paciente incide en el tratamiento del paciente anciano, ya que en la práctica clínica aparecen muchas preguntas que despiertan dudas acerca de la autonomía de los no pocos ancianos enfermos: ¿Hasta qué punto la edad avanzada de un paciente dificulta la comunicación de un CI efectivo? ¿Qué criterios son necesarios o suficientes para determinar la competencia para aceptar o rehusar tratamientos? ¿Bajo qué condiciones puede un consentimiento de un paciente ser ignorado? Basta sólo con estos pocos ejemplos para entender la dificultad que se plantea en este ámbito.

El CI es un proceso comunicativo primordial para preservar y promover la autonomía del anciano. Es así como uno de los problemas más relevantes para el cuidado del anciano es el tema de la capacidad. Para comprender mejor esta problemática abordaré, siguiendo las reflexiones del Dr. P. Simón Lorda, los elementos fundamentales de la teoría del CI.

En la teoría del CI se distinguen tres grandes grupos de elementos: los normativos, las excepciones y las herramientas auxiliares de aplicación.

Los elementos normativos. Indican los requisitos que el CI debe reunir para ser válido:

a. Carácter del proceso. El CI comprende todas las fases de la relación sanitaria. No es un acto aislado que se reduce a un escueto intercambio de información que culmina con el asentimiento del paciente para que se realice un determinado procedimiento diagnóstico o terapéutico. Muy por el contrario, ya que se trata de una *permanente comunicación bidireccional* en la que el médico (sanitario) está siempre dispuesto a ofrecer información, pautas y recomendaciones sobre lo que a su juicio es más conveniente hacer –principio de beneficencia– y a recibir del paciente sus impresiones, expresiones y decisiones sobre lo que él entiende qué es lo mejor para él –principio de autonomía–. Se trata de una relación personalizada y personalizante que sólo se logra a través de un diálogo franco.

b. Voluntariedad. El consentimiento es aceptable sólo si es libre, voluntariamente otorgado. La voluntariedad puede quebrantarse de muchas formas y una de éstas es la coacción (amenaza de que si el anciano no consciente pueda sufrir determinados daños directos o indirectos, físicos, psíquicos, económicos, etc.) y la manipulación (por ej. presentando la información sesgada para que tome una determinada dirección).

c. Información en cantidad suficiente. Comprende las áreas de información que hay que cubrir y corresponden a las relativas a la naturaleza y objetivos del procedimiento diagnóstico o terapéutico, riesgos y efectos secundarios, alternativas posibles y beneficios esperados de cada una de estas alternativas.

   En este terreno se pueden aplicar distintos criterios; los más usados son: El *criterio del médico razonable*: el médico tiene la obligación de revelarle a su paciente aquello que un médico razonable estimaría adecuado revelar (médico razonable es aquél que actúa de acuerdo con la práctica habitual de su comunidad científica de referencia). La objeción que se hace a este criterio es que el médico seguiría decidiendo lo que el paciente tiene o no derecho a conocer, basándose en un paternalismo y/o pietismo mal entendido (¡para qué lo voy a molestar!) o debido a los deseos más o menos constantes del médico, de huir de los pacientes que plantean más problemas, y "quitan tiempo" por ser más molestos, laboriosos y complicados.

   El *criterio de la persona razonable* afirma que un médico tiene la obligación de contar a su paciente todo aquello que una hipotética persona razonable desearía conocer si se encontrara en la misma situación que el enfermo. Este criterio respeta más la autonomía del paciente.

   El *criterio subjetivo* afirma que el médico siempre debería expresar a su paciente su disponibilidad de ampliar toda la información si así lo desea.

   El paciente anciano no está acostumbrado a una participación activa y frecuentemente no hace preguntas y adopta una actitud pasiva. Por lo tanto, el médico tiene la obligación de proporcionar al anciano toda la información que desee e invitarle a que pregunte todo lo relacionado a su proceso de atención asegurándose que toda la información fue debidamente explicada y entendida.

d. Información comprensible para el paciente (anciano). Un consentimiento será verdaderamente informado si el sujeto ha recibido la información en un lenguaje asequible, lo que garantiza la comprensión de la misma.

   Habitualmente los ancianos tienen deterioros sensoriales que dificultan el proceso de comprensión de la información por lo que es especialmente importante optimizar las estrategias de información y

comunicación y asegurarse de la comprensión de ésta. *"Lo verdadero no es lo que dice el emisor, sino lo que ha entendido el receptor"*.

e. Capacidad. La capacidad es uno de los elementos centrales de la teoría del consentimiento informado y, en el caso de los ancianos, frecuentemente es uno de los más problemáticos.

Los términos autonomía y capacidad no son sinónimos pero están estrechamente vinculados. La autonomía se refiere a la aptitud para el autogobierno. Capacidad se entiende como la aptitud para desempeñar una tarea. Por lo tanto, la capacidad es el lado operativo o funcional de la autonomía personal puesto que marca el grado de la misma.

Las dos grandes dudas que se plantean son: ¿Qué criterios y estándares de capacidad hay que usar? y ¿cómo pueden ser medidos y evaluados en un paciente esos criterios y estándares de capacidad?

En nuestro país la investigación al respecto es escasa o nula, tanto en el campo jurídico, médico y bioético.

En EE.UU. la *capacidad* se describe como aquel grado de autonomía personal en que el paciente se muestra apto para:

1. Comprender de manera aceptable:
   - La información que recibe del médico (sanitario).
   - La situación vital real en la que se encuentra.
   - Los valores que están en juego.
   - Los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles de cada uno, tanto las beneficiosas como las perjudiciales.
   - Que se le pide que tome una decisión.
2. Procesar toda la información anterior y tomar esa decisión.
3. Expresarla y defenderla adecuadamente, mostrando que es racionalmente coherente (cognitiva y/o emotivamente) con su escala de valores.

La reflexión acerca de algunos puntos en particular nos ayudará a comprender el concepto norteamericano de la competencia:

- Una persona no es "incapaz en general" sino "incapaz para realizar tal o cual tarea". Las habilidades requeridas para satisfacer la condición de "capaz" están referidas a la realización de una tarea concreta, que en el caso de los pacientes es *tomar decisiones*.

- Todo participante en la relación sanitaria es, en principio y por definición, capaz para tomar decisiones. Se parte de una presunción de capacidad (se considera que todos los sujetos poseen la suficiente autonomía moral y las aptitudes necesarias para expresar ésta en todos sus actos). Así, un sujeto sólo puede ser declarado incapaz después de una evaluación específica de la capacidad. Esto es vital en el mundo del anciano enfermo.
- El nivel de autonomía personal que llamamos capacidad se define básicamente mediante *la presencia o ausencia de un cierto número de aptitudes o habilidades*, fundamentalmente psicológicas, que se consideran *presentes en un grado suficiente o aceptable*. En Estados Unidos existe la tendencia a reducir estas aptitudes psicológicas a habilidades cognitivas, pasando por alto las habilidades afectivas, lo cual no parece adecuado en el caso de los ancianos.
- La capacidad de un paciente no necesariamente permanece estable a lo largo del tiempo, sino que puede variar con avances y retrocesos. Esto es particularmente importante en el paciente anciano, donde las fluctuaciones del estado mental que afecten la capacidad pueden variar muy rápidamente.
- El concepto de capacidad parece funcionar como una línea divisoria que separa a los individuos en dos clases: los capaces y los incapaces. Así, la capacidad, igual que la autonomía, se puede entender como un *continuum* entre la capacidad plena y la incapacidad total. Pero la realidad obliga a establecer líneas de corte en algún punto. Para algunos autores las situaciones, en la práctica, son mucho más complejas, donde la capacidad sólo puede graduarse para cada caso concreto y los casos límites son inevitables. Por lo tanto, no existen umbrales predeterminados que inequívocamente califiquen a un sujeto como "capaz" o "incapaz".
- Papel de las consecuencias de las decisiones de los pacientes. Para algunos autores como Drane cuanto más arriesgada sea la decisión, mayor grado de capacidad hay que exigirle. Para Beauchamp y Childress la capacidad es un atributo del sujeto y por tanto no depende de fenómenos externos a él mismo. Ellos aceptan que si un paciente toma una decisión muy arriesgada, constituye una invitación a asegurarse de que es realmente capaz, pero su evaluación es independiente de aquéllas. Otros autores niegan que los riesgos de las decisiones sean relevantes, pero sí la dificultad de la decisión.

- Valoración de las consecuencias que implica la calificación de un sujeto como incapaz. Cuando se considera que un paciente es incapaz para tomar decisiones respecto a su diagnóstico o tratamiento se le retira a él la potestad de hacerlo y se considera que son otros los que tienen que tomar decisiones en su lugar. Esto es el complejo campo de la ética de las decisiones sustitutivas o de representación, que tanta importancia tiene en el mundo del paciente anciano. Pero, aquí también se genera otra responsabilidad, la de procurar por todos los medios de restaurar la situación de capacidad para permitir que sea el propio sujeto quien tome las decisiones. El control de medicaciones que puedan interferir en la capacidad del enfermo es especialmente importante en el paciente anciano y también es importante la valoración de la familia, de su carga emotiva y de los intereses –legítimos en muchas ocasiones– que pueden llevarle a optar por una u otra decisión.
- ¿Quién debe hacer las evaluaciones de capacidad? En EE.UU. afirman que es responsabilidad del médico tratante. Muchos médicos piden ayuda a otros especialistas, especialmente a los psiquiatras, otros, a los Comités de Bioética. Pero, aquí basta con afirmar que preocuparse por definir el grado de capacidad de sus pacientes pertenece a las obligaciones de cuidado del médico.

f. Decisión. Después del proceso de evaluación y discusión de la información transmitida adecuada y comprensiblemente, el anciano enfermo decide, en forma libre, si consiente o si rechaza lo propuesto. Los médicos, en general, toleran mal el rechazo. Si es un rechazo capaz, voluntario e informado debe ser respetado plenamente, sin coaccionar al paciente ni presionar a la familia para que coaccione al paciente, ni cuestionar sin motivos su capacidad. La actitud más correcta será revisar con el paciente las alternativas plausibles y escoger aquélla que le resulte más aceptable.

Las excepciones. Toda teoría ética se compone de dos partes: las normas que dicen lo que hay que hacer y las situaciones excepcionales en las que resulta legítimo quebrantar esas normas para salvaguardar otros principios que se consideran más importantes, como serían, por ejemplo, el principio de justicia o de no-maleficencia.

Estas excepciones son seis:

- Grave peligro para la salud pública.
- Situación de urgencia vital inmediata.

- Incompetencia o incapacidad del enfermo y ausencia de sustitutos legales.
- Imperativo judicial.
- Rechazo de todo tipo de información por parte del enfermo.
- "Privilegio terapéutico" (el médico tiene derecho de ocultar información al paciente cuando tiene la certeza de que su revelación le produciría un daño psicológico grave).

Herramientas auxiliares. El CI cuenta con herramientas auxiliares de aplicación práctica que lo facilitan, como son las técnicas de entrevista clínica y los soportes materiales de la información (el formulario escrito de CI). Los formularios contribuyen a sensibilizar al médico sobre los derechos de los pacientes, pero tienen un lado negativo porque tienden a hacer pensar que el CI se reduce precisamente al problema de los formularios. En este último caso conviene no confundir el medio con el fin. El formulario, si no se quiere caer en medicina defensiva, sirve de apoyo en el proceso de información y de registro del mismo.

Emplearlo sólo para la protección legal del profesional destruye toda la filosofía ética y asistencial que existe en cada proceso de CI.

El formulario escrito de CI tiene tres funciones:

- Servir de apoyo en el proceso de información.
- Servir de registro de ese proceso.
- Colaborar en la protección legal del profesional sanitario.

Para cumplir con estas funciones el formulario tiene que ser específico para cada procedimiento diagnóstico o terapéutico. Además, debe constar con dos partes, una dedicada a proporcionar información veraz y comprensible al sujeto y otra dedicada a consignar las declaraciones firmadas del consentimiento.

La redacción de formularios escritos destinados al paciente anciano debe ser más cuidadosa aún. La mayoría de los pacientes tendrá dificultades para la lectura comprensiva, por lo que se deberá usar letras de tamaño grande, gráficos y dibujos, prioritariamente. En el anciano el formulario debe ser leído en voz alta y todas las veces que sean necesarias para asegurar la total comprensión de la información y darle tiempo para preguntas, aclaraciones, para pensar y tomar una decisión, evitándole confusiones innecesarias.

El anciano no es una persona que no pueda decidir, en principio, por sí misma ni es un disminuido moral. Por tanto, el paternalismo a que estamos

tan acostumbrados en la práctica clínica, es un riesgo habitual que debemos reconocer y combatir, sobre todo cuando tenemos la obligación moral de maximizar la autonomía, y por ende, la competencia del propio paciente. El respeto a la autonomía del anciano enfermo no sólo se restringe al ámbito biomédico de la toma de decisiones clínicas sino que, es aplicable a los cuidados asistenciales habituales (higienización, vestido, alimentación, etc.) y a las actividades de su vida cotidiana (regulación de las visitas, elección del voluntariado, etc.).

En suma, el CI si se entiende como un elemento de la medicina defensiva se reducirá sólo al empleo de formularios traduciéndose en un mayor deterioro de las relaciones con los enfermos. Por tanto, si se entiende en forma adecuada, como un proceso bidireccional de comunicación y forma de decisiones, sin duda contribuirá a dar mayor calidad a la relación médico-paciente.

El CI exige un renovado esfuerzo del clínico por optimizar todas las formas de comunicación y plantea nuevos retos a la ya difícil relación clínica.

La problemática de la capacidad de los pacientes resulta en el campo de la geriatría especialmente relevante por lo cual se requiere investigar acerca de qué criterios y estándares hay que utilizar además de diseñar protocolos sencillos y validados de evaluación de la capacidad.

Principio de Beneficencia

"Lograr el mayor bien posible para todos"

Paradigma: *"Estado de bienestar, apoyo afectivo y material para las personas mayores" o "¿Soy yo acaso el guardián de mis padres?"*

A través de esta pregunta el bioeticista N. Daniels nos centra en el tema de nuestras obligaciones con los ancianos enfermos.

El principio de beneficencia es inseparable de otro, el principio de autonomía. No hay beneficencia sin autonomía (algunas personas consideran bueno lo que para otras es malo, y coinciden en afirmar que la realización del bien ha de contar con la aceptación de aquél a quien se hace). La ética teleologista concede prioridad al binomio autonomía-beneficencia. Los fines han de ser siempre lo más beneficiosos posibles, y quienes tienen que reconocerlos como tales son los propios interesados. El principio de justicia reduce las desigualdades que generan (o que evitan) los dos principios anteriores. Así, la justicia tendría un carácter sólo compensatorio.

Entre autonomía y beneficencia hay una relación similar a la establecida entre no-maleficencia y justicia. La beneficencia depende siempre del propio

sistema de valores y tiene por ello un carácter subjetivo, a diferencia de lo que sucede con los principios de no-maleficencia y justicia (nivel I o "ética de mínimos" constituido por los principios de No-maleficencia y Justicia; nivel II o "ética de máximos" constituido por los principios de Autonomía y Beneficencia).

Al médico siempre se le ha pedido que no cumpla sólo con los mínimos exigidos por la ley, sino que además con cualidades específicas reconocidas como ideal de "excelencia": de ellos esperamos que "no sólo no sean maleficientes sino que sean beneficientes; no sólo que no sean negligentes sino que sean diligentes". Su obligación es aspirar a los máximos morales, primando siempre los objetivos de diligencia y beneficencia.

Para algunos autores como el Profesor Diego Gracia, los ancianos tienen necesidades materiales que implican a toda la sociedad y que han de ser satisfechas como obligación perfecta o de justicia por los mecanismos públicos (administración, dotación presupuestaria adecuada, etc.). En este sentido, estas obligaciones son exigibles (de nivel I de obligación moral) y el conculcar este derecho conlleva una grave responsabilidad moral.

Por otra parte, el anciano enfermo tiene otras necesidades, como son el "honor, respeto y cariño" que dependen sólo de la familia y conllevan obligaciones privadas, imperfectas o de beneficencia, por tanto sólo serían exigibles en los límites que marquen los propios individuos privados de acuerdo con sus posibilidades. Esta posición ha sido criticada por otros bioeticistas quienes califican de grave responsabilidad moral la inhibición de las familias ante estas necesidades de honor, cariño y respeto y opinan que esta satisfacción puede ser moralmente obligatoria y por tanto, exigible. La indiferencia y el abandono nublan la existencia de muchos de nuestros ancianos, existiendo, incluso, violencia física contra ellos (ej. encerrarlos con llave mientras sus familiares trabajan).

El apoyo material y afectivo y los cuidados de salud entre padres e hijos adultos, así como entre abuelos y nietos son áreas que han adquirido un gran desarrollo en la investigación. La mayoría de los derechos, obligaciones y necesidades básicas de las personas se expresan y satisfacen en la familia extensa de tres generaciones. Existe a lo largo del ciclo vital una continuidad con la familia extensa. Los familiares se ven entrelazados por servicios y actividades comunes entre ellos. Existe una reciprocidad de intereses, relaciones y servicios. Es la solidaridad intergeneracional. Por tanto, se puede decir que la familia de tres generaciones es una institución autocompensada en la que son fundamentales los principios de *compensación y reemplazamiento*. La familia no es una institución estática. Los cambios demográficos, económicos y culturales que ocurren en la sociedad producen una serie de transformacio-

nes que afectan también a la familia en su tamaño, organización, relaciones y funciones.

En las sociedades contemporáneas existe un modelo de "familia extensa modificada" o "familia elemental modificada", términos que hacen referencia a las familias nucleares que viven unidas por lazos emocionales y afectivos. Esta red familiar hace frente, no siempre con éxito, a las emergencias que afectan a la familia, existiendo una reciprocidad de acciones en la demanda y prestación de apoyo. Pero, por otra parte preocupa el hecho de que la reducción del tamaño de la familia y el incremento de la participación de la mujer en el mundo laboral conllevarán en el futuro una menor atención de las personas enfermas y ancianas (el sistema de cuidado familiar se construye principalmente alrededor de la madre, la hija y la nieta).

La familia no ha perdido sus funciones principales tradicionales. Sigue involucrada en los cuidados de salud, educación, provisión económica y de bienestar. Lo que ocurre en las sociedades contemporáneas es que comparte esas funciones con las organizaciones formales. El tema es ¿de qué forma se articulan las relaciones entre la familia y otros grupos primarios y las organizaciones formales en relación a un aspecto de crucial importancia en la actualidad, como es el cuidado de las personas mayores discapacitadas y enfermas crónicas?

Considero que en la medida en que las estructuras de bienestar sean más amplias la familia se verá más involucrada en el cuidado y atención materiales, pasando a actuar como intermediaria entre la persona anciana enferma y la administración. Pero, basándonos en la realidad de nuestra sociedad, sería injusto delegar en la familia toda la responsabilidad del soporte material del anciano enfermo. La estructura familiar vigente, las precariedades de las condiciones de vida, el aumento del deterioro de los ancianos enfermos, con las dificultades para las actividades de la vida diaria, el derecho a poder desarrollar un proyecto de vida autónomo por las generaciones más jóvenes y un buen número de condicionantes añadidos, dificultan enormemente que las familias se hagan cargo de todas las necesidades materiales del anciano enfermo. Por otra parte, la propia sociedad a través de sus impuestos aportados ha ido generando mecanismos de soporte que, bien distribuidos, deberían cubrir esos mínimos imprescindibles. Cuando llegue el momento en que la sociedad con sus recursos no pueda atenderlos, corresponderá a la familia, de manera subsidiaria, satisfacer tales mínimos.

La función protectora de la familia es todavía "una de las actividades más útiles e integradoras", por tanto, la atención a las necesidades de "honor, respeto y cariño" no sólo corresponde fundamentalmente a la familia, sino que representa una alta exigibilidad moral. Maslow, autor clásico humanista,

establece una escala de necesidades donde, después de las necesidades básicas fisiológicas, aparecen, en orden de importancia, la necesidad de seguridad, la de amor y pertenencia. Son necesidades claves (¿cuántas veces hemos visto "morirse de pena" a ancianos institucionalizados que se han sentido abandonados por sus familias, o el rápido incremento de su deterioro cuando se ven separados de sus seres queridos?). Lamentablemente los profesionales sanitarios sólo podemos complementar la falencia de estas necesidades, pero no podemos sustituirlas. Éste es un derecho moral que compete obligatoriamente a la familia. Las instituciones sociosanitarias tienen el derecho de exigir que la familia se haga cargo de dar el soporte emocional, cariño, comprensión y acompañamiento que el anciano enfermo necesita. Se hace necesario que las instituciones exijan por escrito los compromisos mutuos familia-institución, en beneficio de una mejor atención integral del anciano. Esto sólo persigue la *corresponsabilidad* de la familia y en ningún caso su culpabilización.

Consideraciones finales

Es obvio que la sociedad, la medicina y los médicos, efectivamente, discriminamos al anciano en base a su edad. Hacemos *ageísmo* ("prejuicio contra la edad") por una u otra razón.

La discriminación social del anciano se plantea en la vida real de muy diversas formas. Se les impone a la hora de poder decidir por sí mismos en cuestiones que les son tan fundamentales como el dónde vivir y la manera de hacerlo, la propia gestión de sus bienes, muchas decisiones sobre su salud, etc. Se les impide o dificulta el desarrollo a todos los niveles de uno de los principios básicos en bioética: la autonomía.

Existen en el anciano muchas otras formas de discriminación: los abusos y malos tratos, los obstáculos para poder decidir por sí mismos, las barreras para el entendimiento intergeneracional y para la convivencia ciudadana –barreras arquitectónicas y de todo tipo–, las limitaciones al ejercicio de determinados derechos como decidir dónde vivir, dónde dormir, qué comer, etcétera.

Incluso la ausencia o mínima presencia que han tenido y tienen los estudios sobre gerontogeriatría en los planes curriculares de las facultades universitarias no deja de ser otra forma de discriminación.

Los ancianos en una sociedad como la nuestra basada en el consumismo, no tienen protagonismo, no venden o venden poco. Sólo se les comienza a tomar en cuenta en la medida que sean considerados como un grupo potencialmente consumista para determinadas industrias (por ej. el turismo). La imagen del viejo no atrae, se toma como expresión de algo decadente, pasivo y sin futuro.

En relación al tema social y sanitario cabe señalar la pobreza de recursos destinados a paliar los problemas de ubicación y manejo del anciano.

Las residencias de válidos y de asistidos son muy pocas y existe muy poca o nula tuición sobre éstas, falta legislar. Lo mismo ocurre con otros apoyos sociales complementarios, como las ayudas a domicilio, los servicios de rehabilitación y recuperación funcional, o la proporción de trabajadores sociales en relación con el número de ancianos.

Como hemos visto, en el mundo del anciano existen muchas situaciones que nos obligan a reflexionar, y hay muchas más.

A modo de resumen comentaré algunas condicionantes de la relación *persona mayor - sociedad*, desde una reflexión ética:

Sociedad. En nuestra sociedad la persona mayor ha abierto una nueva línea de mercado: comienzan a aparecer recursos específicos, especialidades médicas, subvenciones oficiales, etc. Por tanto, el anciano acaba sirviendo al sistema y está en función del recurso y no a la inversa, como debería ser. Es necesario una mayor flexibilización de los recursos que dé respuestas a las personas, que atienda las necesidades pero no prescinda de los sujetos, que genere protocolos, pero que sepa aplicar excepciones.

La atención sociosanitaria a las personas mayores merece una especial atención, por lo que se deben potenciar los esquemas de asistencia extrahospitalaria y los servicios sociales, mediante una reestructuración de dichos servicios, a fin de racionalizar la asistencia y rentabilizar los recursos financieros en ellos invertidos.

Respuesta social. El apoyo informal a la persona mayor, sobre todo la que está en situación más carencial, ha tenido siempre el mismo perfil: género femenino, número singular: las mujeres de la familia, considerándose, arbitrariamente, que su tiempo como amas de casa y madres es libre en términos de disponibilidad y costo. Esto resulta de gran relevancia en la actual organización familiar.

En cuanto a las fuentes de provisión de servicios sociales específicos para los mayores, ocurre que el sector público, en la práctica, está escasamente desarrollado, el mercado está comenzando ha existir, el voluntariado no tiene tradición y la familia es el gran pilar que sostiene y hace frente a las necesidades de las personas ancianas, así como la de otros grupos de necesidades específicas. El reto en este momento es pasar del apoyo individual al soporte comunitario y real. Se requiere de voluntariados que trabajen como grupos sociales comprometidos en la promoción de una cultura alternativa que propicie la creación de una sociedad convivencial, participativa y accesible, en

la que los mayores se encuentren como en su hogar. Este voluntariado deberá ser formado para acompañar los procesos de las personas mayores. Además, se debe invitar a los mayores a ser actores y no sólo autores de su propia biografía.

Los ancianos, en función de su edad y del deterioro, han perdido su grupo de pertenencia y sus grupos de referencia. Con el envejecimiento aparece sumamente vulnerable el mundo vital de las personas mayores, por tanto son muy importantes los factores ambientales y grupales en la magnificación o reducción de los efectos.

La respuesta social requiere de reforzar los mundos vitales del anciano. Se debe crear una cultura alternativa basada en la solidaridad, no construida sobre el mito de competitividad o productividad, pues, en éste las personas mayores siempre estarán sobrando.

Para lograr esto debemos producir un cambio radical en la sociedad que sólo se conseguirá *educando*, a todo nivel, desde que se nace, a partir de nuestros hijos, para así erradicar los estereotipos y prejuicios contra la edad; la hostilidad, antipatía e incluso odio al viejo por el hecho de serlo.

El concepto de bienestar social de las personas mayores no depende exclusivamente del hecho de garantizar la satisfacción de sus necesidades, sino que es imperativo que la sociedad les abra las posibilidades de desarrollo y crecimiento. Identificar las instituciones que trabajan con o para las personas mayores, tanto públicas como privadas, resulta indispensable para implementar acciones en esta área.

Respuesta personal. En la sociedad actual, *ancianidad* es sinónimo de rol pasivo, no productivo, receptor de pensión, con disminución de aptitud física y psíquica, ritmo vital lento, exento de obligaciones y responsabilidades. Por tanto, se puede concluir que en esta sociedad industrial, trabajo y ancianidad son realidades opuestas o difícilmente compatibles y que evocan roles contradictorios. Pero, esta dicotomía constituye sólo una simplificación de la realidad. Mientras, la ancianidad sigue configurándose como un período de la vida caracterizado por la ausencia de trabajo, lo cual está muy lejos de la realidad.

"Por tanto, la persona mayor necesita ser *autor y actor* de su propia vida. Para esto se necesitarán cambios claves y significativos. De ser un *hombre con tiempo libre*, a ser un *ciudadano con tiempo liberado* para la realización y emancipación personal y comunitaria; de ser alguien necesitado de cuidados a ser una persona sujeto de solidaridad y de transformaciones; de ser un sujeto que pierde memoria a ser alguien capacitado para comprender, compartir y transformar la historia".

Las personas mayores deben ser interlocutores válidos de las políticas sociales que los afectan, con capacidad para asumir la iniciativa histórica de tomar decisiones ya que son ellos los que disfrutan o padecen las consecuencias. Sin iniciativa histórica no se logrará superar la marginalidad.

Pero, la sociedad también tiene que dar una respuesta. Los ciudadanos deben cultivar la relación empática, el escuchar atento y respetuoso al que tiene algo que decir. La gente mayor tiene muchas cosas que dar y que enseñar. Es enormemente positivo. Ser generoso es uno de los mayores placeres y se puede serlo económicamente, otras veces con cariño, otras veces con una palabra. El hombre de experiencia sabe mucho más de lo que cree. El psicólogo José L. Pinillos, en su conferencia "Mitos y estereotipos, los mayores que vienen" (que dictó cuando había traspasado la séptima década de su vida), decía: "Creo que la edad, además de experiencia, puede derramar muchas cosas, generosamente, sin pretender dar lecciones a nadie. El que yo me encuentre joven de espíritu se lo debo a mi relación constante con la juventud. Hay que conversar con la juventud sin pretender enseñarles nada. Simplemente hablando, con cariño y respeto. Todas las edades son necesarias. No hay edades superfluas; todas son complementarias. Se necesitan unas a otras y la vida no es unilateral ni está cerrada ni marcada. Hay muchos caminos, y a mí me da mucha pena que haya personas que por algunas razones se cierren caminos que siempre están abiertos".

Por tanto, debemos acercarnos a la historia de vida del anciano, conocer, respetar y promover sus gustos, preferencias y valores, con mucha delicadeza, pues la más de las veces se tratará de un sujeto frágil al cual debemos dignificar, lo que no siempre resulta fácil.

En suma, debemos potenciar su autonomía. Para convertir la ancianidad en una etapa creativa, activa, esperanzada. Toda persona lleva en su interior el deseo profundo de realizar algo que tenga sentido, que de una explicación a su existencia. Se necesita de qué vivir, pero también hay que saber para qué vivir.

La vida se sigue transmitiendo y uno sigue creando vida hasta que muere, e incluso mientras se muere. "Yo no creo que se pierda la esperanza por ir al infierno, sino que al infierno se va por perder la esperanza" (J.L. Pinillos).

Respuesta sanitaria. En el mundo de la salud también existe discriminación del anciano. Los 65 años como edad de jubilación marcan cambios muy llamativos en la teoría y en la práctica de los programas de salud. Suponen un cambio cualitativo y cuantitativo a la hora de poder acceder a determinados servicios sociosanitarios, obligan a pagar seguros de salud más

elevados, limitan injustificadamente el acceso a determinadas técnicas diagnósticas o terapéuticas útiles o beneficiosas, etc. Más aún, en la práctica se tiende a identificar vejez con enfermedad.

El problema debería formularse de la siguiente manera:

- ¿Es el factor edad un criterio definitivo cuando se trata de seleccionar los potenciales beneficios de una decisión médica?

Para responder a esta pregunta debemos tener la respuesta a otras interrogantes:

- ¿La discriminación basada en la edad se produce o no en la práctica médica de todos los días?
- ¿Es verdad que la aplicación de cualquiera de estas medidas reportaría al anciano beneficios al menos equivalentes al que produciría en un paciente más joven?

Sólo en el caso de que estas respuestas fuesen afirmativas cabría analizar la pregunta del encabezado. A la hora de elaborar una respuesta las consideraciones éticas serán de mucha importancia. Pueden y deben tener cabida, probablemente las llamadas "de justicia" y hasta las legales.

Retomando la pregunta inicial , parece bastante obvio que en la medicina y los médicos discriminamos a los ancianos en base a su edad. Hacemos "ageísmo" por una u otra razón y lo podemos encontrar prácticamente en todas las áreas de la atención clínica. También en otros campos más sutiles, como el de la investigación básica o aplicada. Muchas veces se parte de un "*a priori*" donde se presupone que la edad debe ser una contraindicación para tal o cual decisión médica. Se argumenta a favor de tomar estas medidas con razones basadas en un supuesto beneficio del anciano: "no molestarle, dejarle tranquilo", etc. Además, siempre decidiendo –el médico o la familia– en su nombre, convirtiéndose, de esta forma, en intérpretes de su voluntad. Se rompe una vez más el principio de autonomía.

Existen otras tres grandes áreas donde se manifiesta en forma muy clara esta discriminación, este ageísmo: a) la atención primaria incluyendo temas como la promoción de la salud en la comunidad o análisis epidemiológicos y factores de riesgo; b) la posibilidad de acceso a la "alta tecnología" y a "unidades especiales"; y c) las diferentes formas de actuación terapéutica, especialmente en el campo de la farmacología.

Resulta evidente que el anciano se puede beneficiar de muchos de los procederes médicos que se le niegan, en medida análoga al beneficio que obtienen las personas más jóvenes, Además, muchas de estas medidas contri-

buyen a prolongar la vida del anciano y a mejorar su calidad en términos absolutos cuando se les compara con lo que ocurre a grupos de población homogéneos de edades equivalentes y a los que se les priva de los eventuales beneficios de estos procederes.

Admitido que al anciano se le discrimina en medicina en función de su edad y que, ciertamente, el anciano por el hecho de serlo está más indefenso ante una sociedad que también sigue siéndole hostil. Existen posibles explicaciones adicionales acerca del por qué se produce esta discriminación, entre las cuales están las siguientes:

- Miedo a las reacciones adversas que puede originar el tratamiento farmacológico y a las complicaciones de otras formas de tratamiento. Éste es un argumento muy común entre los médicos, muchas veces ligado al desconocimiento o ignorancia acerca de las modificaciones farmacodinámicas y farmacocinéticas que se producen en el organismo del anciano. Esto se puede obviar con un buen conocimiento de estos cambios y un seguimiento cuidadoso por parte del médico igualando así, este riesgo con el que tendría el grupo de población más joven.
- Información escasa acerca de las indicaciones o riesgos de una determinada actuación sobre el anciano, por ejemplo el empleo de tratamiento anticoagulante.
- Las actitudes de los médicos. Desde las típicamente "ageístas" derivadas de un rechazo directo al viejo hasta las que tienen su base en el "paternalismo" mal entendido o en el emotivismo: "pobre viejo, para que vamos a molestarle". En este campo existen múltiples ejemplos, muchos de los cuales pueden articularse en torno a la actitud de algunos médicos de alejarse de aquellos enfermos que plantean más problemas y suelen ser más molestos, laboriosos y complicados.
- Las actitudes de los propios enfermos y de sus familias. La sensación de que ya se ha vivido mucho o de que "no merece la pena" es bastante común. También, como en el caso de los médicos, existe el miedo a eventuales complicaciones o a los efectos secundarios.

Por todo lo anterior, queda claro que existen muchas razones para no discriminar por razón de la edad, como criterio definitivo o al menos muy importante, cuando se trata de seleccionar a los potenciales beneficiarios de una decisión médica. Algunas de estas razones serían:

- Éticas: cabe recordar el Juramento Hipocrático que nos habla de que no debe haber diferencia a la hora de aplicar los conocimientos médicos.

También, existen numerosas declaraciones de diversas instituciones en este sentido, como son: Asamblea General del Comité de Médicos de la Unión Europea, que dice "los derechos de las personas mayores son idénticos a los del resto de los ciudadanos. Las personas mayores deben tener el mismo acceso a los sistemas de salud que cualquier otro ciudadano sin ningún tipo de restricción".

- Junto a éstas, están las razones de justicia y de derecho. La Constitución Chilena y su cuerpo legislativo no dejan resquicio a ningún tipo de discriminación entre los ciudadanos en función de la edad. Sería muy lamentable, por decir lo menos, que llegara el momento en que el anciano o sus representantes tuvieran que recurrir a argumentos legales para exigir sus derechos en este terreno. Aquí, cabe recordar un argumento muchas veces utilizado por los propios ancianos para justificar sus peticiones de atención sanitaria donde afirman que son los ciudadanos que más tiempo han cotizado en la seguridad social.
- Argumentos sociodemográficos: No se puede excluir de ningún posible beneficio médico a un colectivo que representa cerca del 11% de la población y que es, además, el que mayor demanda sanitaria genera. Tampoco existe ninguna razón lógica para poner una edad límite en las prestaciones sanitarias.
- Razones médicas: Una de las más importantes es el desconocimiento (ignorancia) de muchos médicos sobre los principios de la gerontogeriatría que puede explicar algunas actitudes ageístas. A esto se debe sumar la realidad objetiva de la falta de estudios en este grupo de población que puedan ofrecer respuestas contrastadas ante muchos de los actos médicos en los que se practica la discriminación. De hecho, muchas de las actitudes clínicas discriminatorias en base a la edad han desaparecido en el tiempo ante la evidencia posterior de unas respuestas médicas favorables. Las razones puramente científicas basadas en nuestra ignorancia de hoy sobre cómo se comporta el anciano ante tal o cual situación clínica, y la eventual respuesta positiva que la investigación científica gerontológica pueda darnos mañana a esta pregunta, debe hacernos reflexionar y ser prudentes en este terreno.
- Estamos frente a una población que envejece más y más, que se hace cada día más numerosa y que, espero, llegará cada vez en mejores condiciones de salud hasta edades muy avanzadas ¿debemos correr la barrera de los 60 años? (65 años para los países desarrollados según definición de la OMS), ¿tendremos que ir variando las indicaciones o contraindicaciones de determinados actos médicos? En ge-

riatría, más que en ninguna otra especialidad, las decisiones siempre tienen que ser "a la medida", teniendo en cuenta las características individuales específicas de cada paciente. No se debe olvidar lo variable e individual que resulta la cadencia del proceso de envejecer. Por tanto, el sentido común tiene que primar ante cualquier decisión clínica y debe aplicarse en ambas direcciones: la edad en sí misma nunca debe constituir una contraindicación para nada, lo cual no debe interpretarse como un argumento para caer en el encarnizamiento terapéutico.

- Los ancianos son los que más han vivido. Los que en mayor medida han diversificado sus trayectorias personales y son aquellos pacientes que mayores diferencias van a mostrar entre sí aunque padezcan un mismo proceso morboso.

Conclusiones

- Hablar de bioética y de la persona mayor exige conocer y desarrollar una "*ética de la fragilidad*". Una ética de la fragilidad es la que exige el respeto del otro, aunque sea débil, o precisamente por serlo, evitando las agresiones, tanto positivas o por comisión (violencia), como negativas o por omisión (negligencia). La ética de la vida frágil no sólo debe evitar la violencia y la negligencia, sino que, por el contrario, debe estar basada en el respeto y la diligencia. La vulnerabilidad conlleva una alta exigibilidad moral de respuesta.
- Ante una reflexión ética en torno al mundo de las persona mayores, en cualquiera de sus ámbitos, parece importante contar con un razonamiento ético racional (no creencial), civil (no religioso), autónomo (no heterónomo), dialógico e interdisciplinar que pueda ser corrector de los riesgos expresados.
- En el cuidado de los mayores intervienen, diferenciadamente, los deberes perfectos o de justicia y los imperfectos o de beneficencia. De ahí que el problema esté en saber qué parte de ese cuidado debe considerarse obligación perfecta o de justicia y qué otra obligación imperfecta o de beneficencia.
- El deber de ayudar a los mayores que se encuentran en situación de necesidad es sin duda una obligación de justicia, que puede ser exigida coactivamente por el juez.
- Resulta obvio que cuanto más difícil es para la familia cumplir con este tipo de deberes, más obligaciones subsidiarias debería tener la sociedad y el Estado. Es difícil exigir hoy a la familia mucho más que el viejo deber de honor, respeto y cariño. Y éste en cuantía variable ya que se trata de un deber imperfecto o de beneficencia en el que nadie, salvo el propio individuo, puede establecer el límite exigible. Éstos son deberes de virtud, donde cada uno tiene que exigirse a sí mismo, pero que nadie puede exigir a otro. Por tanto, estas acciones nunca pueden ser coactivas, y el único tribunal ante el que deberán presentarse será la propia conciencia. Cada uno sabe hasta dónde puede, debe y tiene que dar en este orden de cosas.
- En nuestra realidad actual las obligaciones públicas para con los mayores deben considerarse perfectas o de justicia, y las privadas o familiares imperfectas o de beneficencia, y por tanto son exigibles de acuerdo con las posibilidades de cada uno. A nadie se le puede exigir menos, pero tampoco más.

Sin embargo, como sociedad tenemos un importante desafío: "proporcionar los servicios adecuados para hacer frente a los cuidados y soporte necesarios para la población mayor. Los cambios en la organización y financiamiento de los servicios presentan nuevos retos y nuevas oportunidades para asegurar que la provisión del servicio se planifique con efectividad, eficiencia, equidad y solidaridad".

La *función de la moral social o pública* no es hacer feliz a los ciudadanos, sino, remover todos los obstáculos que puedan imposibilitarles el desarrollo de su propio proyecto de vida y de su ideal de perfección y felicidad. Esto se logra exigiendo *para todos por igual* (esto incluye también a los mayores) el respeto de su vida biológica (principio de no-maleficencia) y la igualdad de oportunidades en el orden de la vida social y política (principio de justicia). Una sociedad no maleficiente y justa no es, sin más, una sociedad feliz, pero tiene las condiciones básicas necesarias para que sus individuos puedan desarrollar libre y responsablemente sus diferentes proyectos de felicidad. Estos proyectos ha de elaborarlos cada uno autónomamente (principio de autonomía), y desde ellos definir el horizonte de lo bueno para él (principio de beneficencia).

"Lo que nunca debemos olvidar es que *las personas mayores también son ciudadanos*, y que, la sociedad en que vivimos es la sociedad que los mayores nos han legado".

En una sociedad que envejece día a día nos encontramos creciendo en medio y al lado de las personas mayores, cada vez más abiertos a aprender y más deseosos de una palabra pública. No olvidemos preguntarnos siempre si es que les estamos posibilitando seguir siendo testigos de la historia y maestros del presente.

Por último, quisiera que la mayoría de nuestros mayores, al hacer un análisis retrospectivo del camino recorrido, se sientan interpretados por este hermoso pensamiento:

"Doy por ganado todo lo perdido,
por recibido todo lo esperado,
por vivido todo lo soñado
y por soñado todo lo vivido".

Bibliografía

Arenillas MG, Vargas Castrillón E, Moreno González A: Ensayos clínicos en ancianos. Problemas éticos en relación con el paciente anciano. Madrid: EDIMSA, 1995.

Beauchamp TL, Chilfress JF. Principios de Bioética. 4ta ed. Barcelona, España: Masson, 1999.

Cox CM, Sachs GA. Instrucciones anticipadas y la PSDA Estadounidense. Clínicas de Medicina Geriátrica. Ética Clínica 1994; 3:413-26.

Cuyas I, Matas M. Cuestiones de Bioética. Madrid, España: Fundación MAPFRE Medicina, 1998.

Callahan D. The Relevance of the Age for Health Care. E Callahan. 2000.

Faden R, German P. Calidad de vida: Consideraciones en geriatría. Clínicas de Medicina Geriátrica. Ética Clínica 1994; 3:521-32.

Fins JJ, Blacksher E. The Ethics of Managed Care: Report on a Congress of Clinical Societies. En: Ethics in Managed Care. J Am Geriatr Society 1998; 46(3):309-13.

Gracia D. Fundamentos de Bioética. Madrid: Eudema, 1989.

Gracia D. Problemas éticos en relación con el paciente anciano. Madrid: Edit. Médicos, 1995.

Gracia D. Fundamentos y enseñanza de la bioética. En: Estudios de Bioética. Ética y Vida (1). Bogotá, Colombia: El Búho, 1998.

Gracia D. Bioética Clínica. En: Estudios de Bioética. Ética y Vida (2). Bogotá, Colombia: El Búho, 1998.

Gracia D. Ética de los confines de la vida. En: Estudios de Bioética. Ética y Vida (3). Bogotá, Colombia: El Búho, 1998.

Gracia D. Profesión médica. En Estudios de Bioética. Ética y Vida (4). Bogotá, Colombia: El Búho, 1998.

Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Eudema, 1991.

Hamel MB,Teno JM, Goldman L *et al.* Patient Age and Decisions to Withhold Life-Sustaining Treatments from Seriously, Hospitalized Adults. Ann Intern Med 1999; 130:116-25.

High Dallas M. Toma de decisiones subrogadas: ¿Quién decidirá por mí cuando yo no pueda hacerlo? Clínicas de Medicina Geriátrica. Ética Clínica 1994; 3:427-44.

Kapp MB. Ethical and Legal Issues. 3rd ed. Practice of Geriatrics. Duthie, Katz, 1998; 31-37.

Lázaro M, Morelo L, González-Esteban J, Ribera JM. La geriatría vista desde la atención primaria. Rev Esp Geriatr Geront 1994; 29(1 Suppl):24S.

Martínez Aguayo C. Anciano, coste sanitario y soporte social. Papel del Estado. Problemas éticos en relación con el paciente anciano. Madrid: EDIMSA, 1995.

Mahowald MB. Diversas maneras de pensar: aspectos generales y problemas éticos. Clínicas de Medicina Geriátrica. Ética Clínica 1994; 3:385-400.

Pellegrino E. The metamorphosis of medical ethics. JAMA 1993; 269:1159.

Pinillos JL. Una aproximación pluridisciplinar al entorno de la vejez. Colección Gerontología y Sociedad. Fundación Caja de Madrid, 1994; 9-20.

Ribera Casado JM. El problema de la información. Problemas éticos en relación con el paciente anciano. Madrid: EDIMSA, 1995.

Ribera JM. Paciente anciano y atención sanitaria ¿un paradigma de discriminación? En Problemas éticos en relación con el paciente anciano. Madrid: EDIMSA, 1995.

Rodwin MA. Conflicts of Interest and Accountability in Managed Care: The Aging of Medical Ethics. En Ethics in Managed Care. J Am Geriatr Society March 1998; 46(3):338-41.

Simone de Beauvoir. La vejez. Barcelona: Edhasa, 1989.

Suárez JR. Medicina Intensiva Geriátrica Proporcionada. Bioética y Medicina Intensiva. Dilemas éticos en el paciente crítico. Madrid: Ed Médica, 1998.

Warren JW, Sobal J *et al.* An Issue in Research with Elderly Patients. En Informed Consent by Proxy. New Engl J Med 1986; 315:1123-28.

Muerte

Manuel Pérez

Aspectos generales

La muerte es un concepto polisémico y por lo tanto susceptible de ser abordado desde muy diferentes interpretaciones. Nuestra reflexión se referirá solamente a la muerte humana. En todo caso, a pesar de ser un hecho inevitable, su carácter de finitud e irrecuperabilidad le otorgan una connotación de angustia y rechazo, especialmente en nuestro mundo contemporáneo. Debemos considerar que quien realice desde sí una reflexión sobre ella, ha de hacerlo desde su "yo", el que implica unidad biológica-psíquica, condición cultural, social e histórica (1). Dados estos componentes inevitables de la persona, la modulación cognoscitiva y emotiva acerca de la muerte, debido a la existencia de una urdimbre cultural y social que aúna las consideraciones y juicios sobre este hecho, se establece un comportamiento global similar sobre la muerte en las diferentes agrupaciones humanas (sociedades) que dice relación a la cultura (no conocimiento erudito), y al período histórico en que les ha tocado vivir. De esta manera, debe ser recalcado que el significado del morir, aunque acto personal y único, se vivencia ya interpretado, o al menos matizado por la cultura en que nos hemos formado. La interpretación de la muerte reside, de una o de otra manera, en la interpretación de la vida. "Arte de vivir y arte de morir" (2, 3).

La concepción de la vida como la obligatoriedad de un quehacer (proyecto vital) enmarcado en el tiempo, de carácter siempre individual y con la intencionalidad de originalidad, induciría a plantear que en el acto de morir, cuando se da en conciencia clara, debería expresarse esa presunta originalidad de cada proyecto en una especial vivencia de la muerte.

Finitud representaría en nuestro tiempo la base cultural de la muerte. El hombre "es" cuando muere, mientras vive se está "haciendo" (Sartre). Sólo el pasado es "ser en sí" o substancia, esencia, inamovilidad, y la vida un obligado quehacer, obligado y constante cambio, y "hay mucho que hacer"

(Ortega). La muerte es, por lo tanto, la finitud del hacer de todo proyecto, cualquier sea su intención, no importando el contenido material de dicho proyecto, sino su condición de posibilidad quebrado por la muerte (4).

Esta consideración sirve de ejemplo a que la muerte, a pesar de su expresión individual, descansa en una concepción interpretativa de la vida y por lo tanto, la definición es fundamentalmente cultural.

Como de la muerte existe una certeza dada por la observación de la realidad del mundo sensible (5) y no derivada de experiencia personal, a la manera del "acto personal y único", podemos plantear que cada individuo, aunque pertenezca al mismo medio cultural que sustenta el concepto y definición de muerte, presenta frente a ella una expectación muy diferente, expectación o espera imaginativa del hecho, la cual habitualmente retratará la sumatoria cultural y personal, la que muchas veces es expresada en forma muy diferente. Entre las variables que sustentan esta diversidad de la expectación cabe citarse la edad, la biografía, el significado del acto de morir en relación a las circunstancias en que éste se produce, y fundamentalmente, como ya se ha citado, la forma especial en que cada individuo haya valorado y realizado su vida, aunque ésta transcurra en el mismo entorno socio-cultural-histórico.

El hombre se encuentra inevitablemente situado en las coordenadas de espacio y tiempo, de tal manera que la representación de entes reales, ideales y fantásticos es imposible sin este enmarque. De esta manera, su propia vida se encuentra inmersa en la temporalidad, por lo menos en lo que se refiere a su estar en el mundo. Todas sus acciones, su biografía, su existencia, son un continuo cambio el que se caracteriza por planteamientos sucesivos de proyectos, cada uno de los cuales se encuentra constituido por un propósito y los medios adecuados para alcanzar su logro. Su intención es lograr ese propósito, es decir, llevarlo a término, finalizarlo y luego plantear otro. No podemos avanzar sin lograr la finitud de nuestra intención anterior. La vida se transforma en la sumatoria de propósitos finalizados, todos los cuales han tenido, al menos en el momento de su planificación una temporalidad implícita para lograrlos. Su realización en el tiempo deseado será un éxito y lo contrario un fracaso. Toda acción implica un tiempo que le es propio. Sin temporalidad asociada es imposible toda acción o promesa de acción. Sin temporalidad, la cual finalmente empuja la acción, no puede existir realización humana alguna. Planteado de esta manera, y al parecer no existe otra forma de hacerlo, lo humano, caracterizado por vivir y realizar dignamente nuestro propósito central, es una eterna lucha por alcanzarlo, dado la certeza de un fin cuyo momento de aparición nos es totalmente desconocido. La muerte angustia, pero también es motivo de angustia no lograr lo que nos proponemos en

cuanto seres libres en el mundo. Nada haríamos sin esta doble angustia. Biografía sin amenaza de fin no existe como realidad. "Arte de vivir", arte de anteponer a nuestro rechazo a la finitud de la existencia, la realización de nuestra voluntad de vida, haciendo en este mundo lo que dignamente hemos decidido. El compromiso de efectuar una vida digna y respetuosa con nuestra existencia, por nosotros mismos decidida, es una manifestación más de nuestro "Ser Moral".

Perspectiva histórica de la muerte en la historia de Occidente

La muerte como hecho esencial en el transcurso vital del hombre ha recibido a través de la historia múltiples interpretaciones, las que expresan el sentir mayoritario en cuanto al significado de la misma, ya sea en relación a la persona individual o a su significación en el contexto social (6).

Para acercarnos al conocimiento de estas transformaciones en cuanto a la interpretación de la muerte, podemos utilizar los estudios históricos de una nueva escuela francesa de este siglo, llamada Escuela de los Anales, en la cual, tiene un papel preponderante Braudel. El planteamiento básico de este nuevo enfoque implica un cambio en la que se denominó historia exclusivamente narrativa. El acontecer histórico, definido como los hechos del hombre narrados a través del tiempo, utilizaba exclusivamente parámetros de tipo político militar y económicos como hitos de la actividad humana. De esta forma, este tipo de historia se basaba exclusiva o casi exclusivamente en la descripción de personajes representativos o de *elite* o de hechos que tenían una repercusión global en un momento determinado. Desde la aparición de esta nueva escuela frente a la historia, el énfasis se pone, no tanto en el hecho acaecido, sino que en el historiador, como interpretador personal del pasado. Esta interpretación de los hechos se inició dando gran importancia a los elementos socioculturales, económicos y posteriormente geográficos. Luego se buscó la forma de interpretar el sentir comunitario de una época con relación a actividades del mundo familiar. Es así, como la vida en casa, la vida en relación a la educación, la vida en relación a la intimidad, ponen de manifiesto los relieves tanto sociológicos como psicológicos de cada época en particular y nos permite de esa forma adentrarnos en su comprensión general. Es muy distinto, a manera de ejemplo, el conocimiento de la vida ejemplar de un santo en particular, que la concepción de una época con respecto a la santidad en general, la que se expresa en forma similar en cualquiera de los miembros de esa sociedad, sin distinción del lugar que éste ocupe en la misma. Ortega postula algo similar cuando define que cada generación se expresa en cambios de conductas que ocurren en lapsos de aproximadamente diecisiete años (7). De esta forma, en un retroceso a través del tiempo, podríamos conocer la época a que pertenecía una persona en relación a su pensar y vivir cotidiano. El relato interpretativo del pensar común, del pensar íntimo frente a realidades de significado humano, es lo que caracteriza a la "Escuela de Mentalidades" (6).

Es lógico pensar que un concepto tan trascendente como el de la muerte ha tenido diversas interpretaciones a lo largo de la historia de Occidente. Nos referiremos a un excelente estudio de Ph. Aries, el cual analiza las concepciones más significativas en relación a la muerte a lo largo del transcurso de la historia.

El concepto que existió desde los orígenes hasta la declinación de la baja Edad Media estuvo fundamentalmente basado en una estricta familiaridad del hombre con la muerte en sí misma. La muerte era un hecho trascendental, pero no por eso temida ni tampoco ocultada. Se coexistía permanentemente con ella. En todo momento se la tenía en cuenta y se entendía en forma completamente espontánea que se requería una especial aproximación e incluso un adiestramiento para lograr lo que se llamaba "morir en paz". Como reza la Letanía de los Santos, los hombres rogaban a Dios que los liberara de la muerte súbita. Esto implica que para ellos la concepción de una preparación previa, de dejar el alma en orden, de realizar su confesión y recibir los últimos sacramentos, como relacionarse con sus familiares, era un hecho de extremada importancia. Todo debía quedar en orden, tanto para lo terreno como para lo divino. Así, la muerte fue denominada como "muerte domesticada". Esto se refiere no al carácter salvaje de la muerte sino al carácter íntimo, natural y próximo que con ella se establecía. Tómese a manera de ejemplo la cercanía de los cementerios con la iglesia, es decir, el cuerpo se enterraba en tierra santa lo que expresaba la concepción espiritual católica predominante.

A partir del siglo XIV, la muerte se liga a una conceptualización distinta, la individualidad. El hombre se enfrenta a ella con sus méritos propios expresados en "la balanza final". El hecho de la muerte propia y el cadáver individual aparecen como elementos tratados desde lo estético y literario. La aparición, no de cementerios comunitarios aledaños a las iglesias, sino que de sepulcros particulares con el nombre de la persona, fue otro de los elementos que caracterizaron esta nueva postura. Esto ha sido denominado "la muerte individual".

En los siglos XVII y XVIII cambia enteramente lo anteriormente dicho, apareciendo iconográficamente la muerte en relación erótica, fundamentalmente con la imagen femenina. *Eros* y *Thanatos*, son concebidos como una ruptura con la vida cotidiana. Esta ruptura se manifiesta también con la creciente vigencia social de los signos de dolor por la pérdida sufrida y el

descubrimiento romántico de la belleza y la voluptuosidad de la muerte. Desaparecen, definitivamente, los cementerios comunes y se establece el rito religioso laico de la visita a las sepulturas, de las que se procura hacer una propiedad familiar. Prevalece, en suma, la visión de la muerte como la "muerte del otro" (6).

Desde el siglo XIX hasta nuestros días el concepto de la muerte presenta una nueva mutación en el sentido de convertirse ésta en un evento. La sociedad, de una u otra manera, empieza a ocultar al enfermo el hecho de su propia muerte y también a darle una importancia mínima en el escenario social. La muerte aparece como un hecho en cierto sentido prohibido y al cual debe uno adaptarse con la máxima privacidad. El lugar de la muerte se desplaza del domicilio al hospital. La muerte misma se medicaliza, significando esto que su concepción se tecnifica al ámbito de lo médico y hospitalario. Los signos de dolor quedan reducidos al mínimo y en privacidad. La incineración va a reemplazar la sepultura. En otras palabras, el tabú del sexo, poderoso en la sociedad burguesa y aniquilado en la actual, ha sido sustituido por el tabú de la muerte. Ayer se ocultaba el sexo y se exhibía la muerte; actualmente se oculta la muerte porque molesta y se exhibe al sexo. El sufrimiento frente a la muerte debe ocultarse y evitarse, y debe practicarse una pena mínima con una serie de prácticas que el norteamericano G. Gores llamó "pornografía de la muerte". Paralelamente a esto la sociedad norteamericana ha desarrollado con otros fines un gran despliegue en torno a las técnicas de conservación del cadáver y al despliegue de inmensos funerales, los cuales unen el ámbito social y la aceptación frente a un hecho inicialmente doloroso. Transforma así el fin de la vida del hombre en un evento social casi "placentero" (3).

Paralelamente a lo expresado, desde un punto de vista filosófico la concepción de la muerte como la pérdida de algo, es decir, fundamentalmente la pérdida del alma, es también controvertida en la sociedad actual. El pensamiento materialista exige que la muerte sea la condición última de la existencia humana, quedando ésta reducida exclusivamente a elemento inorgánico y "condenada" a participar nuevamente en los múltiples procesos asociativos cósmicos. Existe en la actualidad, debido a la aparición de un intenso pluralismo ideológico, a la desaparición del concepto de certeza dado por la ciencia misma, a la gran invasión de lo tecnológico en la vida tanto social como personal y a la desaparición de la metafísica a partir de los años 40, la contraposición de múltiples posturas de distinto cuño en las cuales aparece el escepticismo mezclado con cierta ironía en relación a la naturaleza del hombre mismo, como también una tendencia inevitable de volver los ojos hacia explicaciones de otros ámbitos, especialmente de origen oriental. En

cierto sentido, puede decirse que el hombre común ha perdido su rumbo, precisamente en el momento en que el mundo intenta su unificación o globalización. En este "desconcierto vital" aparece una clara disminución en la valoración de los actos morales en cuanto tales. El mundo prefiere manejarse en el ámbito de los hechos antes que en el de los valores. Sin embargo, en el último tiempo se ha hecho presente a través de múltiples acercamientos disciplinarios la exigencia de la concepción valorativa de los actos.

Una de las disciplinas que con más énfasis ha puesto esta exigencia es, desde hace 20 años, la Bioética. La Bioética representa en el fondo la rebelión moral desde un plano transdisciplinario frente a una realidad estrictamente tecnificada.

En nuestro mundo contemporáneo caracterizado por la globalización, la Bioética ha enfrentado el sentir y pensar de las sociedades pluralistas fomentando y educando al respeto por la diferencia, representado en este caso por la interpretación de la muerte y los rituales con que la acompañan las distintas creencias que conviven estrechamente.

El respeto por la diferencia conduce a la tolerancia, uno de los más grandes logros en apoyo a la dignidad humana en contra de la discriminación étnica y cultural.

El acontecer de la muerte

La conducta del hombre frente a la muerte es acuciosamente estudiada por la psiquiatra E. Kübler-Ross en su libro *"Sobre la Muerte y los Moribundos"*. Ella ha descrito después de una observación cuidadosa de un importante número de moribundos, la presencia de etapas que aparecen en el transcurso del proceso de la muerte, las que en un gran porcentaje de pacientes permiten ser claramente diferenciadas y en el resto se mezclan o se superponen, con predominio de alguna de ellas. Estas etapas son: a) Negación y aislamiento. Frente al conocimiento cabal o de la fundada sospecha de la presencia de la muerte eminente, el paciente reacciona con total negación del hecho y aislamiento de las persona de las cuales supone que le entregarán seguridad acerca de la veracidad de este hecho. b) Aparición de ira, resentimiento y envidia en relación con el mundo no afectado con su realidad de moribundo. Su pregunta predominante es "¿por qué yo y no otro?". c) Se intenta una especie de pacto u alianza con su médico o con las personas que lo asisten. Este intento de alianza también se realiza con su creencia fundamental. d) La depresión caracteriza esta etapa, marcando el riesgo de aparición de un importante deterioro en la condición clínica del paciente, e incluso la potencialidad, si sus condiciones físicas se lo permiten, de un suicidio. e) En último

término aparece la aceptación de la muerte, ya no como una resignación obligada y dolorosa, sino como una relación frente a un hecho que comparte la realidad y la importancia de la vida, y que por lo tanto, debe ser también aprovechada como las últimas posibilidades de acción personal. Aparece así la muerte como "acción humana". "Quiero saber que me muero", reza un verso de Guillén. "Quiero vivir mi muerte", nos dice Rilke. *Licht, mehr Licht* (Luz, más luz) clama Goethe.

En el tiempo previo, siempre variable, del acontecer de la muerte debe predominar en los que se encuentran ligados con el paciente, a través de vínculos de cualquier naturaleza, la Beneficencia para quien se encuentra en dicho trance. Beneficencia expresada en comprensión, cercanía, acogida, contención emocional. Impedir la aparición de la etapa depresiva y establecer, si esto es logrado, una comunicación real y espontánea a la altura intelectual y emocional requerida por el paciente y procurar que en sus últimos actos se realicen sus ideales de vida. Hacerle comprender que toda vida para merecer el carácter de tal y especialmente de "vida buena", implica incorporar estos momentos, los cuales pueden en muchos casos ser los más trascendente dentro de esa existencia. Cuando el tiempo apremia, el espíritu puede iluminarse y cambiar totalmente el sentido de la temporalidad vivenciada por el moribundo. Un minuto de recogimiento, solo o acompañado, pueden ser más significativos que años de obstinación en el desarrollo de proyectos ya pretéritos.

No es inhabitual que la muerte desconcierte más a los acompañantes que al mismo protagonista. Debemos, por lo tanto, prepararnos para ese momento en nosotros mismos, y de esta manera, nuestra ayuda proyectada sobre el otro será real y convincente, e incluso, útil para el desarrollo personal de ambos.

La educación acerca de temas de la vida y en ella la muerte debe ser una aspiración de todos los participantes de una sociedad. Lo conocido es natural en su acontecer. La vida-muerte es la realidad de todo existir y no podemos pretender actuar dicotomizados, pues de esa manera nunca alcanzaremos la sabiduría necesaria para aceptar el desafío de ser dignamente hombres. El hombre, poseedor único de la muerte (Heidegger) (8) "habita poéticamente sobre la tierra..." (Hölderlin).

Es necesario analizar en esta situación el rol del médico que representa el saber especializado con respecto a la muerte. En su actitud debe manifestarse con la máxima expresión la Beneficencia, la cual implicará la correcta excelencia de saber y asumir que la muerte no es un fracaso dentro de la escalada del éxito profesional, sino una parte de la misma profesión, cuya correcta actitud lo convertirá en el que reconozca la dignidad del acto de

morir aplicando la acogida y el cuidado en vez de la activa curación de la enfermedad causal del desenlace. Incluso su tarea no termina con el cese de la terapia curativa, sino que a él le corresponde el diagnóstico de la muerte y la comunicación de ésta a los acompañantes. No sólo diligencia, sino acogida y entrega, por el que fue en vida su paciente, otorgándole su confianza y manejo de su enfermedad, máximo regalo de un hombre sufriente, hecho que debe saber agradecer en el recuerdo y traspasar éste a la familia, la cual es ahora la necesitada de apoyo. No solamente diligencia profesional, sino verdadera Beneficencia. "La medicina cura poco, ayuda a veces, pero debe acompañar siempre".

Bibliografía

1. Lolas F. Proposiciones para una Teoría de la Medicina. Santiago, Chile: Ed. Universitaria, 1992.
2. Zubiri X. Sobre el Hombre. Madrid: Alianza Editorial, 1986.
3. Laín Entralgo P. Antropología Médica. Madrid: Salvat, 1984.
4. Gracia D. Ética y Vida. Tomo III. Bogotá, Colombia: Ed. El Búho, 1998.
5. Ferrater J. El Sentido de la Muerte. Buenos Aires: Ed. Sudamericana, 1947.
6. Aries Ph. Ensayo sobre la Muerte en Occidente. Barcelona: Argos Vergara, 1982.
7. Ortega y Gasset J. En Torno a Galileo. Madrid: Alianza Editorial, 1994.
8. Heidegger M. Construir, Habitar, Pensar. Filosofía, Ciencia y Técnica. Santiago, Chile: Ed. Universitaria, 1997.

Muerte cerebral

Manuel Pérez

Breve perspectiva histórica de la muerte en el discurso médico

El discurso médico de la muerte se remonta a los inicios de nuestra civilización occidental, hace aproximadamente 2.500 años. Este diálogo con la explicación de la muerte o su intento de interpretación a través del pasado, constituye una fuente imprescindible para su comprensión esencial en el momento actual.

Recordemos que el hombre griego daba una crucial importancia a su desarrollo como persona a la íntima relación con su comunidad o polis. El hombre se hacía persona en sí mismo y conseguía la finalidad de su vida otorgando importancia no solamente a su persona sino también a los deberes correspondientes al quehacer social, en una comunidad estructurada. La muerte, realidad de todos los tiempos, fue de una u otra forma interpretada y manejada en forma esencial por el acto médico. Dada la especial importancia que tenían las acciones con respecto a la vida y la muerte y con la salud de los hombres, el médico realizaba una de las actividades que la ciudadanía griega calificaba como de excelencia. Recordemos que acciones de excelencia eran consideradas la política, la filosofía, la actividad militar y la acción médica. En todas ellas, por ser actividades de excelencia en una comunidad, se exigía a quien las practicara, el carácter de excelencia. Excelencia en términos griegos se denominaba *areté*, traducido posteriormente a la versión latina como virtus o virtud. *Areté* no se relaciona en forma directa con una concepción moral del acto, sino como la posibilidad de excelencia que una cosa en sí misma debía poseer o que una acción humana en función de un propósito debía realizar. Así, al médico se le exigía un *areté* de médico. De ahí la clásica formulación que un médico moralmente bueno debía ser previamente un buen médico en su arte.

La medicina griega era absolutamente natural o fisiológica. Cada persona debía alcanzar su realización total y plena en este mundo, formando así

parte constitutiva del cosmos u orden universal de la naturaleza. La enfermedad y también la muerte por cualquier causa que ella se produjera, era una perturbación en la posibilidad de realización de la naturaleza. Sin embargo, la muerte era considerada como un hecho natural dentro del proceso de la vida: nacimiento, desarrollo, esplendor en la potencialidad transformada en acto, deterioro posterior, y finalmente muerte como acontecer aceptado. A través de Sófocles, sabemos que la única forma en que el espíritu de un muerto coparticipaba en la existencia terrenal, era regresando a su íntimo contacto familiar.

¿Qué significaba para los griegos el hecho de morir? La muerte era una connotación negativa de la vida, hecho comprensible en una estructura naturalista del pensar. ¿Qué se perdía de la realidad humana para que un sujeto se transformara en un muerto? Existían en relación al hombre tres funciones fundamentales que eran dirigidas cada una, por un alma determinada. La primera y más básica era la vegetativa, de nutrición u orgánica, la que residía en el abdomen, siendo su órgano principal el hígado. La segunda, la de la vitalidad, daba la vida animal propiamente tal, alojaba en el tórax, siendo su alma el corazón. El intelecto, la razón o la psiquis, residía en el cráneo, siendo representado por el cerebro. Los griegos definieron que a la pérdida de la vitalidad, es decir la pérdida de la función vital representada por el corazón, correspondía la muerte del individuo total (1). Debe advertirse que en esta doctrina, la mantención de funciones exclusivamente orgánicas, nutricias y/o vegetativas, no representaba vida animal. Al término del impulso vital seguía en forma inevitable la pérdida de la función psíquica o mental y posteriormente la vegetativa. Sin embargo, basados en relatos del propio Galeno (2), podemos observar que en ocasiones, la muerte no seguía un recorrido ascendente, es decir de corazón a cerebro, sino que se realizaba en sentido contrario o descendente. Frente a una lesión máxima del cerebro, le seguía irremediablemente, a través de un tiempo variable, la extinción del espíritu vital o latido del corazón. De esta manera, la dinámica de la aparición de la muerte en esa cultura, abre los primeros antecedentes para nuestra conflictiva contemporánea entre muerte cerebral y muerte de causa cardiorrespiratoria.

Cuando aparece la conjunción de la cultura griega con las culturas semíticas, judaica y cristiana, el alma aparece como una creación directamente divina e infusa en la corporeidad del hombre. Por lo tanto la muerte, el cese del hombre en cuanto tal, es la separación del alma de dicho cuerpo, esperando una próxima unidad en el Juicio Final. Tanto para los griegos como para el pensamiento medieval, expresado en la escolástica, el alma poseía un atributo de eternidad.

A esta concepción de vida como armonía, se opone a finales del siglo XVIII la postura de un anatomista francés, Bichat (3), el que plantea que la vida sólo constituye las resistencias que opone un organismo frente a la muerte. Al mismo tiempo precisa la existencia en los mamíferos, incluyendo obviamente al ser humano, de dos diferentes sistemas nerviosos, a saber, uno de relación, ligado estrictamente con los procesos de la vida o vital en sí mismo y otro de carácter vegetativo, no ligado con la existencia volitiva. Estos dos sistemas son de comportamiento absolutamente diversos tanto en su inicio embriogenético, como en el momento de la muerte. El cese de función del sistema nervioso de relación explicaría la muerte del sujeto, debido a que el sistema vegetativo, de nutrición o autónomo no sería responsable en este desenlace. Debe tenerse en cuenta que atributos como el movimiento voluntario, la voluntad en sí misma, la intencionalidad, tienen su referencial estructural en el sistema nervioso de relación.

Más tarde, Winslow (4) planteará una formulación famosa en su tiempo: es fácil saber que hemos de morir, pero es muy difícil discernir cuando esto ocurra. Basaba esta afirmación en la observación de paros cardíacos, los cuales constituían la muerte de la persona y que, sin embargo, con posterioridad se recuperaban, volviendo la vida a aquél que se consideró extinto. Tanto influyó este pensamiento, quizás por miedo, que la legislación estableció un período prudencial antes de enterrar a todo sujeto con posterioridad a un paro cardiorrespiratorio. Este tiempo se estableció en 24 horas. Paradojalmente esta legislación se mantiene hasta nuestros días.

Debemos citar también la opinión de Virchow (5), biólogo e histólogo de gran envergadura, creador de la teoría celular, el cual identificó la muerte con la destrucción de la célula misma. La destrucción celular es la fisonomía de la muerte. De esta manera, la muerte sólo podía ser absolutamente declarada en presencia de la descomposición del individuo o de las partes de él que fueran consideradas más prominentes. Tómese en cuenta, que ya desde esa época, se hacía referencia a que un paro cardiorrespiratorio no producía muerte celular, pero una lesión cerebral, la cual llevaría posteriormente a la muerte, producía la destrucción de la neurona misma. Es obvio, que ninguna cultura pretendería esperar la putrefacción total del individuo antes de proceder a su enterramiento. Esto otorgó, sin embargo, más importancia al período prudencial de 24 horas antes de la inhumación.

Hasta mediados del siglo XX el diagnóstico de la muerte utilizó como indicador el paro cardiorrespiratorio irreversible, hecho que debía ser comprobado por el médico para tener valor legal. Esta definición de muerte era compartida desde el sentir comunitario e incluso utilizada por los no profesionales de la salud.

A mediados del siglo XX aparece en la comunidad médica internacional una nueva forma de definir la muerte. Esta definición se basa en criterios estrictamente neurológicos y ha sido llamada muerte encefálica o muerte cerebral.

Concepto de coma sobrepasado y de muerte cerebral

En 1959 Mollaret y Goulon (6) describen la observación de pacientes con masivo daño cerebral lo que clínicamente se expresaba en un coma profundo, flácido, arrefléctico, con ausencia de reactividad frente a cualquier estímulo, los que se acompañaban después de un período variable, a pesar de todos los esfuerzos terapéuticos, de paro cardiorrespiratorio irreversible. A este estado Mollaret denominó "coma sobrepasado". En ningún caso Mollaret se refirió a muerte cerebral. Hizo exclusivamente una asociación en cuanto a la temporalidad en la aparición de sucesos que demostraban un daño cerebral de máxima gravedad y la aparición inevitable de muerte por colapso cardiorrespiratorio en un tiempo variable. Es necesario considerar que Mollaret conocía descripciones similares a la suya pero carentes de sistematización. A manera de ejemplo, en 1902, Harvey Cushing (7) describió una condición en la cual, como consecuencia de un tumor cerebral, un paciente conservó solamente actividad cardiorrespiratoria y murió a las 23 horas de observación. Cushing anotó que McEwen, Hosley y Hudson habían reportado similares casos en años anteriores (8).

Este hecho no pudo pasar desapercibido, ni tampoco ser excluido de otra intencionalidad por la comunidad médica mundial. De esta manera, el llamado coma sobrepasado, fue el origen de una entidad clínica considerada inicialmente predictora de la muerte irremediable del ser humano. La hipótesis puede resumirse de la siguiente manera: Si las condiciones expresadas por Mollaret, pueden ser establecidas médicamente sin duda alguna, entonces estaremos en condiciones de aceptar que el individuo que reúna estas características, está condenado irremediablemente al paro cardiorrespiratorio posterior irreversible. El paro cardiorrespiratorio irreversible es sinónimo de muerte. Por lo tanto, debemos asumir que las condiciones neurológicas planteadas por Mollaret se identifican con el de muerte del individuo, ya que en dichas condiciones clínicas es imposible otra evolución. Conjuntamente los estudios de la conducta humana y su relación con la actividad cerebral postulaban que en caso de destrucción total del encéfalo, el individuo carecía irremediablemente del sustrato morfofuncional indispensable para mantener la vigilancia (capacidad de estar despierto) y para la realización de las llamadas funciones cerebrales superiores, cognición, autopercepción o reconocimiento de sí mismo y total ausencia de proyección futura de su conducta. En las condiciones descritas debía considerarse al sujeto como muerto.

Es posible que las cosas quedaran a ese nivel, exclusivamente de asociación causal y que la muerte se mantuviera como una predicción en relación al estudio de Mollaret. Sin embargo, el avance tecnológico científico en relación al soporte vital, especialmente de carácter cardiorrespiratorio, hizo posible plantearse otro dilema. Si contamos con los recursos técnicos para mantener la función cardiorrespiratoria por un tiempo teóricamente igual al infinito, ¿Debemos hacerlo en aquellos pacientes que presentan clínicamente las características descritas por Mollaret? ¿No significa esto sólo prolongar en forma estéril una existencia sin ningún propósito de evolución? ¿No nos permite la observación de Mollaret, afinada con nuevas técnicas de examen, la posibilidad de discontinuar nuestro apoyo cardiorrespiratorio de carácter artificial a aquellos pacientes, que dadas sus características neurológicas no tienen opción de recuperar posteriormente la vida o están ya muertos?

Paralelamente a estas inquietudes, aparece en el mundo la posibilidad de realizar una nueva terapia frente a enfermos catalogados, hasta ese momento, como terminales. La posibilidad de transplante de órganos sólidos se abría como una perspectiva providencial. Sin embargo, para el éxito de dicha terapia, era necesaria la obtención de donantes con características biológicas bien definidas, para que los órganos extraídos de dicho donante, no presentaran los elementos de destrucción causados por la muerte del individuo total. Si podemos discriminar en forma absoluta a los pacientes que pueden morir en forma irremediable, podremos entonces utilizar sus órganos para realizar en forma más efectiva transplantes salvadores de otras personas. ¿En qué momento podemos extraer los órganos para realizar dicha acción terapéutica? La respuesta estaba al alcance de la visión médica, el momento en que se cumplieran los requisitos para diagnosticar un coma sobrepasado, que desde ese instante sería asimilado al concepto de muerte cerebral, y este concepto de muerte cerebral, debería ser al mismo tiempo aceptado como la muerte total del individuo. Si el individuo se declaraba muerto dadas estas condiciones clínicas, no había impedimento ético ni legal para utilizar en excelente forma sus órganos sólidos para realizar los esperados trasplantes. Era una decisión obviamente utilitaria, pero lo utilitario reinaba en un mundo en el cual, lo valórico se reducía exclusivamente a lo emocional. En último término, es absolutamente válido desde un punto de vista emocional salvar la vida de pacientes potencialmente curables, utilizando como donantes a los individuos definidos en muerte cerebral.

De esta manera la profesión médica se planteó como objetivo obtener un determinado protocolo que precisara sin dudas, la existencia de un daño cerebral incompatible con la sobrevivencia del sujeto y que, por lo tanto, permitiere el diagnóstico de muerte cerebral homologable a muerte del individuo total. Este hecho no fue fácil, debido a los múltiples test, tanto

clínicos como de laboratorio, exigidos por uno u otro grupo, para asegurar la total irreversibilidad del proceso neurológico señalado.

Harvard en 1968 explicita en su clásico protocolo la equivalencia entre los términos de muerte cerebral y muerte del individuo total. "Nuestro principal propósito es definir coma irreversible como un criterio para la muerte".

Una definición de Coma Irreversible (1968) (9):

Informe del Comité *ad hoc* del Colegio Médico de Harvard para examinar la definición de muerte cerebral.

Nuestro principal propósito es definir coma irreversible como un nuevo criterio para la muerte. Existen dos razones por las que se requiere una nueva definición: (1) Avances en medidas de resucitación y soporte han llevado a aumentar los esfuerzos para salvar a aquéllos que están crónicamente enfermos. A veces estos esfuerzos tienen sólo un éxito parcial, por lo que el resultado es un individuo cuyo corazón continúa latiendo pero cuyo cerebro, está irreversiblemente dañado. La responsabilidad es grande tanto para los pacientes que sufren permanente pérdida de función cognitiva como para sus familias y los hospitales, que deben brindar cuidado a otros pacientes en estado comatoso. (2) Criterio obsoleto para la definición de muerte que puede llevar a controversia en la obtención de órganos para trasplante.

El criterio de Harvard se basa prácticamente en forma exclusiva en un estudio clínico establecido al lado de la cama del enfermo. El laboratorio exige exclusivamente la presencia de electroencefalograma plano con las características técnicas definidas por el propio protocolo.

Declara en forma taxativa que la condición de muerte puede ser determinada *solamente por un médico*. Aclara que la decisión de tal responsabilidad debe ser tomada por el médico a cargo en consulta con uno o más médicos, los cuales hayan tenido directamente relación con el caso. Declara también que es absolutamente indeseable forzar a la familia a tomar una decisión.

Hay que destacar, que este protocolo obedece y basa su justificación en las dos razones expuestas al comienzo y que se encuentran destacadas en el texto.

Hay que tener en cuenta que durante el período en que se aceptó el criterio de Harvard, la Ley en EE.UU., en sus 50 estados federales, trataba la cuestión de la muerte humana como algo de hecho y decidido en cada caso en particular. Cuando alguna duda existiese, la Corte pediría el análisis de un médico experto para dar su testimonio acerca de la condición de muerte de un individuo. Sin embargo, y esto fue de vital importancia, *la Ley declara que el criterio médico para determinar la muerte de un individuo no debe presentar dudas*

entre la comunidad médica, y por lo tanto, deberá ser aceptado por ella. De esta manera, la Ley se supedita al diagnóstico médico como fundamento de la muerte del individuo (10-15).

A pesar de la popularidad y generalización que obtuvo el Criterio de Harvard para determinar muerte cerebral, existieron en EE.UU. y también en otros países, múltiples intentos, con diferencias no apreciables para determinar el mismo diagnóstico. También existían posturas teóricas variables con respecto a contenidos de carácter neurofisiológicos, éticos y morales.

De esta manera, aparece en EE.UU. en 1981, la principal declaración de consenso que corresponde a la de la Comisión Presidencial (16), la que plantea una definición uniforme del acto de morir. Declara textualmente: "La muerte individual es muerte cerebral". Muerte cerebral significa "El cese irreversible de toda función del cerebro como totalidad incluyendo el tronco cerebral." En conjunto con el intento de consenso de la Comisión Presidencial se entregan guías para la determinación de muerte pedidas especialmente por la misma Comisión Presidencial señalada.

En ellas se advierte que solamente se trata de una guía de consenso y que no está obligada por la ley de los EE.UU. En todo caso, enfatiza que para el diagnóstico de muerte cerebral se requiere la presencia de médicos especialistas y con experiencia en el manejo de su profesión.

Para determinar la muerte cerebral deben asegurarse dos condiciones fundamentales: el cese total de la función cerebral y la irreversibilidad de este fenómeno.

El cese total de la función cerebral se realiza clínicamente al lado del enfermo siguiendo prácticamente los mismos indicadores del Criterio de Harvard.

La irreversibilidad del fenómeno debe demostrarse a través de un período de observación variable, el cual en manos expertas no debería exceder las seis horas, incluyendo si es necesario, la presencia de un EEG. En ausencia del electroencefalograma el período de observación puede alargarse hasta doce horas.

En caso de alguna duda pueden utilizarse otras metodologías de diagnóstico como potenciales evocados, estudio de circulación mediante arteriografía convencional de cuatro vasos, angiografía radioisotópica, o cualquier examen que se estime necesario.

Se hace especial mención a no aplicar los criterios descritos a pacientes con intoxicación medicamentosa, con hipotermia, a niños, y a pacientes que han sufrido *shock* previo.

A pesar de lo expuesto, el Criterio de Consenso Presidencial no obtuvo el resultado necesario existiendo diversas posturas aunque no fundamentalmente diferentes en distintos lugares del mundo.

Los criterios franceses no consideran al electroencefalograma como indispensable aunque deseable. La angiografía se utilizaría sólo en caso dudoso.

En Italia se incluye la ausencia de actividad eléctrica espontánea o inducida dentro de los criterios de muerte cerebral. No se considera la arteriografía.

En Noruega se incluye el electroencefalograma y la angiografía dentro de los criterios obligados.

Los criterios alemanes incluyen el electroencefalograma como deseable. En caso de no disponer de éste deben cumplirse plazos mayores de observación. La angiografía no es obligatoria sino sólo útil en casos muy dudosos.

Legislación en Chile:

1. En Chile se ha legislado desde 1982 mediante modificaciones del Código Sanitario en relación al diagnóstico de muerte cerebral y a la aplicación de este concepto en relación a la política de trasplante de órganos sólidos.
2. Posteriormente en 1996 se publica la primera modificación mediante la Ley N° 19.451, la cual es ampliada por el Decreto de Ley N° 656 publicada el 17 de diciembre de 1997.
3. La publicación de la Ley N° 19.451, el 10 de abril de 1996, produjo en Chile un intenso debate tanto de carácter médico técnico como filosófico en relación a los conceptos de muerte cerebral. De esta forma se planteó un requerimiento constitucional a varios de los artículos contenidos en dicha legislación, los cuales fueron discutidos a nivel Parlamentario, siendo finalmente aceptada la ley propuesta por S.E. el Presidente de la República.
4. La ley aprobada en Chile en relación a muerte cerebral y política de trasplante mantiene hasta la fecha importantes sectores de la población que sostienen teorías distintas desde el punto de vista médico técnico como conceptual y filosófico.
5. Fue tarea de la bioética en forma directa, plantear una discusión abierta en relación a estos temas, haciendo participar en la misma, las concepciones filosóficas de diferentes especialistas, hecho realizado públicamente en 1995.

6. En términos prácticos, la legislación chilena actual presenta dos puntos discutibles, a saber:
   a. La presencia de dos tipos de muerte para la población chilena: una de carácter cardiorrespiratorio y aplicable a toda la población; y una de definición neurológica y privativa para su aplicación a aquellos sujetos que cumplan los requisitos de potenciales donantes. Este hecho aunque paradojal, es único en la legislación mundial.
   b. La petición por parte de la Ley de un test de apnea para cumplir los requisitos de muerte cerebral, sin precisión en la técnica de realización de dicho test.

Comentario. Actualmente en Chile el concepto de muerte cerebral es aplicado en todas las instituciones de salud, existiendo además un programa nacional en lo que se refiere al trasplante de órganos sólidos.

A pesar de esto existen instituciones de prestigio que mantienen una postura contraria a la conceptualización de muerte cerebral.

Paralelamente, la población ha adquirido un consenso en la aceptación de muerte cerebral, pudiendo precisarse que este consenso no se ha logrado en la comprensión del significado real de muerte cerebral sino que en la aplicación práctica del programa de trasplante de órganos. De esta manera, cada día son más las personas que expresan su deseo de donación de órganos con posterioridad a su fallecimiento en condiciones de muerte neurológica. Esto es solicitado a nivel de declaración frente a notario público, declaración de voluntad en el mismo sentido, frente a un funcionario del Registro Civil al momento de obtener o renovar su cédula de identidad nacional, declaración de la voluntad de donar para estos fines expresada ante el médico del Gabinete Psicotécnico en la que corresponda y manifestación de voluntad de donar su cuerpo en caso de muerte, expresada ante el Director del Hospital o Clínica al momento de internarse.

Las condiciones de donación recientemente descritas corresponden a los artículos 13 y 14 del Título 3 "De la Extracción de Organos a Cadáveres", la que se encuentra en el Decreto N° 656 del Ministerio de Salud.

El conflicto bioético en relación a la concepción de muerte cerebral, se ha visto reducido a discusiones fundamentalmente eruditas en relación a conceptos técnicos y/o filosóficos.

Se ha observado una aceptación progresiva en cuanto a la donación de órganos, especialmente por la población joven de este país.

Muerte neocortical

Muchos autores proponen aceptar como alternativa –la cual no plantearía conflictos con la definición conceptual de muerte, como tampoco con la forma operativa de diagnosticarla– asumir que por muerte cerebral o muerte total del individuo, debe entenderse el cese irreversible de aquellas funciones que hacen que el hombre sea lo que realmente es. Es decir, se refieren fundamentalmente a aquellas condiciones del contenido de conciencia, como el manejo de la abstracción, la aparición del lenguaje, la formulación de nuevos problemas, la obtención de una personalidad u originalidad propia. Los atributos anteriormente expuestos, desde un punto de vista biológico neurofisiológico, residen obviamente en la estructura cerebral. Debe tomarse en cuenta que para la manifestación de la propia personalidad y de los procesos psicológicos de autoconciencia del yo, no se requiere de la totalidad del cerebro, sino que la mantención de los dos tipos de conciencia anteriormente expuestos. El primero sería el de mantener la conciencia alerta o el sujeto despierto y el segundo el de mantener aquellas estructuras neurofisiológicas, que de una u otra manera, son responsables de la actividad psíquica, personal y original del ser humano. Nos referimos a la existencia viable del neocórtex (17, 18). Por lo tanto, la conflictiva planteada en relación a la ausencia de armonía conceptual y pragmática debido a la carencia de indicadores necesarios para determinar muerte cerebral total, sería solucionada por una muerte definida en función de la no-existencia de actividad neocortical.

Frente a esto, muchos autores proponen, que si se define conceptualmente a la muerte cerebral como el cese total de la función cerebral incluido el tronco cerebral, queda explicitada la ausencia de toda capacidad de conciencia del despertar, y que ello implicaría también la imposibilidad de acción neocortical subordinada a esta conciencia primaria, y el ser humano dejaría de existir como persona.

Esta posición es discutida por otro grupo, los cuales plantean que una definición debe englobar en sí misma una unidad diagnóstica y no expresar en dos vertientes, en este caso en dos tipos de conciencia la muerte del individuo.

Entre los estudiosos de neurofisiología de la conducta, la postulación de muerte cerebral en el sentido de muerte del individuo humano en cuanto tal, debería plantearse sin duda en relación al cese de la actividad neocortical, debido a que ella es el sustrato neurofisiológico en que se deposita toda nuestra interioridad original o de persona. Todo otro planteamiento, sería exclusivamente de origen emotivista y, por lo tanto no resistiría una crítica en el sentido del estado de la ciencia actual (17, 18).

A manera de ejemplo, plantean el caso de los anencefálicos (19). En su criterio, el problema médico estaría en poder diferenciar intraútero y sin dificultad diagnóstica, la existencia de una anencefalia real. Desde el momento en que esto pudiera hacerse sin duda alguna, la presencia de un individuo propiamente tal, o de un representante de la especie humana, sería absolutamente negada y podría procederse sin problema al aborto eugenésico. El conflicto se plantearía si existiera la disyuntiva diagnóstica entre la existencia o no de una anencefalia.

Del mismo modo se plantean frente al estado neurovegetativo persistente (20). Para ellos, estos individuos no presentan ninguna posibilidad de expresar lo que es fundamentalmente humano, es decir su originalidad o personalidad. De esta manera, no son considerados como representantes de "la familia humana" y deberían ser declarados muertos. Plantean que, por condición emocional o emotivista, no podrían ser sepultados con corazón latiendo y respirando en forma espontánea. Aclaran que en la misma forma en que un paciente con diagnóstico de muerte cerebral se desconecta del respirador, esperando el médico el tiempo necesario para que deje de latir el corazón, cosa que ocurre en unos pocos minutos, el médico frente a un estado neurovegetativo debería suspender toda asistencia médica, la que radicaría especialmente en nutrición e hidratación. Este hecho sólo diferiría del anterior en cuanto al tiempo necesario para que se produjera el paro cardíaco. En el caso cardiorrespiratorio se esperarían minutos y en el caso del paciente neurovegetativo persistente, días o semanas, pero con igual resultado. Arguyen también que en un paciente declarado muerto frente al estado de la ciencia médica, el uso de drogas que paralizaran su actividad cardiorrespiratoria no sería considerado como eutanasia, ya que el paciente previamente estaría considerado como muerto. Esto aliviaría la sensación emotivista de una población no acostumbrada a enfrentar los problemas médicos desde el punto de vista de la ciencia en sí misma (21, 22).

Linda Emanuel (23) recientemente ha propuesto una definición que consta de una frontera denominada inferior y aplicable a todos los casos, basada en el concepto de muerte cardiorrespiratoria. En el otro extremo, para poder utilizar el concepto de muerte cerebral, el que puede incluso incluir al estado vegetativo persistente, se requiere la aceptación previamente del sujeto autónomo y válido o la subrogación adecuada. De esta manera, pacientes que han declarado previamente o son subrogados, pueden entregar sus órganos en donación cuando se ha diagnosticado muerte cerebral por daño total e irreversible del cerebro total, e incluso, en estado vegetativo persistente o anencefalia. Al mismo tiempo, se permite la no-aceptación del diagnóstico de muerte cerebral por pacientes o subrogados que se oponen a este concepto, cualquiera que sea la causa de esta postura contraria. Así, el

concepto de autonomía es decisivo para la elección de la definición de muerte más adecuada para cada individuo en particular. Basado en esta doctrina, una determinada persona puede elegir en forma libre, o decidir por él quien lo subrogue, el nivel superior, es decir la aceptación del concepto de muerte cerebral incluso el de estado vegetativo persistente con el objeto exclusivo de donar sus órganos, y por otro lado, no aceptar el concepto de muerte neurológica ni el estado vegetativo persistente, para ser declarado muerto total y posteriormente ser enterrado o cremado. Esta última consideración obliga a que el individuo sea dignosticado mediante paro cardiorrespiratorio.

Bibliografía

1. Gracia D. Vida y muerte: Bioética en trasplante de órganos. En: Esteban García A y Escalante JL. Muerte encefálica y donación de órganos. Madrid: Imprenta Comunidad de Madrid, 1995; 19.
2. Gracia D. Vida y muerte: Bioética en trasplante de órganos. En: Esteban García A y Escalante JL. Muerte encefálica y donación de órganos. Madrid: Imprenta Comunidad de Madrid, 1995; 22.
3. Bichat X. Investigaciones fisiológicas sobre la vida y la muerte. En: Laín Entralgo P. Madrid: Bichat, 1946; 225.
4. Winslow B J. Quaestio medico-chirugica. t. III. Paris: F. Chaussier, 1740.
5. Gracia D. Vida y muerte: Bioética en trasplante de órganos. En: Esteban García A y Escalante JL. Muerte encefálica y donación de órganos. Madrid: Imprenta Comunidad de Madrid, 1995; 24.
6. Mollaret P. Le coma dépassé. Rev Neurol 1959; 101-03.
7. Cushing H. Some experimental and clinical observations concerning states of increased intracraneal tension. Am J Med Sci 1902; 124:375-400.
8. Council for International Organization of Medical Sciences: The removal of an organ from a patient being kept alive artificially. Presse Med 1968; 76:1390.
9. A definition of irreversible coma: Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death. JAMA 1976; 205:337-40.
10. Curran WJ. Legal and medical death: Kansas takes the first step. N Engl J Med 1971; 284:260-61.
11. Taylor LF. A statutory definition of death in Kansas. JAMA 1971; 215:296.
12. American Bar Association: Report of the Committee on Medicine and Law. Forum 1975; 11:300-03.
13. The House of Delegates Redefines Death, Urges Redefinition of Rape, and Undoes the Houston Amendment. Am Bar Assoc J 1975; 61:463-66.
14. Conference of Royal Colleges and Faculties of the United Kingdom: Diagnosis of brain death. Lancet 1976; 2:1069-70.
15. American Medical Association Judicial Council Opinions and Reports. Chicago, AMA Press, 1977.

16. Guidelines for the determination of death. Report of the Medical Consultants on Diagnosis of the Death to The President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Neurology 1982; 32:395.
17. Green MB, Wikler D. Brain death and personal identity. Philosophy and Public Affairs 1980; 9:105-33.
18. Vaetch RM. Death, Dying, and the Biological Revolution. New Haven, CT: Yale University Press, 1989.
19. Medical Task Force on Anencephaly: The infant with anencephaly. N Engl J Med 1990; 322:669-74.
20. Cranford RE. The persistent vegetative state: The medical reality (getting the facts straight). Hastings Cent Rep 1988; 18:27-32.
21. Annas GJ. Nancy Cruzan and the right to die. N Engl J Med 1990; 323:670-73.
22. Orentlicher D. From the Office of the General Counsel. Cruzan v Director of Missouri Department of Health: An ethical and legal perspective. JAMA 1989; 262:2928-30.
23. Emanuel LL. Reexamining Death: The Asymptotic Model and a Bounded Zone Definition. Hastings Center Report 1995; 25(4):27-35.

Conceptos aceptados en Occidente en relación a muerte cerebral

Manuel Pérez

Conceptos en relación al discurso biológico de la muerte

1. El concepto de coma sobrepasado de Mollaret, el que vincula daño cerebral claramente definido con desenlace último por muerte cardiorrespiratoria, es fundamental. De aquí surge la aspiración de la medicina de determinar correctamente la magnitud del daño cerebral que es irreversible y que involucra la inevitable muerte del individuo. Desde el punto de vista neurofisiológico, la función del telencéfalo y del tronco cerebral constituye el sustrato básico tanto para la función de alerta como para el contenido de conciencia. De esta manera, la existencia del individuo en cuanto tal es imposible en circunstancias de daño encefálico de magnitud definida e irreversible, lo cual es factible de determinar y define la condición de muerte cerebral.

   El estado de muerte cerebral será seguido necesariamente de algún plazo de paro cardiorrespiratorio. Ambas condiciones, neurológica y cardiorrespiratoria pueden ser utilizadas como diagnóstico de muerte del individuo. Cuando acontece primeramente la muerte cerebral, no es necesario esperar otros parámetros para determinar el fallecimiento de la persona. Esta conceptualización es aceptada actualmente por casi la totalidad de las regulaciones del mundo occidental.

2. La problemática planteada es identificar la condición de daño cerebral irreversible con el concepto definido como cese total de la función del cerebro y tronco cerebral. El avance de la ciencia permite demostrar en el cerebro y en el tronco cerebral, residuos de actividad, lo que aparentemente contradice la conceptualización de cese total de función. Estos residuos, sin embargo, no permiten plantear actividad integrada, ni tampoco posibilidad de recuperación.

Grandes discusiones se han planteado en torno al significado de hallazgos endocrinos, electroencefalográficos, de potenciales evocados, o reacciones vasculares, en pacientes que cumplen con el criterio de coma sobrepasado. En todas las series estudiadas los pacientes que cumplen con el criterio de coma sobrepasado, vg, criterios de Harvard, desarrollan paro cardiorrespiratorio, a pesar de la presencia de actividad cerebral residual.

El criterio que algunos de estos pacientes no satisfacen, es el de ausencia total de actividad cerebral y de tronco cerebral, algo que es prácticamente imposible de lograr, frente a la creciente capacidad de observación de la ciencia.

Debemos diagnosticar magnitud de lesión y carácter irreversible de la misma en base a ciertos parámetros clínicos. Aisladas funciones endocrinas o eléctricas no definen actividad integrada ni posibilidad futura de relación.

3. Frente a la muerte, son válidos todos los discursos. Sin embargo, su diagnóstico es de responsabilidad médica, para la sociedad y la concepción jurídica. Todo debe estar transcrito en el lenguaje del especialista, pero al mismo tiempo, ser susceptible de difusión sin desmerecer en su contenido al pensar comunitario.
4. La metodología de la ciencia, el método hipotético deductivo, es el predominante. Desplazó en el mundo, al menos en forma mayoritaria, el intento de una explicación esencialista.
5. La clásica definición de muerte cerebral debe reflexionar sobre la conceptualización en lo que respecta al total cese de función encefálica.
6. El total cese de función cerebral es un ideal. La existencia de actividad encefálica residual no permite la concepción de mantención de vida, más aún en el caso de vida humana.

Conceptos en relación al discurso bioético en torno a la muerte cerebral

La intención básica para acuñar el concepto de muerte cerebral, está definida por Harvard y ratificada por la Comisión Presidencial de EE.UU., e intenta satisfacer necesidades de valores. Las razones son:

Inutilidad de mantener esfuerzos terapéuticos que sean ineficaces cuando se ha fundamentado a través de los protocolos internacionales la existencia de muerte cerebral, la cual (Comisión Presidencial de EE.UU.) es homologable a la muerte del individuo total.

En la relación médico-paciente aparecen dos conceptualizaciones básicas, Beneficencia y Autonomía. Beneficencia en el actuar médico con respecto a su paciente. Ejemplo ¿es beneficiente mantener con apoyo terapéutico a un ser humano que ha dejado de ser persona, según se deriva del diagnóstico de muerte cerebral? Terapéutica no justificada. Fútil esfuerzo frente a lo inevitable.

Autonomía define el respeto por la capacidad de todo hombre para decidir su propio acontecer, eligiendo como ejemplo, su opción entre el concepto de muerte de causa neurológica o cardiorrespiratoria.

En caso de la segunda opción puede exigirse la mantención de todo esfuerzo terapéutico a pesar de la existencia del diagnóstico de muerte cerebral. Como alternativa válida existe la declaración de un subrogante de la voluntad del paciente, quien decidirá finalmente la conducta a seguir. Lo expresado anteriormente se encuentra validado en legislaciones que consideran la Autonomía como expresión máxima de la libertad personal, hecho que es apoyado por la ley.

La ocupación inútil de recursos terapéuticos atenta directamente contra uno de los problemas más candentes de la atención sanitaria actual, la distribución de medios económicos. Incluso, en una institución privada, la decisión final de respetar el convenio médico-paciente, deberá ser decidida, en caso de conflicto, por la autoridad sanitaria o por la institución responsable.

Programas de trasplante de órganos sólidos. Sin diagnóstico de muerte cerebral, la terapia de trasplantes no se habría desarrollado en la manera que la conocemos en la actualidad.

Se requiere para ello un órgano extraño al paciente, con caracteres funcionales adecuados. El problema fundamental de estas terapias se refiere a la obtención de dichos órganos. Las técnicas de extracción, mantención y trasplante, han avanzado en forma vertiginosa. La sociedad requiere de estas técnicas desde el momento que el conocimiento científico médico obliga a combatir la enfermedad y recuperar en consecuencia la calidad de vida.

Estas terapias son de conocimiento público y anheladas, tanto por pacientes como por su grupo familiar. Los éxitos médicos en dicha terapia son ascendentes.

La donación de órganos en vida es cada vez mayor, expresando la íntima convicción, especialmente en la población joven, de su obligación, y porque no llamarlo amor, con respecto a sus semejantes enfermos. Dar el corazón, no en forma metafórica, sino real, es la máxima realización de compromiso en la vida comunitaria.

El hombre plantea que si está muerto, su muerte será útil para el otro, regala al otro, sin conocerlo, parte de su propia corporalidad. Máxima expresión de solidaridad en una sociedad que tiende progresivamente a suprimir este valor.

Máxima solidaridad a través de la aplicación de una técnica médica. Nuevamente una profesión de excelencia, con resultados de máxima calidad y con la expresión comunitaria de cooperación solidaria.

Los trasplantes no son fuente de recursos económicos para los donantes. Paradojalmente, en gratuidad aumenta el número de donantes.

Confraternidad, actualmente mundial en la política de trasplante de órganos. Éxito médico en que se unen la generosidad del donante, los equipos de salud, la infraestructura social y la aceptación comunitaria.

El concepto de muerte cerebral es interpretable por la comunidad en forma diferente en relación a su cultura, edad, etnia, filosofía y religión.

En las condiciones expuestas, no podemos plantear una ética basada sólo en la individualidad, aceptable, respetable pero no justificable frente a un criterio social.

Los trasplantes de órganos expresan un deber y un derecho de una comunidad para utilizar en forma justa y equitativa los recursos médicos siempre escasos.

El sentir social recibiría con satisfacción la existencia de un acuerdo tanto en el pensamiento médico como en el sentir "común" en relación a la conceptualización de muerte cerebral y de lo que ella realmente significa. Es fundamental fomentar la educación.

La bioética contextualiza el concepto de muerte y de muerte cerebral en lo biológico médico y humanista e intenta lograr el máximo de consenso entre las diferentes interpretaciones sobre la misma. Consenso total es imposible, pero es obligatorio el respeto al pensamiento de la minoría por una disciplina pluralista racional y crítica.

Eutanasia

Manuel Pérez

Actualmente la acepción predominante de la eutanasia es la acción u omisión que permite, acelera o provoca la muerte de un paciente terminal o de un recién nacido con graves malformaciones, para evitar sus sufrimientos. El concepto implica la intervención de un agente distinto del enfermo y que ella se realice por el bien de éste, movida por la compasión (1).

Eutanasia significa etimológicamente "buen morir". La muerte entendida como uno de los principales "ritos de paso" (2), es decir, el cambio incontrovertible de una situación biológica a otra, es acompañada de rituales explicativos, los que en último término, pretenden asimilarla culturalmente intentando una ayuda al morir, es decir, la obtención de un "buen morir", el que se expresará de acuerdo a la significación elaborada frente a este cambio irreversible (2).

El contexto cultural que envuelve a la eutanasia transforma en forma muy diversa su significado moral.

Las culturas primitivas se inclinaban a evitar el dolor de los moribundos acelerando de diferentes maneras la aparición de la muerte. "Humanizaban" la muerte ayudando a su aparición. Aplicando esta misma intención concebían que los niños minusválidos eran potencialmente portadores de discriminación y sufrimiento a lo largo de su vida y por lo tanto podían ser eliminados teniendo en cuenta que en la polis todo habitante cumplía con un rol determinado, no sólo para obtener su propia felicidad, sino para mantener el orden social exigido (3). El aborto, antes de aparecer la "sensación de la vida" (etapas precoces del embarazo), era aceptado por Aristóteles. Con la aparición de la medicina en Grecia, nace junto con el intento de curar la enfermedad, la institucionalización médica de la eutanasia. A este respecto podemos citar a Platón, para el cual la ciudad natural o perfecta ha de estar compuesta de hombres sanos, y constituyendo la ciudad un cuerpo ésta debe deshacerse de sus miembros enfermos (función eutanásica de los médicos, la que se

cumplía especialmente en la población no considerada ciudadana). "La medicina es apartar por completo los padecimientos de los que están enfermos y mitigar los rigores de sus enfermedades, y no tratar a aquéllos incurables, conscientes de que en tales casos no tiene poder la medicina" (Tratados Hipocráticos) (3). En Grecia se apreció una cierta tensión entre el platonismo, el que pretendía aplicar la eutanasia a los inservibles (función social), y el hipocratismo, el cual la reservaba para los incurables (función médica) (4). Lo relatado no representaba el sentir mayoritario de la comunidad como tampoco de la medicina, sino expresaba la opinión de grupos socialmente aceptados y de elevada cultura. Recordemos que el propio juramento Hipocrático prohíbe tanto la prescripción de fármacos letales como la insinuación para lograr la muerte mediante el suicidio. Es obvio que las discrepancias descritas aparecen en una comunidad altamente aristocratizante, en la cual los privilegios sólo eran destinados para los ciudadanos, lo que explica la diferente conducta moral entre ambos grupos.

Durante la Edad Media el pensamiento del mundo se mueve en general bajo la sombra de "la Cruz". El hombre es considerado criatura de Dios, y por lo tanto, no puede atentarse contra su vida, incluyendo la ayuda al morir por compasión, dado que la vida pertenece sólo al creador. Toda práctica eutanásica es prohibida, salvo la llamada interna, que refiere a la ayuda del alma del moribundo. Incluso se espera una muerte en estado de conciencia clara, que permita la preparación, tanto para las cosas del mundo como para las con Dios.

Sin embargo, existen opiniones aisladas, incluso en miembros de la propia iglesia católica, como F. Bacon, que plantea que "los médicos deben adquirir las habilidades de cómo puede el moribundo dejar la vida más rápida y silenciosamente" (5). A esto lo llamó "la investigación sobre la eutanasia externa o la muerte fácil para el cuerpo" (3). Sin embargo, en el plano médico de las catástrofes, como lo eran en general las epidemias, se aplicó la llamada "sangría suelta", la que acababa tanto con el sufrimiento como con la vida del paciente. Hay que considerar que en esta maniobra predominaba el quehacer sanitario sobre el de la compasión.

La clásica palabra "desahucio", con la que el médico reconocía la imposibilidad de curación de la medicina, dejando el paso expedito a la muerte, implica una concepción del límite de lo humano frente al desarrollo natural de lo que debe por fin acontecer, expresando así una alta consideración moral con el enfermo, la familia y el mismo. Este desahucio, como veremos, es asimilable al de eutanasia pasiva médica.

Durante el siglo XX, hasta la Segunda Guerra Mundial, se realizaron eutanasias sin el consentimiento de las víctimas (4). (Eutanasia activa, directa

e involuntaria, la que se ha considerado siempre por la humanidad como un crimen carente de toda justificación). Incluso se hicieron populares, basados en diversas teorías, proponer esta práctica especialmente en pacientes considerados "muertos" debido a su imposibilidad de pensar. Adquirió cierta importancia elitista el pensamiento de un darwinismo social, que abogaba por la eutanasia de los descapacitados física o psíquicamente. Además existió la tendencia de hacer responsable al Estado de todos aquellos individuos no productivos, al igual que de su responsabilidad sobre las muertes sucedidas durante las guerras.

También se plantearon discusiones fundamentalmente académicas frente a tesis psicologistas de autores que avalaban la aplicación de la eutanasia por motivos médicos, étnicos, económicos y sociales.

Desde la segunda mitad del siglo XX aparecen en el escenario social conceptos que obligan a una clara definición en relación a la eutanasia, la cual se transforma en un hecho aceptado o rechazado en relación a posturas que intentan una fundamentación basada en la enfermedad, la autonomía, la calidad y cantidad de vida y la justicia.

Autonomía en medicina (No civil ni política) (6). Refiere al derecho de todo hombre para decidir libremente sobre su cuerpo, especialmente en relación a la enfermedad, al conocimiento de la misma y la aceptación o rechazo del tratamiento ofertado. La Autonomía es considerada tardíamente en medicina, y por lo tanto, penetra con gran fuerza aliándose a otros movimientos de reivindicación social, especialmente en lo que se refiere a minorías postergadas o discriminadas. El derecho sobre el propio cuerpo implica obviamente decisiones con respecto a la muerte propia. El suicidio, anteriormente estigmatizado, es aceptado como una realidad, y para muchos, como un auténtico y basal derecho. El aumento de expectativa de vida y con ella de la vejez, de enfermos incurables, del dolor físico y psíquico, del dominio de la soledad en el moribundo, del traslado de la muerte a los hospitales, llevaron a plantear que la ayuda activa para "una muerte digna" debe ser un derecho ciudadano exigible a la medicina. Si debo morir debo poder hacerlo como y cuando quiera. No se pide, se exige la eutanasia activa voluntaria. Obviamente esta petición es más fuerte en los países anglosajones. (Recordemos que D. Hume en el siglo XVIII aceptaba el suicidio como un derecho).

Debemos tener en claro que la eutanasia activa es equivalente a matar y el hecho de matar no permite la justificación de la compasión (colocarse en el lugar del otro). El no matar es un deber de obligación perfecta y es exigido desde lo social expresado en la ley (código penal) y de aplicación universal.

Disminuir el sufrimiento del otro es un deber imperfecto y propiamente moral, es decir, decidido por cada cual y no exigible por la sociedad.

Sacralidad y calidad de vida (7). Inicialmente, en Grecia, la vida se consideraba parte de la *physis* o naturaleza, la cual era regida y ordenada por la ley natural y ésta por la divina. A esto se refiere Séneca en carta a Lucilo, en la que expresa "la sacralidad" y no la santidad de la vida. Es por lo tanto, imposible, dado esta concepción intervenir en la vida misma.

El concepto de calidad de vida es muy reciente datando del siglo xx, siendo utilizado inicialmente por la industria en lo referente a la calidad de materiales y luego por la economía y la sociología que buscan un indicador utilizable para medir el impacto en la forma de vida de las poblaciones y su eventual "calidad" en relación a determinadas acciones realizadas en ellas. En medicina la palabra calidad de vida se introduce en relación al avance de la técnica que obliga a plantearse un límite para su aplicación en el paciente, asociándose a expresiones como futilidad terapéutica, tratamientos extraordinarios en relación a ordinarios y límite de la medicina curativa para dejar paso al carácter paliativo de la misma. Su relación con la autonomía del paciente se hace evidente. Encuestas realizadas en EE.UU. demuestran que la capacidad de movilización, los dolores extremos y el cansancio debido a la enfermedad, el autocuidado y la posibilidad de comunicación intersubjetiva de los pacientes, son elementos considerados para calificar la "calidad de la vida", es decir, si ésta vale o no la pena de ser vivida o de mantener el esfuerzo para lograr su prolongación.

Para D. Gracia, la base de toda Ética y por lo tanto de toda formulación bioética es el concepto de "Sacralidad de la vida humana" planteado con carácter formal y por lo tanto universal. El respeto por la persona humana en su contenido material, es de carácter cultural e histórico y por lo tanto variable. El "Qué" del respeto es universal, El "Cómo" de ese respeto y la conceptualización material de hombre, respeto, etc., es variable y constituye en último término, la "calidad de vida", que cada comunidad debe decidir. Debe aspirarse alcanzar en todo momento el más alto nivel para ese respeto, lo que constituye en definitiva el acto moral. De esta manera, no contrapone los conceptos de sacralidad y calidad, sino que los yuxtapone.

El no matar se correlaciona con el concepto de calidad de vida de carácter público o de deberes perfectos, también llamados "ética de mínimos" y que obligan incluso en forma coercitiva. La beneficencia de disminuir el sufrimiento del moribundo, no puede, por lo tanto aplicarse, ya que ella representa un deber de realización privada y por ello supeditada a la concepción de respeto público por la vida humana en cuanto a su integridad.

Justicia. Constituyendo parte importante de la urdimbre social en la que se plantea el problema de la aceptación o rechazo a la eutanasia, está la falta de equidad y justicia de los medios de producción, de igualdad de posibilidades, de la diferencia y discriminación en la distribución de la salud, y el evidente mayor poder de los que ostentan la riqueza. Estas razones influyen poderosamente en que los pacientes que solicitan la ayuda médica para morir representen en su mayoría a los grupos desposeídos en los que se hace notoria la escasez de recursos sanitarios para controlar el dolor, la prácticamente ausencia de medicina paliativa para ellos, la carga económica imposible de sobrellevar para los mismos pacientes y su grupo familiar, la soledad acentuada de la pobreza y el desinterés de la sociedad en plantear una real solución.

De esta manera, elementos causales netamente economicistas basados en la desigualdad pueden participar en forma muy importante en la aparente solución que ofrece la eutanasia para sobrellevar sus sufrimientos.

Formas de eutanasia (1)

El acto mismo de eutanasia puede realizarse de dos maneras:

Pasiva. Lo que define fundamentalmente a la eutanasia pasiva es la ausencia de intencionalidad de matar por parte del médico o personal de salud. La ayuda al bien morir se plantea definiendo en forma acertada el límite del acto terapéutico y por lo tanto la futilidad o inutilidad de prolongarlo. Este tipo de eutanasia permite que la muerte aparezca en forma natural y por lo tanto, comparable al antiguo desahucio. Evita de esta manera todo tratamiento desproporcionado o extraordinario. A manera de ejemplo, podemos pensar en la abstención de diálisis en paciente con cáncer terminal. En ningún caso debe asimilarse al sólo dejar morir, pues desde el momento en que aparece la decisión de no hacer nada activamente en el sentido del curar, aparece la obligación del cuidar, tanto físico, psíquico y espiritual. Paradojalmente puede convertirse en el período de la enfermedad que más obligue a actuar. Lo dominante es la mantención de la dignidad del paciente. Es el despliegue total del "buen morir".

Si el paciente se encuentra en condiciones psíquicas de darse cuenta de su estado es mandatorio el trato prudencial con la verdad de su estado, siendo el objetivo final, si éste puede lograrse, la aceptación del moribundo y la vivencia de la proximidad de la muerte considerada como último acto propio y original del paciente.

La eutanasia pasiva no entra en problemáticas directas con la moral, pero habitualmente sí con una adecuada aplicación de la beneficencia si no se

realizan las acciones señaladas en el párrafo anterior. No hacer en lo terapéutico curativo exige mucho quehacer en el dominio de los deberes imperfectos o ética de máximos.

Debe tenerse en cuenta que la eutanasia pasiva implica la aceptación del paciente o de los subrogantes lo que obliga a una máxima prudencia y oportunidad para obtenerlo.

Es necesario destacar, por su frecuencia, la llamada "orden de no resucitación". Ésta se refiere a la indicación de no realización de maniobras de reanimación cardiorrespiratorias en pacientes considerados como terminales, en el supuesto que prolongar su vida de la forma descrita constituye un acto terapéutico extraordinario. Estas maniobras conllevan en muchas oportunidades a ingresar al paciente a unidades de tratamiento intensivo y la aplicación de respiradores artificiales. Además, por rápida y efectiva que sea la resucitación, en pacientes terminales se agrava su estado basal y se viola su dignidad de merecer un mejor morir. Este tipo de orden requiere de consentimiento informado.

Grandes dilemas se producen en pacientes con grave e irreversible daño cerebral que no presentan condición de muerte encefálica. ¿Se les alimenta? ¿Se les hidrata? La opinión anglosajona predominante es suspender incluso estos apoyos mínimos, dado que si el enfermo no sufre y está condenado a morir, toda ayuda es por definición fútil y justificada sólo desde el emotivismo (8). En nuestro medio, habitualmente se mantienen esos apoyos basados en consideraciones de carácter especialmente cultural. "Lo mínimo es el pan y el agua".

Otro problema de no menor envergadura, se suscitaría en pacientes en estado neurovegetativo o con daños severos de la función psíquica en aquellas comunidades que aceptan el concepto de muerte neocortical como expresión de la muerte del individuo total. Hasta el momento no existe jurisdicción que avale este postulado y por lo tanto, los pacientes descritos deberán recibir cuidados paliativos en la forma anteriormente especificada. Sin embargo, debemos estar preparados para ese tipo de situación.

Como hemos visto, el problema de la eutanasia pasiva es de gran complejidad y de aplicación diaria en el ejercicio de la medicina, planteando siempre dilemas de toma de decisiones que deben ser prudenciales y profundamente meditadas por los clínicos.

Eutanasia activa directa. En este caso, el agente de la eutanasia activa actúa directamente en el moribundo con la intención de suprimir su vida. A manera de ejemplos, pueden utilizarse dosis de fármacos letales o el retiro de medidas de apoyo, las cuales eran absolutamente necesarias para mantener

la vida. Esta acción puede realizarse con el consentimiento del paciente, si sus condiciones psíquicas así lo permiten (eutanasia directa voluntaria), o sin requerir su consentimiento (involuntaria). En ambos casos existe la clara intención de matar por compasión. La eutanasia directa voluntaria se encuentra despenalizada en Holanda, lo que significa una figura legal diferente a su aceptación legal directa. Para realizarse se exige la petición del paciente frente a dos médicos diferentes, uno de los cuales no es el tratante y la consiguiente aceptación de ambos, los que reconocen que el que la solicita es portador de enfermedad incurable no encontrándose impedido por enfermedad psíquica. Se requiere un tiempo de reconsideración del paciente en relación a su petición y la mantención de ésta. Con posterioridad y en día y lugar fijado por paciente y médico tratante se procede a la eutanasia, la que se realiza mediante fármacos, previa sedación. El médico redacta el certificado de defunción y lo envía a las autoridades correspondientes, las que lo aceptan sin problemas. Es obvio que para justificar este procedimiento, la autonomía posee en ese país y en general en los de origen anglosajón, una extraordinaria importancia.

La eutanasia directa activa no voluntaria no es aceptada en ninguna comunidad.

En nuestro medio la eutanasia directa activa voluntaria e involuntaria es penada por la ley debido al carácter de obligación perfecta que posee el mandato de no matar.

Hay que hacer notar que existen autores que plantean posturas basadas en una autonomía "fuerte", cuya aplicación implica la solicitud y la aceptación de la eutanasia. (Véase P. Singer) (9).

Eutanasia activa indirecta o fenómeno del doble efecto. Este tipo de eutanasia se ve ejemplificado claramente en el siguiente ejemplo. En un paciente portador de intenso y mantenido dolor, el médico indica fármacos para su alivio, los cuales pueden al mismo tiempo que aliviar, acelerar el proceso de morir. Es claro que la intención inicial del agente no es el de producir la muerte, sino el de aliviar. Este tipo de eutanasia no implica problemas éticos, pues la intencionalidad que guía la acción es de completo beneficio para el paciente (10).

Suicidio asistido. En este caso el agente no actúa directamente produciendo la muerte en el moribundo, sino como su nombre lo indica, lo asiste para que el paciente ejecute las maniobras necesarias para provocar su muerte. Es obvio que esta acción será siempre voluntaria por parte del solicitante. La intención del agente será la de ayudar a producir la muerte, pero en este caso no realizándolo directamente con "sus propias manos".

Desde un punto legal, este acto implica una responsabilidad diferente al de la eutanasia pues se trata de una acción intransitiva por parte del asistente, es decir, su acción no se transfiere directamente a la víctima. El acto mismo, es efectuado por el paciente, siendo de este modo también un acto intransitivo, pues se refiere sólo a sí mismo.

El suicidio asistido, dada la intencionalidad por parte del agente de participar, aunque intransitivamente en la muerte, atenta contra el mandato de no matar. Hasta el momento no existe legislación que permita su realización.

Bibliografía

1. Eva P. Eutanasia. En: Anales de la Universidad de Chile. Sexta Serie. Santiago, Chile: Ed. Universitaria, 1998; 57-62.
2. Gracia, D. La Eutanasia. En: Gracia D. Ética y Vida. III tomo. Bogotá, Colombia: Ed. El Búho, 1998.
3. Gracia D. Historia de la Eutanasia. En: Gafo J. La eutanasia y el Arte de Morir. Madrid: UPCM, 1990; 14-15.
4. Gracia D. Historia de la Eutanasia. En: Gafo J. La eutanasia y el Arte de Morir. Madrid: UPCM, 1990; 25.
5. Gracia D. Historia de la Eutanasia. En: Gafo J. La eutanasia y el Arte de Morir. Madrid: UPCM, 1990; 23.
6. Gracia D. De la Bioética Clínica a la Bioética Global. En: Acta Bioethica 2002; VIII(1):27-39.
7. Gracia D. Ética y Calidad de Vida. En: Gracia D. Ética y Vida. Tomo I. Bogotá, Colombia: Ed. El Búho, 1998; 155-74.
8. Emanuel LL. Reexamining Death. Hastig Center Report 1995; 255(4):27-35.
9. Singer P. Ética Práctica. 2da ed. Inglaterra: Cambridge University Press, 1995.
10. Von Engelhardt D. La Eutanasia entre el acortamiento de la Vida y el apoyo a Morir: Experiencias del pasado, retos del presente. Acta Bioethica 2002; VII(1):64-65.

4

Otras aplicaciones de la bioética

Bioética y medio ambiente

Raúl Villarroel

Sentido y proyección de la crisis medioambiental

Uno de los hechos más significativos de los que se puede tener conciencia en la época contemporánea es, sin duda, el peligro implicado en las cada vez más intensas transformaciones técnico-científicas que han venido siendo experimentadas por nuestro planeta desde el siglo XIX, pues, en virtud de ellas, se han desencadenado fenómenos de desequilibrio ecológico que amenazan a corto plazo la continuidad de la vida sobre la superficie del planeta, si es que no se encuentra el modo de detenerlas y/o revertirlas adecuadamente. Éste es un hecho que adquiere tintes de extrema gravedad, sobre todo cuando resulta también cada vez más evidente que las instancias ejecutivas a nivel planetario, las grandes organizaciones sociales, políticas y económicas del orden humano actual, se muestran totalmente incapaces de aprehender esta problemática en su conjunto, en la totalidad de sus implicancias y derivaciones, puesto que sólo lo hacen parcialmente, desde una visión de naturaleza a menudo sólo tecnocrática, que se muestra muy insuficientemente capaz de poner atajo a la situación o clarificar convenientemente el procedimiento por medio del cual se puede llegar a vislumbrar el camino de solución para tan delicadas cuestiones.

Todos los estudios específicos implementados en relación con el conocimiento de la magnitud del problema durante las últimas décadas, muestran que nuestro planeta no está capacitado para resistir mucho tiempo más la evidente sobrecarga a la que está siendo sometido como consecuencia de la expansión ilimitada de las actividades industriales y productivas generadas por el actual modelo de desarrollo económico prevaleciente en el mundo.

Algunos de los elementos que más contribuyen en nuestro tiempo a hacer insostenible o inviable la *praxis* humana material en los términos en que la podemos atestiguar hoy en día corresponden, entre otros, al crecimiento de la población, que puede tornarse de todos modos problemático si ésta no

consigue estabilizarse en función de un óptimo no necesaria ni exclusivamente económico; también a las modalidades imperantes de consumo de bienes, que enfatizan la ambición inagotable por la posesión de artículos meramente suntuarios, con lo cual se estimula un crecimiento desmedido de actividades productivas que les den creciente satisfacción; y además a las modalidades tecnológicas mediante las cuales se ha venido propiciando el ideal de desarrollo material irrefrenable que caracteriza al presente, cuyas consecuencias se revierten negativamente sobre la propia vida humana más temprano que tarde. Parece evidente que de persistir sin modificaciones esta situación amenazante, el desequilibrio global puede tornarse de verdad inmanejable y sus consecuencias de suyo imprevisibles.

Sabemos que a lo largo de toda su historia, el hombre se ha visto en la necesidad de introducir modificaciones en el medio que lo circunda. Se podría decir que, a diferencia de muchas otras especies vivas que encuentran su posibilidad de supervivencia en una adaptación relativamente pasiva a las condiciones físicas imperantes en el entorno, introduciendo cambios que en la mayor parte de los casos no llegan a transformaciones sustanciales, el hombre se ve forzado –por sus propias y múltiples limitaciones específicas– a alterar activa y significativamente el ambiente que lo rodea. La historia de la intervención humana sobre el medio natural es ciertamente tan antigua como su presencia sobre el planeta. Sin embargo, se podría afirmar con certeza que este vínculo no constituyó un problema de interés sino hasta mediados del siglo XIX, cuando el cada vez más creciente y arrollador poder de transformación de las intervenciones técnicas desarrolladas por el hombre fue dando lugar a una situación que en un comienzo no se visualizó con todo el carácter problemático con el que hoy día se percibe, como ya se ha dicho.

Es la evidente expansión y la progresiva aceleración de aquellas transformaciones, el hecho de que en muy corto tiempo hayan alcanzado una dimensión global –sobre todo esto último–, tanto en su cobertura como en el alcance de sus efectos, lo que ha obligado en la actualidad a dirigir la atención hacia los riesgos inherentes que dicho fenómeno lleva inevitablemente consigo. La interdependencia o el encadenamiento de las consecuencias provocadas por la apropiación técnica del medio, la derivación acumulativa y anómala de sus resultados, aparece claramente como un asunto que reviste serios riesgos para la continuidad de la vida, en todas sus manifestaciones, desde ahora en adelante.

Situaciones tan dramáticas como el avance incontenible de la desertificación de los suelos cultivables, la vertiginosa deforestación de la selva húmeda, la contaminación atmosférica en las áreas de mayor concentración humana, la salinización de las escasas reservas de agua dulce que van

quedando en el planeta, el deterioro progresivo y quizás irrecuperable de la capa de ozono, son sólo algunos ejemplos que expresan la ominosidad del conflicto por el que atraviesa en la actualidad nuestro planeta. El hecho de que, por esto mismo, los seres humanos actuales hayan entrado en una etapa decisiva de su existencia, en la que literalmente se juega su futuro, no constituye, por cierto, un problema menor y el hecho muestra que las presentes circunstancias representan una verdadera crisis de insospechadas proyecciones.

La superación del paradigma tecnocientífico

Ante ello, no parece suficiente la aproximación comprensiva habitual que se plantea como única posibilidad el hecho de que la superación de las dificultades pueda encontrarse en la provisión incesante de nuevos recursos técnicos que insistan en reparar los daños ocasionados a través de la reiteración de criterios semejantes a los que se podrían reconocer como responsables de las dificultades que hoy se tienen que enfrentar. Una situación como ésta provocaría al mismo tiempo, sin lugar a dudas, otros problemas peores; que a su vez demandarán respuestas más exigentes aunque no necesariamente eficaces y suficientes para detener dicho proceso de deterioro. De tal modo se avanzaría en círculos, profundizando más bien la gravedad de los problemas sin llegar a resolverlos efectivamente.

En tanto no se advierta que la solución de las dificultades ocasionadas por las intervenciones técnicas no precisan sólo de soluciones provenientes del mismo ámbito técnico, todo seguirá quedando donde mismo, como hasta ahora; porque lo que parece más razonable al respecto es el logro de una transformación radical del modo de aproximación y comprensión del fenómeno de la tecnociencia contemporánea, hecho que atraviesa por una reorientación de la mirada con que los hombres actuales se enfrentan a sí mismos y comprenden su relación esencial con el entorno, más que como la mera disposición de cálculo y dominio característica del quehacer técnico, como una particular modalidad de vecindad y co-pertenencia con el resto de las formas del universo.

En este sentido, se puede estimar que la bioética –entendida, entre otros sentidos, como una perspectiva de articulación coherente y sistemática entre la comprensión técnica del mundo contemporáneo y la particular comprensión ética que puede hacerse presente tras la constatación de la evidente crisis medio ambiental a que ha dado lugar la eclosión científico-técnica– puede representar una de las posibilidades más ciertas de reorientación de los criterios de decisión subyacentes a los indeseados efectos derivados de la disposición técnica del mundo. La bioética constituye, en este plano, uno de

los más poderosos recursos con que el hombre puede contar en la actualidad para enmendar el curso de la dislocada concepción del desarrollo que tiene vigencia, y propiciar en este sentido una reformulación decisiva de los parámetros de comprensión de sus relaciones con el entorno; asegurándose de este modo que la amenaza que se cierne sobre los tiempos venideros pueda llegar a disminuir, que puedan minimizarse los riesgos implicados por el abordaje irresponsable e insensible del manejo ambiental, en la medida en que se vean, desde ahora, redefinidos para las generaciones futuras los objetivos que orienten su trato con el mundo.

A partir de aquí, entenderemos que una tarea central de la aproximación bioética a la crisis medioambiental del presente será, primeramente, apuntar a la comprensión exhaustiva de la rica complejidad del hecho medioambiental mismo. A la construcción de una nueva modalidad comprensiva, que requiere poner atención a la naturaleza interactiva de sus diversos aspectos constitutivos, de sus elementos físicos, biológicos, sociales, culturales, económicos, espirituales, por citar los más evidentes. En definitiva, se trata de ampliar la concepción habitual y restringida de medio ambiente, pues se debe reformular en términos de una nueva semántica el concepto; abrir una nueva significación para él, una significación en la que se entrecrucen sentidos muy diversos, que pueden ir desde la irrenunciable dimensión científico-técnica de la vida contemporánea –no podríamos tampoco condenar a la técnica sin caer en impropios oscurantismos– hasta el ámbito puramente sociocultural y espiritual de la construcción humana; todo ello enmarcado en una visión de la naturaleza física, del mundo natural, al que se debe responder con una actitud diferente a aquélla con que se ha respondido históricamente, deponiendo aquella condición de vasallaje ilimitado a la que se le ha sometido, dejando atrás la demencial y devastadora apropiación a que se ha dado curso a través de los siglos anteriores.

En todo caso, es preciso señalar aquí que no existe la posibilidad de una vuelta atrás en el tema medioambiental; es decir, la idea del retorno a una "naturaleza virgen" u originaria no es más que una imagen poético-mítica, una estructura ficticia imposible de concebir, o imaginar siquiera, dadas las actuales condiciones de desarrollo histórico de la existencia humana. Si alguna vez existió (se podría quizás admitir una idea tal) hoy ya no existe y además si hubiera existido, ya sería una realidad irrecuperable. La única posibilidad de comprender el hecho de la naturaleza, por ende, es a través de la comprensión de que ella está inexorablemente mediada por la acción humana, a través de la aceptación de que su continuidad o final están inevitablemente definidos por la obra del hombre. Es este reconocimiento el que puede alentar propósitos razonables de búsqueda de nuevas modalidades de coexistencia armónica del hombre con su medio, en procura de la

pronta detención del proceso destructivo en curso y, por tanto, de la cuidadosa preservación de lo que aún permanece a salvo, y no la añoranza ilusoria de un retorno a una suerte de paraíso perdido del cual habríamos sido alguna vez escindidos en contra de nuestro propio deseo y al margen de nuestra propia responsabilidad.

Las "enfermedades" del medio ambiente

Por otra parte, es muy sabido que se puede distinguir entre varios síntomas o expresiones concretas del deterioro ambiental. La literatura especializada se ha encargado de describir una extensa lista de fenómenos de desequilibrio que afectan críticamente al planeta en este momento. Se habla figurada y frecuentemente de "enfermedades" de la tierra, del aire, de las aguas, de la vida animal y vegetal.

En este sentido, también, habría que diferenciar aquellos desequilibrios considerados como de "impacto local" o regional que se caracterizan por afectar a ecosistemas más bien restringidos o geográficamente bien delimitados, los que, en muchas oportunidades manifiestan caracteres de suma fragilidad y extrema vulnerabilidad a la acción humana, de aquéllos que se consideran como de "impacto global" o planetario, que siendo menos perceptibles desde la perspectiva local, regional o nacional, resultan ser, por tanto, tan riesgosos como los anteriores, aunque más discutidos en relación con su efectiva ocurrencia y con la magnitud de sus alcances y proyecciones.

Un detalle de las mencionadas "enfermedades" (si es que se acepta el término) que afectan al medio ambiente podría ser más o menos el siguiente:

Efecto invernadero y cambio climático

Mediante la metáfora del "efecto invernadero" se busca describir el fenómeno de alteración climática que se produce de modo parecido a cuando el cristal de los invernaderos, al dejar pasar radiaciones solares que calientan el suelo, refleja la radiación que éste emite, propiciando entonces el hecho físico de que ese calor tienda a "almacenarse". De modo análogo, en la atmósfera terrestre se reproduce este fenómeno porque existen gases capaces de reflejar la radiación calorífica que proviene del suelo y generar un resultado semejante. El efecto sumativo de todos estos gases termina elevando la temperatura media del planeta en la superficie. Se sabe que luego de la Revolución Industrial ha aumentado significativamente la concentración atmosférica de gases capaces de producir el llamado efecto invernadero; sobre todo, como consecuencia de la quema de combustibles fósiles y, en particular, de la combustión del petróleo, el carbón y el gas natural, que suministran la

mayor parte de la energía que consume el mundo actualmente. A la proliferación y el agravamiento de las consecuencias provocadas por este fenómeno han contribuido, entre otros hechos, la destrucción progresiva de los bosques y la cría masiva de ganado. Hasta ahora no hay suficientes evidencias de que se haya iniciado un cambio climático global derivado del efecto invernadero, pero la mayoría de los expertos considera inevitable que este hecho llegue finalmente a producirse si continúa la emisión de gases hacia la atmósfera al ritmo en que actualmente se está dando. Estimaciones recientes preven un incremento medio de 2,5 grados Celsius en la temperatura del planeta antes del año 2100. Las consecuencias de este fenómeno sobre el nivel de los mares, sobre la producción agrícola y sobre la fauna, la flora y la salud humana en general podrían llegar a ser muy graves.

Deterioro de la capa de ozono

El ozono –gas que se encuentra entre los 20 y 50 km de altitud– absorbe los rayos ultravioletas de energía media, que son dañinos para los seres vivos. Desde que se dispone de mediciones, en 1978, se ha venido observando una disminución progresiva de su presencia sobre el continente antártico. La disminución del ozono tiene que ver, entre otras cosas, con la acción catalítica de diversos gases de origen industrial que llegan hasta la estratósfera. Se ha inculpado sobre todo a los compuestos clorofluorocarbonados (CFC) utilizados en la fabricación de pulverizadores y aparatos de refrigeración. La disminución del ozono tiene lugar, más que nada, en las regiones polares, y con mayor intensidad en el Polo Sur, por efecto de su peculiar régimen de vientos ascendentes. Pero la concentración de ozono acaba disminuyendo en toda la estratosfera planetaria, produciendo un aumento mantenido de la radiación ultravioleta en todas las regiones del mundo, con peligrosas consecuencias para la vida en general sobre el globo.

Lluvia ácida

Los combustibles industriales generan anhídridos; sobre todo los de azufre y de nitrógeno. Estos anhídridos se combinan con el agua de la atmósfera y producen ácidos. Los principales son el sulfuroso, el sulfúrico, el nitroso y el nítrico. Estos ácidos llegan al suelo con la lluvia o la niebla y producen una acidificación de los suelos y de las aguas superficiales y, por penetración osmótica, la de las capas subterráneas. Esta situación se considera responsable de diversos males ecológicos. Entre éstos figura una enfermedad que ha destruido la mitad de los bosques de Centroeuropa y la tercera parte de los que existen en Norteamérica y Canadá.

Contaminación y agotamiento de los mares

Durante los dos últimos siglos, los mares han sido los mayores basureros de la actividad industrial humana. La contaminación marina proviene en el 45% de los vertidos directos al mar o los ríos; el 30% de ella proviene del aire contaminado; otro 24% es vertida por los barcos; y el 1% es producto de la extracción de hidrocarburos submarinos. Es innegable que la contaminación del mar conlleva importantes efectos nocivos. Entre ellos, la progresiva desaparición del fitoplancton, los riesgos sanitarios para las poblaciones humanas costeras, la disminución de la biodiversidad, la eutrofización que hace proliferar sólo algunas especies, la toxicidad propia del petróleo, los daños producidos por los sedales y las redes abandonadas, etcétera.

Contaminación y escasez de aguas dulces

La escasez de agua dulce será, tal vez, el problema ambiental más grave que deba enfrentar la humanidad a corto plazo. Ocurre que el agua dulce está muy desigualmente repartida en la geografía terrestre. Una tercera parte de la humanidad vive en regiones con graves problemas de abastecimiento. Además, el consumo de agua aumenta muy rápidamente con el desarrollo económico. De hecho se ha multiplicado por cuatro en los últimos treinta años y se preven aumentos espectaculares para el futuro. Para paliar el problema, últimamente se ha tendido a recurrir de modo excesivo a la extracción de aguas subterráneas. Pero éstas se suelen extraer a un ritmo mayor que el de su reposición, con lo que las reservas disminuyen o se salinizan irremediablemente. Además, el agua dulce se contamina con facilidad, por lo que es preciso vigilar estrechamente los vertidos a los ríos y depurar las aguas utilizadas.

Degradación y desertización de los suelos

La erosión del suelo fértil acaba dando lugar a la desertización y a la desaparición de las formas de vida útiles para el hombre. La actividad humana aporta importantes mecanismos de desertización, que se ven agudizados por el efectos de la sobrepoblación. Entre estos mecanismos se pueden destacar: el exceso de uso de los suelos y las malas técnicas agrícolas empleadas para esto; la sobreexplotación y la posterior salinización de los recursos acuíferos que, a pesar de ello, se siguen utilizando para el riego; los incendios forestales y otros.

Disminución de la biodiversidad y disminución progresiva de especies

La biodiversidad interrelaciona tres aspectos: la diversidad de los ecosistemas, la de las especies y la de los genes dentro de las especies. Es un hecho que la biodiversidad tiende a crecer a medida que nos acercamos a las zonas tropicales. De modo que la mitad de las especies del mundo se encuentran en los bosques tropicales húmedos, que cubren menos del 6% de la superficie terrestre. Lo cierto es que la vida sobre la Tierra y los ciclos ecológicos dependen de que se mantenga la biodiversidad. La humanidad ha obtenido de ella importantes beneficios y se podrían derivar muchos más en el futuro. Gracias a ella se obtienen alimentos, medicamentos y una variedad de productos químicos, para no hablar de los importantes beneficios estéticos y espirituales que nos ofrece también. Pero la biodiversidad está desapareciendo a un ritmo inédito en el planeta. En la actualidad, desaparecen para siempre miles de especies por año, sobre todo en los bosques tropicales. Y esto se debe en más del 99% de los casos a la acción humana sobre el medio; especialmente, a partir de las siguientes situaciones: 1) deterioro y fragmentación de los hábitat; 2) introducción de especies exóticas que alteran los equilibrios; 3) explotación excesiva de algunas especies; 4) contaminación de aguas, suelos y atmósfera; 5) cambio climático global; 6) industrialización agrícola y forestal. La pérdida de la biodiversidad tendrá importantes consecuencias sobre la calidad de nuestra vida y sobre las expectativas de progreso.

Ahora bien, por otra parte, habría que mencionar también –aunque no constituye exactamente una "enfermedad" como aquí se les ha llamado, pero implica el mismo potencial de agresión para el medio que éstas– al conjunto de circunstancias, que contribuyen al agravamiento de la crítica situación ambiental, constituido por aquellos problemas derivados del manejo irresponsable y el transporte inseguro de productos y energías eventualmente riesgosas, o por el desarrollo de tecnologías inapropiadas, o que no han sido suficientemente experimentadas antes de su utilización en gran escala, y que han devenido, por distintas circunstancias, en verdaderas catástrofes ambientales. Ejemplos emblemáticos de este tipo de situaciones extremas de nefastas consecuencias para la humanidad y el medio ambiente son, entre muchísimos otros, el colapso de la planta nuclear de Chernobyl que culminó con una enorme cantidad de víctimas y la diseminación de la más extensa nube radiactiva que haya afectado jamás al planeta; la explosión de unos tanques de gas licuado en México que costó la vida a más de mil personas y dejó a otras tantas sin hogar; y el tristemente célebre incidente del naufragio y gigantesco derrame de combustible en el océano protagonizado por el buque petrolero Exxon-Valdez en Alaska.

Se puede afirmar además, que las tensiones ambientales marchan de la mano, unas con otras. Pues, por ejemplo, fenómenos como la deforestación aceleran la erosión del suelo y, por lo mismo, contribuyen al incremento de la sedimentación en ríos y lagos. Otro tanto ocurre con la contaminación del aire que deviene a la postre lluvia ácida, con lo cual se acelera la muerte de bosques y lagos. Ello induce a pensar, en consecuencia, que los problemas no pueden ser abordados individualmente sino de manera simultánea y sistemática, pues, el éxito conseguido en un sector –por ejemplo en la preservación o protección del bosque– previsiblemente incidirá en el aumento de las probabilidades de conseguir resultados favorables en otros sectores diversos –por ejemplo, en la conservación de los suelos.

Al mismo tiempo, se puede sostener que las presiones ejercidas sobre el medio ambiente y el modelo de desarrollo económico implementado también transitan por la misma vereda. Por ello, las propias políticas agrícolas pueden constituir la causa del deterioro de la tierra, del agua o de los bosques. Las políticas de producción y administración energética pueden estar asociadas directamente con el fenómeno del efecto invernadero, con la acidificación y con la sobreexplotación forestal. Esta sobrecarga de los recursos se constituye, tarde o temprano, en una amenaza para el desarrollo económico. Por lo mismo, parece necesario implementar procesos de integración armónica de la economía y la ecología, mediante la promulgación de leyes que no sólo tiendan a favorecer la protección del medio ambiente sino también a la promoción de una modalidad de desarrollo diferente que pueda asegurar de mejor manera la suerte de la humanidad.

La necesidad de un desarrollo sostenible

La noción de "desarrollo sostenible"

Es posible llegar a pensar que las fuerzas que dan impulso a semejante degradación ambiental tiene que ver, principalmente, con situaciones y circunstancias en las cuales se puede advertir una fatal conjunción de tecnociencia y economía. Obviamente un modelo de desarrollo económico a estas alturas ya evidentemente insostenible –como el que ha sido asumido por la mayor parte de las naciones del orbe– cumple un rol determinante a la hora de desencadenar, por su sola expansión y expresión material, fenómenos como la desigualdad en la distribución de la riqueza o el rápido crecimiento demográfico, que contribuyen poderosamente a que la situación se haya tornado prácticamente incontrolable.

Es evidente que los procesos de degradación ambiental se ven potenciados por el incremento de la pobreza a nivel mundial. Ya el célebre Informe

Brundtland (ver Bibliografía), a fines de los años 80, dejaba claramente establecida la vinculación entre economía y ecología, señalando que el principal móvil del crecimiento económico son las nuevas tecnologías, y, si bien éstas ofrecen la posibilidad de desacelerar el consumo de recursos finitos, paradójicamente suponen, a la vez, riesgos inmensos, como por ejemplo, todas aquellas formas de contaminación que hoy nos afectan y la intervención directa sobre la evolución natural de la vida en el planeta.

Los problemas ambientales que enfrentamos no son, por cierto, algo nuevo; aunque es tan sólo recientemente que hemos dado inicio a un proceso de comprensión amplia de toda su complejidad. Gran parte de nuestra preocupación anterior estuvo centrada principalmente en los efectos del desarrollo sobre el medio ambiente. En la actualidad, parece importante pensar de igual modo en la manera en que el deterioro ambiental incide negativamente sobre la capacidad de desarrollo mundial, porque es visible en gran escala la relación perversa que se produce entre degradación medioambiental y disminución del potencial de desarrollo. La crisis mundial de los años ochenta en los países en desarrollo, provocada por la baja en los precios de las materias primas que constituían para muchos de ellos su principal recurso generador de divisas, repercutió con severas consecuencias, como bien se sabe. Tal como lo señaló oportunamente el informe señalado con anterioridad, el mayor peso en el ajuste económico internacional tuvo que ser soportado por las naciones más pobres de la tierra. Entre otras consecuencias, se puede considerar el aumento del sufrimiento humano en gran escala y la consiguiente y desmedida explotación de la tierra y los recursos naturales que aseguraran la supervivencia durante el corto plazo.

Por lo anterior, el concepto de desarrollo sostenible parece proporcionar la estructura suficientemente capaz de integrar las políticas más ajustadas a la preservación del medio ambiente y las mejores estrategias de desarrollo en un amplio sentido, pues el desarrollo sostenible busca satisfacer las necesidades y las aspiraciones del presente, pero sin llegar a comprometer la posibilidad de continuar haciéndolo en el futuro. Se entiende que todo crecimiento económico entraña severos riesgos de perjuicio medioambiental en cuanto necesariamente aumenta la presión sobre los recursos existentes. Sin embargo, quienes se hacen responsables de las decisiones pertinentes al respecto, tendrán que encargarse de asegurar que el incremento de las actividades económicas observen irrestrictamente las prerrogativas ambientales, de modo tal que la raigambre natural de la existencia humana soporte el crecimiento durante un largo período sin llegar a verse peligrosamente comprometida.

En consecuencia, los objetivos del desarrollo económico y social deben ser definidos desde la perspectiva de su sostenibilidad, en todas las naciones,

sean o no desarrolladas, e independientemente de cuál sea el modelo de economía que se hayan propuesto llevar adelante. Es suficientemente claro que la satisfacción de las necesidades y aspiraciones humanas ha de ser la meta fundamental de todo proceso de desarrollo; sin embargo, es también muy evidente que los distintos países, según su grado y tipo de desarrollo, tendrán necesidades diversas. Obviamente, los países pertenecientes al llamado Primer Mundo no requerirán satisfacción de necesidades elementales como alimentación o vestuario sino de otras muy diferentes, que podrían parecer obscenas comparadas con las de los países más pobres. No obstante, un desarrollo sostenible permitirá, sobre la base de la satisfacción integral de las necesidades básicas de todos, sin excepción, que se llegue también a extender la oportunidad de satisfacer sus aspiraciones de procurarse una vida mejor a aquellos otros que ya lo hayan hecho.

Ahora, es preciso tener en cuenta que los niveles de vida que van más allá del mínimo básico sólo pueden ser sostenibles si es que contemplan todos los aspectos o las dimensiones de la sostenibilidad y, además, si lo pueden hacer a largo plazo. En la actualidad, muchas sociedades desarrollan estilos de vida que sobrepasan con creces estas exigencias; por ejemplo, en cuanto a su modalidad de empleo de los recursos energéticos. Y como la percepción de las necesidades es un fenómeno que siempre está determinado socioculturalmente, la implementación de un desarrollo sostenible correrá a parejas con la promoción de sistemas valorativos que propicien modalidades de consumo que no lleguen a sobrepasar unos límites bien claros que indican cuándo comienza el riesgo ecológico o cuándo las aspiraciones humanas dejan de ser verdaderamente razonables.

Desarrollo sostenible y demografía

Por otra parte, el incremento de la población puede incidir negativamente sobre la disponibilidad de recursos y producir mermas sustanciales en la calidad de vida allí donde las carencias están más generalizadas. Y aunque el problema central no se limita simplemente a un asunto de cantidad de población sino que además implica el asunto siempre complejo de la distribución más o menos equitativa de los recursos, no es posible sino pensar que el fomento del desarrollo sostenible sólo se verá posibilitado donde la dinámica de la demografía se encuentre armónicamente relacionada con el cambiante potencial productivo del ecosistema general. Las actuales tasas de crecimiento de la población no pueden continuar, pues, comprometen la capacidad de muchos gobiernos para proporcionar enseñanza, servicios sanitarios, y asegurar alimentos para la población, y aún más, su capacidad para aumentar el nivel de vida. Esta desproporción entre población y recursos es incluso más

apremiante allí donde la población tiene menores ingresos, en aquellas regiones ecológicamente más desfavorecidas y donde abundan las familias más pobres.

Pero, las tasas de crecimiento de la población no son únicamente un problema en las regiones más carenciadas del planeta, puesto que en los países altamente industrializados, una persona más ejerce una presión muchísimo mayor sobre el medio ambiente, en razón del estilo de vida de esos países, que una persona más del Tercer Mundo. Por ello, entonces, se concluye que parece importante limitar el crecimiento de la población, controlar el impacto ejercido por ese crecimiento sobre los recursos disponibles y dar adecuado cauce de expresión mediante el aumento del conocimiento al potencial humano, de modo que pueda economizar y dar un mejor empleo a los recursos.

Desarrollo sostenible y recursos energéticos

Ahora bien, como todos podemos entender, la energía es indispensable para nuestra supervivencia como especie. Nuestro futuro desarrollo va a depender de la disponibilidad a mediano y largo plazo de cantidades cada vez mayores de energía diversa, procedente de fuentes que ofrezcan plena seguridad, que se ajusten a una gestión medioambiental sustentable sin llegar a entrañar peligros para el entorno. En la actualidad, no es posible contar con ninguna fuente energética –ni con una combinación de ellas– que pueda cumplir con tal requisito adecuadamente. Por lo tanto, garantizar a futuro la provisión de recursos energéticos inocuos y apropiados para el medio ambiente constituye una preocupación fundamental de los seres humanos del presente, pues, del aseguramiento de semejante condición dependerán aquellos servicios que se consideran esenciales para la continuidad de la vida humana sobre el planeta. La adecuada provisión de calor y fuerza para las diversas actividades y empresas humanas es crucial.

Hoy en día, la energía empleada en la generación de aquellos servicios proviene principalmente de combustibles –como el petróleo, el gas, el carbón, la madera, los materiales nucleares y otras fuentes primarias como la energía solar, eólica o hidráulica– que se aprovechan en el máximo de su potencial en directa relación con el diseño o con el manejo de los equipos mediante los cuales se le transforma; razón por la cual, cuando estas condiciones no son las óptimas, el desperdicio de sus posibilidades generado por su ineficaz empleo puede llegar a ser muy significativo.

Casi por lo general, las principales fuentes energéticas usadas en la actualidad no son renovables. El gas natural, el carbón, el petróleo tienen la probabilidad cierta de agotarse. Otras fuentes, no obstante, como la madera,

las energías geotérmica, eólica, solar, entre muchas más, son enteramente renovables. Podemos suponer que estas fuentes energéticas pueden contribuir a proporcionar el conjunto de energía necesaria para el mundo entero. Ahora, obviamente, cada una de ellas –incluidas las fuentes de energía constituidas por los reactores nucleares, los reactores de fusión– tienen sus propios costos y beneficios, y, por cierto, sus propios riesgos, que compiten e inciden directamente sobre prioridades ya establecidas de las distintas naciones a la hora de determinar su conveniencia y la posibilidad de su implementación como respuesta a las demandas del futuro. Cualquiera fuera la decisión estratégica referida a la energía que un gobierno pudiera llegar a tomar, ya sea en el corto, mediano o largo plazo, debiera observar de manera irrenunciable la exigencia ambiental. Hemos de enfocar esta cuestión desde la perspectiva de la sostenibilidad.

Desarrollo sostenible y biodiversidad

Del mismo modo, la conservación de los recursos naturales vivientes –plantas, animales, microorganismos, y los elementos no vivientes del medio de los que dependen– es decisiva para el futuro desarrollo. La diversidad de especies con sus correspondientes cargas genéticas están llamadas a desempeñar un importante rol en el desarrollo. Está claro que no sólo valoraciones éticas, estéticas o científicas pueden propiciar su preservación. También desde la perspectiva de un desarrollo sostenible, la variabilidad del material genético de muchas especies puede llegar a convertirse en una importante contribución al desarrollo en campos como la medicina o la agricultura, por ejemplo. Si los estados son capaces de asegurar la supervivencia de las especies, de preservar la biodiversidad en el planeta, se podría esperar ampliar razonablemente la base alimenticia de la población, se podrían obtener nuevos y mejores medicamentos, nuevas y mejores materias primas para la industria; en fin, una contribución tan significativa al bienestar humano que se justificaría ampliamente el esfuerzo por proteger los millones de especies todavía existentes en el planeta.

Sin embargo, la historia reciente indica que rara vez las especies y los ecosistemas son considerados de manera que se haga posible enfrentar la presión ejercida por las crecientes demandas de bienes y servicios que dependen de ellos. Muchas especies pierden en la actualidad poblaciones enteras, a un ritmo que disminuye drásticamente su variabilidad genética y, por tanto, su capacidad para enfrentar los cambios climáticos y otros muchos factores adversos del medio ambiente. Muchísimas especies y ecosistemas biológicamente ricos y que prometen abundantes beneficios se encuentran en la actualidad gravemente amenazados. Aparte de lo ya acontecido, están

desapareciendo a un ritmo acelerado amplios depósitos de diversidad biológica, al mismo tiempo que la ciencia aprende procedimientos de manejo de la variabilidad genética mediante el nuevo saber de la ingeniería específica.

Por ello, antes de que la ciencia consiga desarrollar mayormente su capacidad para generar nuevas y mejores maneras de conservar las especies, los encargados de formular las políticas, y la gente en general, deben comprender la magnitud y la urgencia de la amenaza; porque, si bien es cierto, la extinción de especies es un hecho que ha acontecido regularmente desde que la vida tuvo su comienzo, las especies extinguidas en el pasado desaparecieron a causa de procesos naturales; no obstante, en la actualidad, son las actividades humanas las principales responsables de dichas extinciones.

Es claro que, a menos que se tomen medidas y decisiones efectivas y adecuadas de control a largo plazo, al menos la cuarta parte –quizás la tercera–, o incluso una proporción mayor de las especies todavía existentes, podría llegar a desaparecer.

Desarrollo sostenible y urbanismo

A comienzos de este siglo la mitad de los habitantes del mundo vive en zonas urbanas. El sistema económico mundial es cada vez más un sistema urbano, con redes secundarias de comunicaciones, producción, y comercio. Este sistema, con sus flujos de información, energía, capital, comercio y población, constituye el motor del desarrollo nacional. Las perspectivas de una ciudad –o de una población humana– van a depender fundamentalmente de su localización en el sistema urbano nacional e internacional. A partir de mediados del siglo pasado, el número de personas que vive en las ciudades se ha incrementado notablemente. En muchos países en desarrollo el crecimiento de las ciudades ha alcanzado proporciones inimaginables y una rapidez de crecimiento sin precedente histórico. Estas perspectivas constituyen un verdadero desafío urbanístico para estos países. La necesidad de aumentar en corto tiempo su capacidad de gestión y creación de infraestructura, servicios y vivienda, sólo para mantener las actuales condiciones, será dramática. Sin embargo, muy pocos gobiernos en el mundo en desarrollo tienen el poder, los recursos y el personal adecuado para ofrecer a sus habitantes –cuyo número está continuamente en crecimiento– las instalaciones requeridas (agua potable, servicios sanitarios, escuelas, transportes, entre otras) para una vida humana digna. La consecuencia de esta imposibilidad suele ser la proliferación ilegal de asentamientos urbanos, con instalaciones muy precarias, de hacinamiento desbordante, por el cual se desarrolla y propaga un conjunto de enfermedades vinculadas directamente a la existencia en un medio ambiente insano.

En la mayor parte de las ciudades del Tercer Mundo, la presión por viviendas y servicios ha terminado por deteriorar la estructura urbana. Las viviendas ocupadas por los habitantes más pobres de las ciudades se encuentran en estado de extremo deterioro y decadencia. Algo semejante acontece con la infraestructura esencial de la ciudad en lo que se refiere al transporte público y las carreteras, el agua potable y los sistemas de alcantarillado. En las zonas urbanas donde se disemina la pobreza, un número cada vez mayor de individuos se ve afectado por enfermedades que en su mayoría tienen un origen ambiental y que podrían prevenirse o reducirse de manera considerable mediante una inversión no tan significativa. Enfermedades derivadas de las condiciones sanitarias deficientes, de la polución atmosférica, del agua potable contaminada son causa de un número significativo de mortalidad infantil.

La descontrolada expansión territorial de las ciudades ha tenido también gravísimas consecuencias para el medio ambiente urbano y para el desarrollo económico. Este proceso sin control torna demasiado caro proporcionar viviendas, infraestructura vial, suministro de servicios básicos, redes de alcantarillado, a los nuevos asentamientos que extienden irracionalmente el núcleo original de las ciudades. Estas prolongaciones eventuales, a menudo se levantan sobre terrenos agrícolas que se tornan improductivos una vez que han sido ocupados. En algunos países con escasa dotación de terreno fértil y útil para las actividades agrícolas ello puede constituir una seria amenaza para la sobrevivencia común. La extensión incontrolada, no planificada, atenta también contra la tierra y los paisajes naturales necesarios para la construcción de parques y zonas de esparcimiento cada vez más necesarias para compensar el fatigoso estilo de vida actual.

Ahora, que la situación descrita muestre la gravedad del problema que enfrentan tanto el Tercer Mundo como los países en desarrollo, no significa que lo que ocurre en las ciudades del mundo industrializado no tenga importancia para el desarrollo sostenible global. Por cierto lo es. Pues, esas ciudades son responsables del empleo de un enorme porcentaje de los recursos planetarios, de un extraordinario consumo de los recursos energéticos y, como consecuencia de ello, de un altísimo nivel de contaminación ambiental. Sin embargo, la mayor parte de los países industrializados cuenta con los medios y los recursos para enfrentar la decadencia interna de sus ciudades y la consiguiente decadencia económica que se genera a partir de ella. En virtud de estas capacidades, pueden gestionar, controlar, experimentar y dirigir sus propios desarrollos urbanos, consiguiendo invertir las tendencias al deterioro y la decadencia que afectan a las demás ciudades del mundo mediante políticas acertadas, cooperación entre los sectores público y privado y fuertes inversiones en materia de educación e innovaciones tecno-

lógicas. La opinión pública, por su parte, ha cumplido un importante rol a la hora de impulsar mejoras urbanas presionando a las autoridades para redirigir iniciativas o fomentando proyectos de beneficio urbano colectivo.

El futuro será predominantemente urbano y los problemas ambientales inmediatos de la mayoría de las poblaciones serán problemas urbanos. La eficacia de los esfuerzos por mejorar las condiciones de vida en la realidad de las ciudades depende en gran medida del fortalecimiento de las economías nacionales. En muchos países en desarrollo esta condición se deriva inmediatamente del estado de la economía global; por eso, una subida de las relaciones económicas mundiales sería el mejor instrumento para reforzar la capacidad de estos países para enfrentar sus delicados problemas urbanos y ambientales. Sin embargo, mucho más importante aún que esperar que se produzca tal relativa condición es visualizar la necesidad de que se consolide un sistema de cooperación internacional entre los mismos países en desarrollo y que aumenten conjuntamente con ello los diversos tipos de asistencia directa por parte de toda la comunidad internacional, pues la sostenibilidad del desarrollo concierne, repercute y depende de todos, sin excepción.

Vecindad y co-pertenencia de hombre y naturaleza

Ahora bien, hasta aquí hemos intentado describir las coordenadas y ejes centrales mediante los cuales se puede construir un mapa elemental para el tema del medio ambiente, pensando fundamentalmente en la naturaleza y la especificidad de los problemas que dan cuerpo al asunto general. Como se habrá podido apreciar, la interrelación de los distintos elementos en juego permite pensar que la gravedad de la crisis exige respuestas definitivas y urgentes. El criterio que oriente estas respuestas no parece tan suficientemente claro como sí lo están las preguntas que surgen de la realidad misma cuando se hace evidente la dificultad. En este sentido, la bioética ha buscado enfrentar la crudeza de la crisis actual mediante la propuesta de desarrollo de una sensibilidad que busca poner de relevancia una profunda y consustancial relación entre el hombre y la naturaleza. Ello torna de importancia crucial la visualización anticipada del modo como se vivirá en lo sucesivo en el planeta, en medio de las intensas transformaciones técnicas que tienen lugar en el mundo, de cara a la actual ceguera generalizada que no consigue encontrar salidas para la aguda crisis que nos afecta.

En la relación con la ausencia de un pensamiento y una práctica definida capaces de asumir en la profundidad de su sentido la actual crisis, se podría suponer que –al menos durante el lapso que va desde el surgimiento de la "conciencia científica moderna" en adelante– cierta determinación secular del pensamiento según la cual entre hombre y naturaleza existiría una brecha

cualitativa que los distancia pese a toda su cercanía, una especie de salto diferencial –fundamentado en la primacía y la sobrevaloración de su propia racionalidad– que deja abolida cualquier posibilidad de pensar en alguna mutua pertenencia entre ambos y justifica la condición de señorío en que se ha autoinstalado el hombre, a partir de su poderío racional y técnico, sometiendo a una desmedrada situación de vasallaje a la naturaleza, en cuanto ella queda dispuesta como *objeto* de su conocimiento y a la postre de su manipulación.

Como se sabe, la cosmovisión predominante en el mundo occidental, previa a la revolución científica de los siglos XVI y XVII, era la de un mundo unitario en que el ser humano experimentaba pertenencia y correspondencia esencial con su entorno, participando directamente en el devenir sin que ello le resultara ajeno o extraño. Su destino personal se encontraba indisolublemente ligado al de la totalidad del universo en medio del cual su existencia cobraba pleno sentido; su identificación con el ambiente tenía máximo significado. La introducción de la visión científica moderna irrumpió para liquidar esta conciencia de participación y situar a sujeto y objeto, a observador y observado, en posición de antagonismo, aboliendo con el absoluto distanciamiento y la total separación la asociación ectásica de hombre y naturaleza que definió al mundo anterior. La consecuencia final de este proceso remite a la experiencia de la alienación humana, en la que todo el mundo natural termina por convertirse en una instancia ajena, aparte, por tanto, al servicio y de menor valor que sí para el hombre moderno.

Entonces, meditar en función de la restitución de aquella *co-pertenencia* originaria de hombre y naturaleza, más allá del imperativo tecnocientífico de control y dominación de las fuerzas naturales, superando el exclusivo sentido de "recurso" con que hasta hoy el lenguaje "técnico" define al entorno, devolviendo al hombre a la posición sintónica en que alguna vez se encontró con respecto a su medio, parece representar en la actualidad una preocupación del pensar que, a pesar de todo cobra creciente importancia como clave ineludible de toda reflexión que se pretenda trascendente y verdaderamente fructífera como preparación del porvenir. De esta manera, hombre y naturaleza pueden llegar a necesitarse mutuamente y a no considerarse como repúblicas independientes, aunque la relación entre ambos suela tender a mantenerse velada en cuanto a la determinación esencial de tal vínculo y en cuanto a aquello que podemos llamar "lo propio" de ambos.

Por ello es preciso enfatizar que la *vecindad* de hombre y naturaleza implica el hecho de que ambos existen en un frente-a-frente, que cada uno concurre inevitablemente a la proximidad del otro, que el hombre no es esencialmente ajeno al cosmos que lo rodea. Por lo mismo no podemos

pensar que esta vecindad sea la consecuencia de un proceso por el que ambos se juntan en arbitrariedad, como si en efecto se tratara de dos realidades escindidas y esencialmente disímiles, o que el hombre es un paso superior en una escala evolutiva y que en virtud de esta pretendida superioridad tiene –como lo ha tenido hasta ahora– carta blanca para operar un fatal distanciamiento y arremeter en contra de eso otro que irremediablemente lo interpela, aunque sólo para sucumbir finalmente bajo su irrefrenable poderío.

En definitiva, la meditación de nuestro tiempo, y en consecuencia la reflexión bioética como modalidad paradigmática del pensamiento contemporáneo, obliga a concebir la proximidad que aproxima a hombre y naturaleza como aquello que los remite a una esencia ontológica común, al ser mismo que los reúne en la totalidad de la experiencia, en la vida y en la muerte que los determina por igual y devela de este modo el imperativo ético de la salvaguarda de la naturaleza como *conditio sine qua non* de la salvaguarda de lo humano.

En lo que sigue intentaremos dar cuenta del itinerario que la dimensión ética del pensamiento en relación con la temática medioambiental ha venido siguiendo, para que podamos, a la vez, aproximarnos al sentido específico que la comprensión bioética proporciona al respecto.

Los caminos de una ética medioambiental

A mediados de los años 60, tuvo lugar un hecho decisivo para la vida de la humanidad contemporánea. Por primera vez, las personas comenzaron a manifestarse conscientes de una serie de cambios acontecidos en el ambiente que, hasta entonces, habían permanecido casi totalmente inadvertidos; razón por la cual tampoco habían sido atendidos de acuerdo con la importancia que desde ese momento comenzaron gradual y paulatinamente a adquirir. Los ciudadanos comunes empezaron a darse cada vez más cuenta de que, por ejemplo, los ríos habían llegado a convertirse virtualmente en grandes depósitos de basura, que la atmósfera de muchas ciudades se encontraba peligrosamente saturada de gases tóxicos, que los espacios abiertos de antaño y los lugares silvestres estaban siendo convertidos en autopistas de alta velocidad, en centros comerciales o suburbios industriales; que los suelos cultivables se erosionaban mucho más rápido de lo que podían ser recuperados y que diversas toxinas de procedencia industrial y agrícola lo iban contaminando todo. En el ámbito científico, la amplitud y la complejidad de esta emergente crisis ambiental desafiaba a los métodos tradicionales de resolución de problemas. Los problemas medioambientales no podían ser aislados, analizados o resueltos con la misma eficacia que otros desafíos de la misma década, como por ejemplo, la llegada del hombre a la luna. De esta

manera la crisis del medio ambiente llegó a ser percibida menos como un conjunto independiente de problemas físicos manejable mediante un programa coordinado de soluciones técnicas o ingenieriles que como la reacción sintomática de una mala adaptación de la tecnología moderna al medio ambiente natural; la que no sólo ponía en evidencia su incapacidad para resolver los delicados asuntos concernientes al entorno sino que, incluso, empeoraba aún más los problemas. Por ello, se llegó a pensar por primera vez que si la tecnología moderna estaba enraizada e inspirada en actitudes culturales, valores y creencias profundamente arraigadas en la época (el progreso, el desarrollo), el primer y más fundamental paso hacia el mejoramiento de la crisis debiera consistir en un programa de crítica *filosófica*. En otras palabras, por primera vez se comienza a reconocer que la "solución" a los "problemas" ambientales, no requería tanto de nuevas tecnologías como sí de una nueva ética del medio ambiente. O, dicho más precisamente, que los usos y aplicaciones tanto de las viejas como de las nuevas tecnologías debieran estar guiados y delimitados por una nueva "conciencia ecológica", de semejante manera a como un par de décadas antes lo había planteado el notable conservacionista Aldo Leopold en referencia a la necesidad de ampliar el criterio con que se empleaba la técnica más que a sustituirla por otra más avanzada[1].

Ahora bien, como se puede fácilmente apreciar y además padecer, la agudeza y la ominosidad de la crisis ambiental han aumentado considerablemente desde el momento de su primera intelección en la década de los sesenta. Sin entrar en redescripciones innecesarias, se puede señalar con total propiedad que el registro actual de agresiones practicadas en contra del medio a diario, la magnitud del impacto ejercido sobre la vida cotidiana de miles de millones de seres humanos, sumado todo esto a la reacción en cadena que cada uno de tales agravios provoca y la degradación ya irreparable a estas alturas de los hábitat naturales, con la consecuente disminución de la biodiversidad, enfatizan hoy, mucho más que ayer, la necesidad de una nueva ética ambiental.

Sin embargo, cuáles sean las características o las definiciones esenciales de una ética del medio ambiente no es algo que resulte meridianamente claro de inmediato, puesto que diversos puntos de vista asumen la palabra en el debate que atraviesa el panorama moral contemporáneo, por lo que para precisar adecuadamente qué debemos entender por una definición ética relativa a los problemas medioambientales que sea constitutiva del discurso

[1] Tal planteamiento de Aldo Leopold (1887- 1948) aparece citado en Callicot J. Baird. "The Search for an Environmental Ethics" incluido en Regan T. "Matters of Life and Death. New Introductory Essays in Moral Philosophy". Raleigh, NC: Mc Graw-Hill, 1993: 322 y ss.

bioético se requiere de algunas revisiones previas como las que intentaremos a continuación.

Los variados planteamientos al respecto reconocen las más diversas filiaciones teórico-programáticas. El camino es más o menos el siguiente.

La ética humanista tradicional

Primeramente nos referiremos a aquellas concepciones que estiman irrelevante la existencia de una ética específicamente centrada en los problemas del ambiente en tanto exista la ética humanista tradicional –por cierto, ello implica, al mismo tiempo, un rechazo absoluto a cualquier nueva filosofía moral que no sea de orientación antropocéntrica–, pues no se considera necesaria una ética diferente que le diga al hombre qué hacer y qué no con las entidades naturales no humanas, ya que igualmente y con solvencia, la ética humanista puede contribuir a mitigar el problema; que, por lo demás, no interfiere con ningún *otro* sujeto ético, ni tampoco le causa indignación moral alguna, por lo cual, tampoco constituye un verdadero nuevo problema. Además, la antigua buena ética, que establece una consideración o una justicia igual para *todos* los seres humanos, entendería bien que ese *todos* incluye tanto a las generaciones presentes como a las futuras y con ello sería suficiente.

El filósofo estadounidense Bryan Norton señala que las políticas medioambientales basadas en un amplio y extenso antropocentrismo –donde los valores humanos de la generación presente y los de las generaciones futuras estén igualmente considerados– debieran ser indistinguibles de las políticas basadas en la controversial y problemática noción de "valor intrínseco" de la naturaleza. Esto es lo que él denomina la "hipótesis de la convergencia" y urge a los filósofos ambientalistas para que adhieran a un antropocentrismo conservador aunque "débil" y basen las políticas ambientales en el espectro total del material humano, científico, estético, y en los valores espirituales, tanto de las generaciones actuales como de las próximas[2].

De seguro, podríamos afirmar que el *approach* tradicional humanista a los problemas del medio ambiente trata al entorno meramente como un *pool* de "recursos naturales" y como la "arena" de la interacción humana, a pesar de la mayor gravedad que los conflictos potenciales revisten, según lo que la conciencia medioambiental creciente ha revelado; pues, es evidente que el daño que algunos seres humanos le provocan al ambiente *directamente*, repercute *indirectamente* sobre otros seres humanos. Así, el fundamento

[2] Norton B G. Environmental Ethics and Weak Anthropocentrism. Environmental Ethics 1984; 6: 131-48.

antropocéntrico que intenta desconocer como un otro moral a la naturaleza y, por ende, declarar irrelevante como problema ético la injuria hacia ella, se ve contradicho por la repercusión que inevitablemente dicho agravio tiene, en último término, para el hombre. En este sentido, Tom Regan, destacado filósofo y eticista ambiental, ha hecho notar que, aun cuando en la respuesta humanista a la crisis del ambiente estén contempladas las generaciones por venir, de todas maneras no alcanza a constituir una verdadera ética del medio ambiente sino que tan sólo se perfila como una ética para el uso del medio; es decir, como una ética simplemente "administradora" (*"management" ethics*)[3].

La ecología profunda

Por otra parte, la actitud de la llamada "ecología profunda", aun cuando se ha mostrado en cierto sentido proclive a la especulación *teórica*, rechaza de plano toda ética. Arne Naess, filósofo noruego considerado un verdadero profeta de la ecología, publicó en 1973 un breve ensayo acerca de las diferencias entre lo que él ha denominado la ecología superficial y la ecología profunda[4]; dicho texto adquirió de inmediato un carácter fundacional y le otorgó sello distintivo a un movimiento que hasta nuestros días –merced a la divulgación que de sus ideas hicieran en los Estados Unidos Bill Devall y George Sessions[5]– marca presencia en el debate y la acción militante en el mundo. Naess considera que la (ecología) superficial –la antropocentrista– acusa el defecto de no ser sino otra ciencia más dentro de la familia de las ciencias de la Tierra, tal como lo son, por ejemplo, la oceanografía o la meteorología. Por lo mismo, un ecologista superficial usa su ciencia para avanzar respecto de la anticuada empresa de conquista de la naturaleza, aunque sólo en el sentido de evitar las consecuencias indeseables, los "efectos colaterales" digamos, de tales acciones. Los ecologistas superficiales, en opinión de Naess, asesorarían a los gobiernos y a las empresas en la manipulación del medio ambiente con el exclusivo objeto de generar un rendimiento máximo y sostenido de los recursos. De esta manera, por ejemplo, su labor se limitaría a advertir acerca de los riesgos de la lluvia ácida sobre los bosques comercializables, o de las potenciales consecuencias biológicas derivadas de la introducción de organismos desarrollados por ingeniería genética en el medio ambiente.

[3] Regan T. The Nature and Possibility of an Environmental Ethics. Environmental Ethics 1981; 3: 19-34.

[4] Naess A. The Shallow and the Deep, Long-Range Ecology Movement. En:. Inquiry 1984: (6). La referencia bibliográfica es de Singer P. Ética Práctica. 2da ed. Melbourne: Cambridge University Press, 1995.

[5] Cfr. Devall B, Sessions G. "Deep Ecology: Living as if Nature mattered". Salt Lake City: Peregrine Smith Books, 1985.

La ecología profunda, por el contrario, se centraría –cuando sus implicancias han sido ampliamente exploradas e internalizadas– en un nuevo modo de experienciar la naturaleza, literalmente, en una nueva *visión de mundo*, que rescata las preguntas básicas acerca de la naturaleza de lo natural, de lo que significa ser un ser humano y de cómo un ser humano debe vivir en su medio natural. Así, las relaciones entre los organismos y sus ambientes son experimentadas, de acuerdo con la formulación clásica de Naess, como "nudos en la red biosférica", o dicho filosóficamente, como un campo de relaciones intrínsecas.

Ahora bien, vista desde esta perspectiva, la ecología profunda pareciera constituir una ética medioambiental perfecta y cabal; sin embargo, el ecologismo profundo ha llegado mucho más lejos y se ha constituido en una propuesta definidamente anti-ética. De hecho, supone que la unidad de la naturaleza debiera conducir a una Auto-realización (*Self-realization*)[6], y no a una ética medioambiental. Pero por *Auto*-realización, el ecologismo profundo no quiere entender la realización del potencial individual (*self-realization*). Ello quiere decir, más bien, que la realización individual no puede darse aisladamente de –o en oposición a– todos los demás organismos vivientes y procesos naturales. Dicho más exactamente, la Auto-realización significa que, en tanto los seres humanos sean parte de una totalidad simbiótica sistemáticamente integrada; es decir, de un *ecosistema*, una total y madura autoconciencia de inclusión en el todo debe desarrollarse. El ecologismo profundo rechaza la dimensión ética con respecto a la aproximación al ambiente pues considera estrecha y atomística su concepción del *Self*. La suya implica que el *Self* y el mundo son uno, porque está incluido en el medio en razón de totalidad. En lugar de una ética, el ecologismo profundo recomienda una "práctica", porque considera que no se vivirá en la "luz" de esta verdad, a menos de que ésta no sea sino concretamente experienciada.

Como se puede apreciar, se trata explícitamente de una contra-ética medioambiental, que además y por su misma vocación activista, ha dado lugar a múltiples derivaciones teóricas y prácticas, que van desde la "ecología transpersonal" (inspirada en la psicología transpersonal, que busca trascender los límites de la propia individualidad, del *ego* limitado digamos, a través de métodos tradicionales como la meditación, y de otros no tradicionales, como el uso de drogas psicodélicas) hasta formas *sui generis* de participación política o de milicia, como son, por ejemplo, los múltiples partidos *verdes* y los llamados "eco-warriors", que despliegan acciones ofensivas en contra de la propiedad (no de las personas, supuestamente) en situaciones de conflicto

6 Naess A. Self-Realization: An Ecological Approach to Being in the World. The Trumpeter. 4/3 (1987). Citado por Callicot, J. Baird. Op. Cit. p. 330.

medioambiental. En todo caso, distinguir entre quién es y quién no es un auténtico ecologista profundo es un asunto difícil de precisar y que no tiene real interés para nosotros en estas páginas. Sólo podríamos acotar que en el espíritu del propio Naess, ello, desde el comienzo ha tenido que ver con la promoción de ciertos cambios en el modo de vida que debieran fluir a partir de la Auto-realización señalada, la cual básicamente se entiende en la perspectiva de una vida "simple en cuanto a los medios y rica en cuanto a los fines", y fundamentalmente caracterizada por un bajo consumo material y un elevado contenido experiencial.

Sin embargo, un punto de desasosiego en relación con el planteamiento profundo lo constituye, sin duda, su tratamiento del yo individual *(self)* como algo esencialmente ilusorio que remite la práctica de la auto-trascendencia exclusivamente a la esfera de la verdadera Auto-realización, porque el mundo visto a través de este prisma revela un mundo constituido como una totalidad y un *continuum* sistemáticamente unificado, en circunstancias que desde una perspectiva más científicamente ecológica el mundo se revela como una diferenciada y no homogénea unidad de lo natural. Este punto es de crucial importancia para la defensa de una ética del medio ambiente ante la apuesta de la ecología profunda. Se necesita una ética que guíe el comportamiento del hombre con respecto a las "otras" entidades no-humanas y frente a la naturaleza como un todo, para que así se mantenga aquello que distingue a ambos entre sí y sustenta esa mutua alteridad, puesto que –como señala Callicot– "somos filogenéticamente parientes y estamos contemporáneamente interrelacionados con otros seres no-humanos con quienes formamos una comunidad biótica"[7]. A su juicio, esta afirmación referida a una nueva visión de nosotros mismos en relación con la naturaleza, refrendada por la ecología, es parte decisiva de los basamentos teóricos de una ética medioambiental cabal y perfecta. Ecológicamente hablando, nos advierte el autor, las entidades naturales no-humanas no son *esencialmente* lo mismo; no son la manifestación ilusoria de una realidad última subyacente como lo afirma la filosofía Advaita Vedanta hindú, inspiradora de la ecología profunda; sino que, más bien, ellas están íntimamente relacionadas; o sea, son lo que son –seres individuales únicos– además de sus relaciones con otros. El resultado de esta comprensión se traduce en la concepción de un *todo diferenciado*, que de todas maneras es un *uno*, si se compara con la atomística ontología de la ciencia moderna, pero que comparada con la mística oceánica que nutrió a Ghandi, y por su intermedio a Arne Naess, resulta ser una absoluta diversidad. Callicot concluye su crítica al ecologismo profundo señalando que tenemos que vivir y funcionar como individuos únicos, pero, a la

7 Callicot, J. Baird. Op. Cit. p.334.

vez, tenemos que cooperar con los otros seres vivientes con los que estamos íntimamente vinculados y de los que somos finalmente dependientes. He ahí la necesidad imperiosa de una *ética* medioambiental[8].

El ecofeminismo

Por otra parte, el llamado "ecofeminismo", una de cuyas líderes principales ha sido la filósofa Karen Warren, reconoce importantes vínculos –históricos, experienciales, simbólicos, teóricos– entre la dominación de la mujer y el dominio que el hombre ha hecho de la naturaleza. El postulado básico del ecofeminismo sostiene que un análisis y una comprensión adecuadas de las pasadas relaciones de dominación puede iluminar a las relaciones presentes. Todavía más, el ecofeminismo afirma que el patriarcado (literalmente, la reglamentación paterna), la ideología supuestamente responsable de la dominación de la mujer, es, al mismo tiempo, la ideología responsable por la dominación de la naturaleza; de tal manera que, liberar a la mujer de la dominación masculina, liberará de inmediato a la naturaleza también. El ecofeminismo argumenta que es la visión de mundo "androcéntrica" la primera culpable del problema, puesto que los hombres serían socializados para percibir su identidad en función de una devaluada imagen femenina del mundo. Por ello se habría desarrollado históricamente una cultura en la que los hombres acaparan el poder y los valores masculinos se institucionalizan llegando a subordinar de igual modo a las mujeres como a la naturaleza. Según Warren, toda estructura conceptual que establece un dualismo entre negro y blanco, entre masculino y femenino, entre hombre y naturaleza, etc. y establece superioridad de uno por sobre el otro, adquiriendo de tal modo control y poder, es una estructura conceptual opresiva que responde a una lógica de pura dominación[9]. Ahora bien, el ecofeminismo ha sido, principalmente, un análisis y una crítica que no ha querido consolidarse ni como una visión de mundo específica ni como un conjunto general y común de principios éticos. Por lo tanto, no se puede hablar de una filosofía moral ecofeminista que dé cuerpo a una específica ética medioambiental de tal índole, identificable como tal por una teoría particular acerca de valores intrínsecos o de derechos respecto de la naturaleza, ni con ninguno de los otros elementos que usualmente se identifican con la ética. Fundamentalmente, porque todos ellos se presumen de índole masculina y no son, en consecuencia, femeninos por esencia. Los escritos éticos feministas, según Warren, serían irreductiblemente contextuales, pluralistas, no "objetivos", particulares y

[8] *Ibíd.*, p.335.

[9] Cfr. Warren KJ. The Power and Promise of Ecological Feminism. Environmental Ethics 1990; 12: 36.

concretos. Lo que Warren identifica como el sesgo masculino de la ética, es aquello que fundamentalmente se perfila como un asunto de derechos, reglas, o principios predeterminados y aplicados en casos específicos a entidades vistas como competidoras en el debate moral. En lugar de estas convenciones teóricas acerca de la ética medioambiental y de otras éticas, el ecofeminismo enfatiza el relato histórico y la narrativa femenina en primera persona, que deplora ambas dominaciones, la de la mujer y la de la naturaleza[10].

Lo que no resulta del todo convincente en el ecofeminismo es su afirmación categórica de que las construcciones teóricas tengan, por definición, un sesgo masculino, o que los hombres estén típicamente mejor dispuestos para la construcción de grandes superestructuras cognitivas y que las mujeres estén también típicamente dispuestas pero para lo concreto, lo situacional, lo inmediato, para contar historias; cada uno en su discurso ético específico de género. Aquello suena inevitablemente semejante a las prejuiciadas descripciones con que tradicionalmente se ha diferenciado a un género del otro, para desmedro de la condición femenina generalmente. Otra dificultad se presenta en relación con su crítica del sentido "totalizante" que, en general, han tenido las teorías éticas desde Platón hasta nuestros días. Dado que la mitad de la población humana está constituida por mujeres (supuestamente subordinadas) pero no todas ellas exactamente iguales, el ecofeminismo perdería sentido si se manifiesta como una opción exactamente igual de totalizante que aquéllas que critica. El ecofeminismo debe necesariamente, entonces, rehuir el constituir una teoría ética debido al riesgo de que al hacerlo se convierta en una fuente de alienación y de "colonización" mental para todas aquellas mujeres que no comparten sus afinidades culturales ni están de acuerdo con sus principios teóricos, cosa que resultaría una absurda contradicción.

El extensionismo

En último término, nos referiremos a la perspectiva ética del llamado "extensionismo" medioambiental, cuya aproximación secular básica –secular porque ha optado por no invocar a Dios como fuente originaria del valor intrínseco de las especies no-humanas o de la naturaleza entendida como un todo– ha intentado articular conceptualmente y fundamentar de manera teórica una moral *directamente* referida al medio ambiente, a través de la extensión o el ajuste de la moral humanista occidental al reconocimiento del estatuto moral de algunas entidades no-humanas. El primero y, probable-

[10] *Ibíd.*, p. 124.

mente, el más conspicuo de sus representantes, ha sido el filósofo australiano Peter Singer, quien la desarrolló inicialmente como una teoría que buscaba extender la consideración moral a los animales sin referencia al medio o a los problemas ambientales en sí mismos. Posteriormente, Tom Regan amplió y refinó este primer estadio del extensionismo –el de los derechos y la liberación animal– a un segundo nivel que avanzó, gracias a la colaboración de pensadores como Paul W. Taylor, Holmes Rolston III y otros[11], hacia la corriente llamada "Biocentrismo", teoría ética centrada en la vida.

La tradición humanista occidental se vio conducida a un singular dilema en el momento en que aparece la reivindicación de los derechos de los animales reclamada por esta primera fase del extensionismo, puesto que aquellas características que habían sido defendidas como fundamento para atribuir exclusiva competencia moral al hombre –su racionalidad, su capacidad de reciprocidad moral– no sólo estaban ausentes en la mayoría de los animales (por lo que no podían ser incluidos en tal atribución) sino también en muchos seres humanos "marginales", como por ejemplo, los niños, o los discapacitados mentales, incluso los ancianos afectados por una senilidad profunda; con lo cual, en tales condiciones, ellos también quedaban excluidos del reconocimiento de capacidad moral, y por tanto, podían ser tratados como más complaciera, lo que, sin duda, era contrario a los preceptos de la tradición occidental. Si, en cambio, aquellas características merecedoras de la consideración de competencia moral eran rebajadas hasta el punto en que se llegara a incluir en ellas a los casos marginales, algunos animales no-humanos, que también poseían capacidades semejantes a éstos últimos, también podían (o debían) ser incluidos; con lo que resultaba factible extender, por esta vía, los estándares morales ahora a ellos; lo que igualmente era contrario a la tradición humanista occidental.

El criterio de la considerabilidad moral propuesto por Singer –tomado del filósofo utilitarista Jeremy Bentham (1748-1832)– es el de la *sentiencia* (*sentience*), o dicho más simplemente, la sensibilidad; es decir, la capacidad para experimentar placer y dolor. Esta capacidad es poseída de igual modo por todos los seres humanos, incluidos los casos marginales. Se trata de un criterio moralmente relevante en cuanto considera equivocado cualquier medio que cause sufrimiento; pero, perdería relevancia si no se tomara en cuenta que no sólo los seres humanos poseen tal capacidad, ya que muchísimos animales no-humanos también la poseen; por esto Peter Singer inaugura

[11] Cfr. Taylor P. "Respect for Nature. A Theory for Environmental Ethics". Princeton, NJ: Princeton University Press, 1986. Rolston III H. "Environmental Ethics. Duties to and Values in the Natural World". Philadelphia: Temple University Press, 1988. Ambos referidos por Callicot, J. Baird. Op. cit.

esta postura ética llamada extensionismo, cuando afirma enfáticamente que, siendo muchos animales no-humanos sujetos sentientes o sensibles, debían ser considerados moralmente tal y como lo eran los seres humanos. "Esta ética extendida –nos dice– traza la línea de división de la consideración moral alrededor de todas las criaturas sensibles, pero deja otros seres vivientes fuera de la línea" [12].

Ahora bien, queda claro con esto último que Singer se empeña en esclarecer los límites razonables que puede tener su particular extensionismo ya que querer extender una ética de modo admisible aún más allá de los seres sensibles –cosa que ha ocurrido con otros planteamientos como, por ejemplo, el de Paul Taylor y en general con los autores que han adherido al biocentrismo– eso sí que sería una tarea mucho más difícil, porque una ética que se base en los intereses de las criaturas dotadas de sensibilidad siempre estará en un terreno familiar debido a que éstas tienen necesidades y deseos, de manera análoga a como los tienen los seres humanos. Singer afirma que para alcanzar decisiones morales que afecten a las criaturas sensibles se puede intentar añadir los efectos que las diferentes acciones tienen en todas las criaturas sensibles afectadas por las acciones alternativas que se abren ante el hombre. Esto puede entregar al menos una guía aproximada de lo que podría ser correcto. No obstante, "no hay *nada* que se corresponda con lo que significa ser un árbol que agoniza debido a que sus raíces se han inundado"[13]; por cierto, entonces, si dejamos a un lado los intereses de las criaturas sensibles, la pregunta obvia será ¿de dónde obtenemos los valores ahora? ¿qué puede ser bueno o malo para las criaturas no sensibles? El problema –opina Singer– es que sin intereses conscientes que nos guíen, no tenemos cómo evaluar la importancia relativa que pueden tener las formas de vida diferentes. Por tanto, si dejamos de hablar en términos de sensibilidad, la línea divisoria entre los objetos vivientes y los objetos naturales inanimados se hace más difícil de defender.

Sin embargo, este criterio basado en la *sentiencia* o sensibilidad, propuesto para una idéntica consideración y derechos de los animales no parece ser del todo la base adecuada para una teoría ética referida a los temas fundamentales del bienestar animal. Un argumento plausible para fundamentar lo anterior podría derivarse de la probable contradicción surgida de su propia afirmación de que es inmoral comer carne y que, por lo tanto, las personas tienen el deber moral de hacerse vegetarianas[14], pues el mismo Bentham (el

[12] Singer P. Op. Cit. p. 344.

[13] *Ibíd.*, p. 345.

[14] Cfr. Singer P. "Animal Liberation. A New Ethics for our Treatment of Animals". New York: Avon, 1975.

defensor original de la *sentience* como criterio de considerabilidad moral) reconocía que era perfectamente posible hacer crecer animales en perfectas condiciones de bienestar y después sacrificarlos sin dolor para su consumo; razón por la cual, una dieta carnívora era compatible con el criterio en cuestión. Aún más, si todos los seres humanos fueran vegetarianos muchos menos cerdos, aves de corral, vacas y otros animales semejantes tendrían la oportunidad de vivir en las condiciones confortables en que viven durante bastante tiempo aquellos destinados a nuestra alimentación. De lo cual se podría inferir que, entonces, tenemos la obligación moral positiva de comer carne.

No obstante, el criterio de la sensibilidad propuesto para una idéntica consideración y derechos de los animales, que no parecía ser la mejor base para una teoría ética referida a los temas fundamentales del bienestar animal, sí parece serlo para una ética del medio ambiente; al menos si se admite la objeción que acaba de plantearse en referencia a la moralidad contenida en el acto de alimentarse mediante animales y si, además, se entiende lo siguiente.

Singer cree que según la tradición occidental dominante –en la que él mismo se inscribe–, el mundo natural existe para beneficio de los seres humanos. Dios le dio al hombre señorío sobre él, y a Dios no le importa cómo lo tratemos. Los únicos miembros moralmente importantes en este mundo son los seres humanos. La naturaleza en sí misma no tiene valor intrínseco; por ello su destrucción no constituye pecado, a menos que con ello se dañe a seres humanos. Toda preocupación por la conservación de la naturaleza, entonces –preocupación que de hecho existe– será válida siempre y cuando atañe al bienestar humano. Esta postura, en primera instancia, puede parecer muy interesada en lo humano y, por ello, parcial; y sólo tangencialmente respetuosa del mundo natural; sin embargo, no puede ser objeto de una crítica absoluta –piensa Singer– debido a que, normalmente, es posible apreciar cómo sus puntos de vista pueden coincidir con los de otras posiciones mucho más comprometidas con la defensa del medio. A saber, dentro de los límites de la tradición occidental, uno podría oponerse a la energía nuclear argumentando que el material fisionable es tan peligroso para la vida humana que es mucho mejor dejar que el uranio permanezca sumido en las entrañas terrestres. Éste y otros ejemplos parecidos le ayudan al autor a sostener definitivamente que es evidente que, incluso en el marco de la moral más antropocéntrica, la conservación del medio ambiente puede llegar a tener un valor de la máxima importancia[15].

15 Singer P. Ética Práctica. 2da ed. Op. Cit. pp. 334-35.

Dicho sucintamente, las líneas fundamentales de una verdadera ética medioambiental resultan fáciles de inferir. Básicamente, ésta favorece los intereses de todas las criaturas sensibles, incluidas las sucesivas generaciones que se proyectan a futuro y se acompaña de una estética de aprecio por la naturaleza virgen. No fomenta grandes familias en las ciudades y pueblos y rechaza el modo de vida materialista que calibra el éxito por el consumo de bienes acumulables. A cambio, promueve el éxito derivado de las propias capacidades y el logro de una realización y una satisfacción reales. A la vez, destaca la frugalidad en cuanto actitud necesaria para mitigar la contaminación y propiciar la reutilización de todo lo que pueda ser reutilizado. Singer afirma "El énfasis en la frugalidad y una vida sencilla no implica que la ética del medio ambiente desapruebe el placer, sino que los placeres que valora no provengan de un consumo exagerado"[16].

Estos tópicos nos permiten establecer una descripción de aquello que para nosotros constituye un requisito fundamental para avanzar hacia una definición bioética como la que estamos buscando. En ella aparece como un requisito propiciar la reconfiguración de la subjetividad (la producción de nuevas modalidades de existencia humana en los nuevos contextos históricos determinados por la emergencia de la crisis ambiental) como aspiración de una *praxis* bioética concreta; lo que implicaría, en este caso, por ejemplo, la posibilidad de hacer viable, en contraposición del sentido del placer inculcado por la máquina alienante de la semiótica consumista, otro sentido del placer como el que proviene de relaciones personales y sexuales cada vez más estrechas, de la cercanía de los niños y los amigos, de la conversación fraternal y el esparcimiento en armonía con el medio[17], de nuevas modalidades alimenticias de menor impacto para las especies naturales, de la actividad creativa en amplio sentido y de otros asuntos como éstos que sustenten un ser-en-sociedad distinto.

El biocentrismo

Paul Taylor ha asumido una posición mucho más radical y resuelta y ha sostenido que todos los seres vivientes tienen igual valor intrínseco[18]. Taylor

16 *Ibíd.*, p. 359.

17 A Singer le parece que desde el punto de vista de la ética medioambiental nuestra elección de esparcimiento no es en absoluto éticamente neutral. La elección entre las carreras de autos y el ciclismo, o entre el esquí acuático y el *windsurfing*, no es sólo una cuestión de gustos o simples preferencias. La diferencia esencial radica en que las carreras de autos y el esquí acuático requieren del empleo de combustibles fósiles contaminantes, mientras que las otras actividades deportivas no. Tomado en serio el compromiso de conservación del ambiente, las primeras dejan de ser aceptables como entretenimiento.

18 Cfr. Taylor, Paul. Op. cit.

basa su aserto de la igualdad del valor inherente de las entidades vivas en el hecho de que constituyen un bien en sí mismas, independientemente de nuestra valoración antropocéntrica o de que sean sensibles al cuidado, o a la luz, o al calor o el agua, o de que un rico suelo sea bueno para la hiedra venenosa aunque la hiedra venenosa pueda no ser buena para nosotros, o no sienta ni le concierna su propio bien. Un organismo es, de acuerdo con Taylor, un centro teleológico de vida. El *telos* de un organismo consiste en alcanzar su estado de maduración y reproducirse. De manera contraria a como las máquinas están diseñadas para cumplir nuestros fines, los otros organismos tienen los suyos propios, no menos de lo que nosotros los tenemos. Nuestros actos pueden impedir el cumplimiento de los fines de otros organismos. Hacer esto, simplemente significa dañarlos. Así como nosotros insistimos en los otros no interfieran con nuestros esfuerzos y logros y demandamos respeto hacia nuestra individualidad, así también no debiéramos interferir con el esfuerzo y los logros de otros seres vivientes. Les debemos un idéntico respeto.

Esta misma concepción del valor intrínseco de todo lo viviente, esta ética centrada en la vida, se vio perfeccionada con el aporte de Rolston[19], quien, suscribiendo las tesis de Taylor, consideró necesario argumentar que la sentiencia o sensibilidad, la capacidad de un organismo de sentir su propio daño, cuando éste le ocurre, es un factor fundamental para jerarquizar el valor intrínseco, pues, éste será mayor en la medida en que mayor sea la sensibilidad que posea. Rolston además considera que se agrega un valor adicional cuando el organismo es sujeto de una vida y precisa que dicha subjetividad puede ser más rica en algunos seres que en otros. Y como el ser humano adulto normal es racional y plenamente autoconsciente es, entonces, el organismo más ricamente subjetivo de todos; por tanto, es el que tiene el mayor valor intrínseco. Ahora, Rolston se autocuestiona, ¿cuál es el telos de la mayor parte de los centros teleológicos de vida? ¿cuál es su bien? Su respuesta es: ser bueno con respecto a su clase y reproducirse, reproducir su especie. Así, las especies que no tienen un telos, no son buenas para sí mismas y no tienen valor intrínseco. Pero las innumerables especies existentes no evolucionan aisladamente sino que dentro de una compleja matriz de interrelaciones; es decir, en *ecosistemas*. Por lo tanto, los ecosistemas también tienen un valor intrínseco en la teoría ética medioambiental de Rolston.

Ahora bien, ante todo esto, es preciso pensar que un sistema igualitario del tipo que plantean estos autores extensionistas, para resolver los conflictos de intereses entre los individuos, siempre parece ser un asunto razonable,

[19] Cfr. Rolston III, Holmes. Op. Cit.

incluso parece una aspiración susceptible de ser puesta en práctica; pero, sólo si es que aquellos individuos cuyos intereses deben ser considerados igualitariamente son relativamente pocos. Puesto que si el número de ellos aumentara y cada vez más individuos fueran comprendidos en igualdad de derechos por vía de una extensión teorética de la considerabilidad moral –como aquélla a la que hemos venido refiriéndonos en las páginas anteriores– el espacio moral tendería a sobrepoblarse y, casi necesariamente, emergería una infinidad de conflictos que crecientemente irían albergando menores esperanzas de solución. Recurriendo a un ejemplo ofrecido por el propio Singer –quien se cuestiona la igualdad del valor intrínseco–, ¿sería realmente peor talar un árbol viejo que destrozar una preciosa estalactita que ha tardado incluso más en crecer?, o bien, ¿tiene más valor conservar un pino Huon de dos mil años que una mata de hierba? Es necesario que se diga, cree este autor, no sólo que los árboles, las especies y los ecosistemas tienen intereses sino que tengan intereses moralmente pertinentes.

O sea que, si cada entidad es considerada como valiosa en sí, tendrá que demostrarse que su supervivencia o su realización tiene valor moral[20]. Porque, si todo ser viviente llegara a ostentar idéntico nivel de consideración, el sentido mismo de la considerabilidad moral y de derechos tendería a disolverse. Obviamente, el principal problema que debe enfrentar una postura ética extensionista de sello igualitarista, es su practibilidad, su factibilidad de ser puesta en obra.

Sin embargo, Taylor insiste, tanto en que todas las entidades vivientes tienen igual valor intrínseco, como en que el hombre no es superior a las demás especies; por lo cual no sería posible exigirle una respuesta a este problema de la factibilidad. Seguramente, para Taylor, la puesta en práctica de una ética biocéntrica sería algo muy difícil, pero al parecer no imposible, porque, al menos, admite la posibilidad de que nos sintamos autorizados a defendernos de las amenazas a nuestra existencias y bienestar, como, por ejemplo, disparándole a un animal feroz si nos ataca. En lo que no estaría de acuerdo es en que siguiéramos satisfaciendo necesidades superfluas, no básicas, que debieran ser abandonadas cuando llegan a violar los intereses básicos de otros seres vivos. No hay para qué ejemplificar tales acciones, que son abundantes en nuestra vida cotidiana.

Pues bien, hemos hecho una revisión general (no exhaustiva en ningún caso) de algunas de las ideas centrales de los autores y las modalidades más reconocidas (no de la totalidad, por cierto) de ética medioambiental; hemos intentando, al mismo tiempo, sacar a la luz sus dificultades teóricas y los

[20] Cfr. Singer P. Op. Cit. p. 352.

aspectos discutibles de sus planteamientos, quizás también algunos de sus excesos y hasta algunas coincidencias con otras intuiciones; sin embargo, el propósito de este libro no se habrá cumplido enteramente si es que no ha dejado suficientemente claro que la pretensión de estas consideraciones no fue, en ningún caso, decir la última palabra al respecto, sino que simplemente avanzar un poco más allá del ámbito conocido de la reflexión (sin la pretensión de superarlo), para aproximarnos al fenómeno ético-ambiental desde una mirada bioética, que es lo que verdaderamente nos importa, para terminar de dar con el espíritu de este texto. El lector, sin duda tiene siempre la última palabra.

Bibliografía

Commoner B. El círculo que se cierra. Barcelona: Plaza y Janés, 1978.

Commoner B. En paz con el planeta. Barcelona: Crítica, 1992.

Daly E *et al.* Crisis ecológica y sociedad. Valencia: Alfons el Magnanim, 1997.

Devall B, Sessions G. Deep Ecology: Living as if Nature mattered. Salt Lake City: Peregrine Smith Books, 1985.

Goldschmidt E. Manifiesto para la supervivencia. Madrid: Alianza, 1973.

Informe Brundtland Comisión Mundial del Medio Ambiente y del Desarrollo. Nuestro futuro común. Madrid: Alianza, 1992.

King A, Schneider B. La primera revolución mundial. Barcelona: Plaza y Janés, 1991.

Meadows D. Los límites del crecimiento. México: FCE, 1973.

Meadows D *et al.* Más allá de los límites del crecimiento. Madrid: El País/Aguilar, 1992.

Naess A. Self-Realization: An Ecological Approach to Being in the World. The Trumpeter 4/3 (1987). Citado por Callicot, J. Baird. Op. Cit. p. 330.

Naess A. The Shallow and the Deep, Long-Range Ecology Movement. En: Inquiry. Vol. 6 (1984). La referencia bibliográfica es de Singer, Peter. Op. cit.

Norton BG. Environmental Ethics and Weak Anthropocentrism. Environmental Ethics 1984; 6:131-48.

Regan Tom. Matters of Life and Death. New Introductory Essays in Moral Philosophy. Raleigh, NC: Mc Graw-Hill, 1993.

Regan Tom. The Nature and Possibility of an Environmental Ethics. Environmental Ethics 1981; 3:19-34.

Riechmann J, Fernández BF. Redes que dan libertad. Barcelona: Paidós, 1994.

Rolston III H. Environmental Ethics. Duties to and Values in the Natural World. Philadelphia: Temple University Press, 1988. Referidos por Callicot, J. Baird. Op. cit.

Singer P. Animal Liberation. A New Ethics for our Treatment of Animals. New York: Avon, 1975.

Singer P. Ética Práctica. Segunda Edición. Melbourne: Cambridge University Press, 1995.

Taylor P. Respect for Nature. A Theory for Environmental Ethics. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1986. Referidos por Callicot, J. Baird. Op. cit.

Warren KJ. The Power and Promise of Ecological Feminism. Environmental Ethics 1990; 12:36.

Ética e investigación en sujetos humanos

Laura Rueda

Un tema presente en el estudio de la ética aplicada y un elemento central en la formación de profesionales –en cuyo perfil de competencias se encuentra el trabajo con seres humanos– constituye la dimensión ética de las investigaciones que involucran directa o indirectamente la participación de personas como fuentes de conocimiento.

El artículo que exponemos está dedicado al análisis de los aspectos éticos que surgen en la investigación que realizan científicos y científicas especialmente del área biomédica, aquélla que involucra ensayos clínicos con drogas o terapias innovadoras, donde se ha centrado preferentemente el control de los aspectos éticos, porque podrían poner en peligro la vida o tener efectos serios en la salud de los sujetos que participan en las investigaciones. En este sentido, debemos advertir al lector que de igual forma, las investigaciones llevadas a cabo desde la psicología, la antropología y la sociología, basadas en la información obtenidas de personas, a primera vista parecieran no presentar daños o riesgos a los involucrados, sin embargo en estas investigaciones hay factores que entorpecen la aplicación de los principios éticos, centrados en la falta de conciencia de la valoración y el respeto por ellos, que puede conllevar la posibilidad de riesgos psicológicos, sociales y aun legales.

La necesidad de obtener información y de reafirmar teorías científicas en la aplicación práctica en la salud de las personas, pone a los investigadores, en ocasiones, a requerir del otro como un elemento cosificado para el cumplimiento de los objetivos de la investigación. Ello, representa un acto de injusticia hacia la condición misma de persona.

Este documento tiene como eje conductor el desarrollo histórico de la preocupación por los aspectos éticos que se han traducido en hechos, antecedentes y formulación de normativas de regulación ética durante años; junto a este desarrollo ofrecemos una reflexión centrada en la evolución que ha surgido desde los derechos que poseen los seres humanos en general, como tales, y en especial como sujetos de investigación. Con este fin, revisaremos las

propuestas sobre las evaluaciones éticas de las investigaciones aportadas por E. Emanuel y los contenidos de las diversas normas y pautas que regulan éticamente el desarrollo de las investigaciones.

El proceso de la investigación científica

El estudio científico o investigación científica puede ser conceptualizado de tres maneras diferentes: como proceso, procedimiento y producto.

En primer lugar, un proceso social donde entran en juego: actores, recursos y activas interacciones entre las personas. Por otra parte, es también un conjunto de procedimientos técnicos dirigidos a alcanzar certeza acerca de los acontecimientos naturales o provocados por experimentación. La habitual designación de estos procesos es *método*. La pregunta metodológica, es la clave de la investigación científica, inicia el proceso y dirige el rumbo y trayecto de la pesquisa, a través del desarrollo de un procedimiento. Para finalmente, aportar un producto concreto. Algunos de ellos son interés sólo de la comunidad científica y se reflejan en sus valores, leyes naturales, conceptos e ideas presentados en libros, ensayos y fórmulas. Otros productos son vistos por la comunidad externa como artificios de productos negociables.

Es conveniente destacar que la reflexión ética puede apuntar a cada uno de estos aspectos.

Todos los aspectos fundamentales de la investigación se pueden examinar a la luz de tres puntos[1]:

- *La propia técnica:* Refiriéndose al modo de aproximarse a métodos específicos que a la vez formulan y resuelven los problemas que se presentan.
- *El mérito científico:* Incluye la competencia para indagar o proponer la generación de otras disciplinas; enriquece la discusión entre expertos e incrementa el ámbito de conocimientos de una disciplina.
- *El mérito social:* Centrado en el tema de los beneficios derivados del éxito alcanzado, de las propuestas sugeridas por los proyectos de investigación.

La evaluación del primer punto es interna a la comunidad, corresponde a la valoración que efectúan los pares, dentro de una misma disciplina asignada, la comunidad de iguales. Solamente los expertos pueden juzgar este aspecto, ya sea validando el problema de acuerdo al estado del arte o de

[1] Cf. Lolas F. Bioética y Antropología Médica. Santiago: Mediterráneo, 2000: 143.

la ciencia que ellos desarrollen en un campo establecido. La evaluación de la técnica, puede ser ejercida solamente por la misma comunidad científica o tecnológica.

El segundo aspecto es tema de la literatura científica en la comunidad de revisores críticos. Ellos son, las instituciones patrocinadoras, universidades y cuerpo de lectores que confirmarán las exposiciones, los que se constituyen como miembros de la comunidad científica y cuidan el mejor desarrollo y en general todos los aspectos del trabajo científico. Este aspecto es el que debería ser la dimensión cultural de la ciencia.

El tercer punto se dirige al valor social de un proyecto. Esto es, los beneficios acumulados con su éxito, el reconocimiento de aquéllos que ejecutaron el trabajo, de aquéllos que lo patrocinaron y de aquéllos a quienes los resultados beneficiarán.

El instrumento, la hermenéutica y los méritos proyectados en la valoración de la investigación son una síntesis entre la ética y la tecnociencia.

Los sujetos humanos que participan en Investigación

Los tres puntos mencionados anteriormente, la técnica investigativa, el mérito científico y social de las investigaciones, pueden percibirse también en la evaluación de los modos como se orientan las investigaciones. En el caso de los proyectos con seres humanos, debemos diferenciar las distinciones conceptuales y prácticas que se pueden presentar[2]:

- *Investigación EN sujetos humanos:* Donde lo más importante es la promoción del conocimiento y las personas son solamente medios para alcanzar un objetivo. Esto es, en las investigaciones farmacológicas, por ejemplo, donde los beneficios directos a las personas están asegurando la calidad y eficacia de los productos.
- *Investigación CON sujetos humanos:* Donde la meta es el beneficio directo, que involucra la preferencia de las personas. Esto es, en el caso de la investigación diagnóstica de una nueva enfermedad o de los aspectos específicos que condicionan a una población en riesgo.
- *Investigación A TRAVÉS de sujetos humanos:* Donde el interés está centrado en la dinámica social, los efectos económicos y en los intereses comunitarios. Los proyectos diseñados como formas de investigaciones sociales, usan a las personas como "informantes"; no hay

[2] Lolas F. La dimensión social de la investigación en salud: Una perspectiva bioética. Conferencia en: Foro Latinoamericano de Ética de la Investigación. México D.C. 2000.

beneficios personales acumulados por la investigación, tampoco los productos son las metas, sí los principios y estructuras sociales hacia donde se dirigen.

Un análisis necesario es el de las relaciones entre los administradores de la investigación y los sujetos que en ella participan. Ellas pueden ser trabajadas fuera de las variables consideradas contextuales, como circunstancias, lugar, país e institución, entre muchas otras. A pesar de las regulaciones y declaraciones, la confianza continúa siendo el principal valor de esta relación como ha sido observado en la investigación práctica de la relación sujeto-investigador. En la investigación de las ciencias sociales, donde el encuentro cara a cara alcanza el lugar de una variable preponderante, participar de las expectativas y valores puede ser más relevantes que la propia investigación completa, de ello, puede depender la hipótesis, los hechos y el método científico por separado pueden agotar la confianza o por el contrario, puede fortalecerla.

El resguardo de los aspectos éticos en la investigación biomédica, previene al conductor de la investigación, empezando por el contacto personal adecuado con los sujetos, donde se genera la confianza. En algunos casos, la confianza es desplazada hacia la institución de la ciencia o depositada en las personas en contacto más directo con los sujetos de investigación. En muchas orientaciones de las solicitudes epidemiológicas, donde los diseñadores de estudios casi nunca llegan a ver y mucho menos a conocer a los sujetos de la investigación, la confianza de los participantes no recae en los propios diseñadores.

Antecedentes históricos[3]

Desde tiempos inmemoriales la investigación y la experimentación en seres humanos han formado parte del desarrollo de la medicina. No obstante, por muchos siglos –más precisamente, desde Hipócrates hasta fines del siglo pasado– la investigación clínica se consideró sólo como "fortuita o casual", en la tesis clásica de que "todo acto médico realizado en seres humanos había de tener *per se* un carácter clínico (diagnóstico o terapéutico) y, por tanto, *beneficente* y sólo *per accidens* un carácter *investigativo*", basado en el principio del doble efecto o del voluntario indirecto (Diego Gracia, 1999). De allí que únicamente era aceptado que se realizara en cadáveres, animales y condena-

[3] Antecedentes elaborados para conferencia sobre "Ética de la Investigación con seres humanos". Ministerio de Salud de Honduras. Tegucigalpa 2001 por: Roberto Mancini R. Médico Neuropsiquiatra, Consultor Programa Regional de Bioética OPS/OMS.

dos a muerte (seres humanos que "ya eran cadáveres y podían ser redimidos por su colaboración con la ciencia"). En esta larga etapa, primó absolutamente el principio ético de la beneficencia.

Ya a mediados del siglo XIX y con mayor claridad a comienzos del siglo XX, con precursores tales como Claude Bernard y, más tempranamente aún, Williams Beaumont, se fue estableciendo una forma muy diferente de ver la investigación clínica. Hasta entonces se afirmaba que nada que no fuera clínico (diagnóstico o terapéutico) podía justificarse como experimental, desde ese momento –que coincide con la crisis del conocimiento empírico y el mayor desarrollo del aprendizaje sistematizado en las ciencias de la salud– se comienza a señalar que solamente lo experimentado, lo "validado", tiene aplicación clínica. Por lo tanto "la validación o investigación en seres humanos tiene que ser posible *per se* y no sólo *per accidens*" (Diego Gracia, 1999). En este período primó el principio de la autonomía, tanto de las personas que deben aceptar la investigación como sujetos de ella, como de los investigadores, que deben tener libertad para experimentar, ya que hasta entonces se creía cerradamente en la "pureza" de las ciencias y los científicos (los que debían atenerse a los hechos y no a las cuestiones de valor).

Dos tremendos acontecimientos de los años 40: la detonación sobre personas de dos bombas atómicas y las atrocidades llevadas a cabo por médicos en campos de concentración nazis, fueron una exagerada demostración de la equivocación cometida. Los científicos no se autorregularían y la ciencia podía ser "impura".

Este remezón de la conciencia mundial, dio origen, en 1947, al *Código de Nuremberg*, el primer Código Internacional de Ética para la investigación en seres humanos. De esta forma se inicia formalmente a la *ética de la investigación en seres humanos*, orientada a impedir toda repetición –por parte de los médicos y los investigadores en general– de violaciones a los derechos y al bienestar de las personas.

El Código de Nuremberg es el documento básico de la ética médica de nuestra época, con un decálogo de reglas que deben cumplirse para experimentar en seres humanos y que pueden agruparse bajo tres conceptos fundamentales:

a. El sujeto de experimentación debe dar un *consentimiento voluntario* y debe conservar su libertad y poder de autoconservación permanentemente.

b. El experimento debe ser necesario, preparado correctamente, con riesgos muy bajos de producir daño, invalidez o muerte.

c. El investigador debe ser calificado, para no producir daño y poder suspender el experimento en caso de peligro[4].

Al año siguiente de Nuremberg, en Ginebra se estableció la *Promesa del Médico*, como una versión moderna del juramento hipocrático, incluyendo "el máximo de respeto por la vida humana" entre sus acápites principales. Ambos textos parecieron ser una sólida respuesta que dio la misma comunidad científica a los dramáticos sucesos vividos durante la segunda guerra mundial.

Sin embargo, estas Declaraciones Internacionales no bastaron para cautelar por los derechos de las personas en el marco de la investigación clínica, por el mero mecanismo de la autorregulación de los médicos. Hay tres proyectos de investigación en seres humanos que se han considerado paradigmáticos al respecto[5]:

- El efectuado en una prestigiosa institución para niños retrasados mentales, en Staten Island, New York, en 1956, donde se infectó deliberadamente con el virus de hepatitis a todos los niños recién ingresados, con el fin de buscar una vacuna y justificados en que todos los menores que habían ingresado anteriormente se habían infectado espontáneamente. En todos los casos los padres o tutores legales habían dado su consentimiento por escrito, pero la investigación posterior (iniciada recién en 1971) determinó que había sido bajo coerción (se les amenazó con no recibirlos en el establecimiento si se negaban).
- El realizado en el Hospital Judío de Enfermos Crónicos, en Brooklin, Nueva York, en 1963, en que se inyectaron células cancerosas a 22 pacientes ancianos, sin su consentimiento, para descubrir (confirmando estudios anteriores) la capacidad de rechazo de dichas células que pudiesen tener pacientes sin cáncer. Un médico joven que se enteró de esto lo denunció a la justicia, a los investigadores les suspendieron las licencias, pero un tiempo después quedaron excusados y mantenidos bajo vigilancia.
- El efectuado en Tuskegee, Alabama, entre 1932 y 1972 –que seguramente es el más conocido y el que mayores consecuencias trajo– en 200 pacientes de raza negra enfermos de sífilis y a los que no se les

4 Cf. Colegio Médico de Chile (A.G.). Normas y Documentos, Ética Médica. Santiago de Chile: Editorial Antártica SA, 1986.

5 "El hombre objeto de experimentación biomédica", en: http://servicato.com/_discl/0000000b.htm

informó sobre su enfermedad y, más aún, no se les indicó tratamiento, a pesar de conocerse poco después los beneficios de la penicilina, con el objeto de conocer y comparar el avance de esa enfermedad, con y sin terapia antibiótica. Entre esos años los investigadores publicaron 13 artículos en revistas médicas de prestigio, sin que nadie pusiera una voz de alerta hasta 1972, en que un periodista de The New York Times denunció el hecho y sólo así se interrumpió el experimento. La investigación realizada luego por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar concluyó que el estudio había sido "injusto éticamente", sin determinar sanciones especiales.

A estos claros ejemplos se sumó el de la Talidomida, en 1962, que llevó a los principales organismos dedicados al control de medicamentos (entre ellos la FDA estadounidense) a tomar medidas serias para regular más estrictamente la investigación clínica, superando la tesis de la autorregulación como suficiente.

En el ámbito de los compromisos internacionales, en 1964, la 18ª Asamblea de la Asociación Médica Mundial adoptó la *Declaración de Helsinki*, cuya revisión más reciente tuvo lugar el año 2000 (en la 52ª Asamblea, realizada en Edimburgo) que define pautas éticas para la investigación en seres humanos. Esta Declaración, con sus modificaciones posteriores, constituyó el cuerpo básico de principios que fueron incorporados desde entonces a las numerosas Normas de Investigación que han surgido en los diferentes ámbitos de la investigación biomédica, con particularidades definidas por las realidades locales de los países donde son aplicadas o de las áreas científicas involucradas en la investigación, pero sin soslayar en ninguna de ellas los principios básicos contenidos en dicha Declaración y que incluyen los siguientes, de forma resumida:

a. La investigación debe responder a un diseño científico y contar con experiencias previas en animales.
b. Debe responder al principio de la proporcionalidad y considerar los riesgos predecibles, en relación con los beneficios posibles.
c. Debe respetarse el derecho del ser humano sujeto de investigación, debiendo prevalecer su interés por sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.
d. Debe obtenerse un consentimiento informado y respetarse la libertad del individuo en cualquier momento del estudio.

En la última revisión de esta normativa[6] se incorporan aspectos relacionados con los nuevos progresos en biotecnología que llevan a introducir otros

criterios de protección de los derechos de las personas concordantes con dichos avances. Además, modifica en parte la diferenciación existente en declaraciones anteriores sobre investigaciones clínicas y no clínicas, y agrega normas sobre el uso de placebo.

En 1966 el Departamento de Salud de EE.UU. determinó ciertos principios que debían regular las investigaciones en seres humanos para obtener fondos públicos y el mismo año la Asamblea General de la ONU adoptó el Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos donde se estipula que: *".... nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos"*. Es a través de esta declaración que la sociedad expresa el valor humano fundamental que ha de regir toda investigación en seres humanos: *la protección de los derechos y el bienestar de todos los seres humanos que son objeto de experimentación científica,* estableciéndose gradualmente *la doctrina del consentimiento libre e informado, basado en la autonomía de las personas.*

También en 1966, a través del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, las Naciones Unidas determinaron: *"el compromiso del Estado, de respetar la indispensable libertad para la investigación científica y para la actividad creadora*. Con esto, se buscaba preservar la iniciativa científica, que podría verse restringida por todos los acuerdos adoptados precedentemente.

Durante la década de los sesenta siguieron publicándose numerosos casos de investigaciones contrarias a la ética, en recién nacidos, niños, ancianos, embarazadas, deficientes mentales, psicóticos y moribundos. Se agudizaron las medidas de control al concluirse que *"el sistema de salvaguarda voluntaria de los derechos de los pacientes ha fracasado y ahora son absolutamente necesarias medidas legislativas"* (Pappworth, 1967) y se recomendaba *la revisión previa de los protocolos, el control periódico de la investigación y la información inmediata a los afectados de cada daño o complicación.*

Luego de conocer en detalle lo ocurrido en Tuskegee, en 1974, el Congreso de Estados Unidos aprobó la *National Research Act*, por la que se creó la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, que en cuatro años de labor definió la existencia obligatoria de un *Ethical Advisory Board* (el primer Comité de Ética de la Investigación formalizado legalmente) y dio bases para la publicación, en 1978, del *Belmont Report*: Este Informe propuso como principios fundamentales en la investigación en seres humanos: el respeto a las personas, el principio de beneficencia y el de justicia. Las aplicaciones prácticas son el consentimiento

6 Cf. The World Medical Association, Inc.: Wordl Medical Association Declaration of Helsinki. BAY K. Fernye-Voltaire, Francia.

informado, el balance entre beneficios y riesgos y la selección equitativa de los sujetos de experimentación[7].

En 1982, considerando las circunstancias especiales de los países en desarrollo, con respecto a la aplicabilidad de las Declaraciones Internacionales y las Normativas Nacionales (principalmente estadounidenses) que se han mencionado, el Consejo de las Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) revisaron esta materia y publicaron las *Pautas Internacionales Propuestas para la Investigación Biomédica en Seres Humanos*. El objetivo de dichas Pautas era señalar cómo "aplicar en forma eficaz los principios éticos que deben regir la ejecución de la investigación biomédica en seres humanos, especialmente en los países en desarrollo, dadas sus circunstancias socioeconómicas, leyes y reglamentos y sus disposiciones ejecutivas y administrativas".

Tres años después, en 1985, la Organización Panamericana de la Salud acogió y adaptó a la realidad de las Américas las Pautas de la OMS, estableciendo *Normas para la Investigación en Seres Humanos* que han servido de base para las diversas normativas y reglamentos que al respecto comienzan a surgir en nuestros países. Tanto estas Pautas como las de CIOMS también están en un proceso de revisión, ya que desde su promulgación, son evidentes los cambios que se han producido y que, por lo tanto, no fueron considerados en esa oportunidad (más adelante anexaremos última versión).

En 1997 el Consejo de Europa emitió una declaración y una normativa que protegen los derechos de las personas que se someten voluntariamente a ensayos clínicos, con especial énfasis en el consentimiento informado y la idoneidad de los investigadores.

También en 1997 se llevó a cabo la Conferencia Internacional de Armonización para las Buenas Prácticas Médicas, que reunió a investigadores, empresas farmacéuticas y de investigación biológica y representantes de Gobiernos, de la Unión Europea, EE.UU., Japón y otros países, que en conjunto con la Organización Mundial de la Salud definieron estándares para los protocolos de investigación y para su adecuado control ético por los organismos pertinentes. En mayo de 2000 se efectuó, en Buenos Aires, la II Conferencia Panamericana sobre Armonización Farmacéutica. Grupo Buenas Prácticas Médicas, que tiene el mismo objetivo del grupo mundial.

A fines de 1997, la 29ª Asamblea General de la UNESCO aprobó la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos, en la que se enfatiza el respaldo a todas las Declaraciones anteriores y se

7 Cf. The Belmont Report. OPRR Reports (NIH, PHS. HHS) U.S. Governmnt Printig Office, 1979.

establece la perentoria necesidad de mecanismos regulatorios y de control en los países para las investigaciones en seres humanos, dando especial importancia a la creación de redes de comités de ética independientes que deben velar por su cumplimiento.

Principios éticos generales

El vertiginoso avance que ha experimentado en los últimos cincuenta años la ciencia y la tecnología en el ámbito de la salud y en la práctica de la medicina obligan a replantear la forma en que debe enfrentarse ese progreso desde una perspectiva moral. Los anuncios que observamos en estos días, en ingeniería genética, en cáncer, en fertilización asistida, en aumento de la expectativa de vida, en implantes biológicos de microchips, en telemedicina, sólo por mencionar algunos, nos llevan a preguntarnos si está preparado en hombre de ciencia, el investigador, para considerar siempre –dentro de su ansia de conocimiento– el necesario resguardo por los derechos de las personas que serán sujetos de la aplicación de dichos avances científicos. En buenas cuentas, si sabrá aplicar la debida prudencia –la *phronesis* de los antiguos griegos– junto con la técnica, el arte –la *téchne*– en su investigación, dando cuenta así de los dos *saberes prácticos* definidos por Aristóteles y que se relacionan íntimamente con la ética (la prudencia) y la ciencia (la técnica).

No cabe duda que debe estimularse el desarrollo de la tecnología biomédica a través de investigación científica de buen nivel, pero al mismo tiempo debe evitarse los posibles excesos derivados de la metodología que necesariamente debe utilizarse para que los resultados sean válidos.

En efecto, como sabemos, el método científico habitual en investigación clínica comienza con la elaboración de hipótesis, que luego se someten a pruebas de laboratorio y con animales experimentales. Por último, para que las conclusiones sean clínicamente útiles, los ensayos clínicos deben realizarse en seres humanos.

Por lo tanto, ese tipo de investigación, aunque sea diseñada con el máximo cuidado, supone riesgo para las personas. Dicho riesgo se justificaría, no porque signifique un beneficio personal para el investigador o la institución investigadora, sino más bien porque se beneficiará a las personas participantes, y por su posible contribución al conocimiento humano, al alivio del sufrimiento o a la prolongación de la vida"[8].

8 OMS. Normas éticas internacionales para las investigaciones biomédicas con sujetos humanos preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la OMS, 1996.

Para que se cumplan esas premisas básicas, toda investigación o experimentación realizada en seres humanos debe hacerse de acuerdo a ciertos principios éticos fundamentales, que han sido mencionados profusamente al hacer el relato histórico del comienzo y que, con fines didácticos, podemos sistematizar como sigue:

El respeto a las personas (principio de autonomía), la búsqueda del bien (principios de beneficencia y no-maleficencia) y la justicia. En general, hay acuerdo que estos principios –en teoría de igual fuerza moral– son los que guían la preparación prolija de protocolos para estudios científicos. En circunstancias diversas pueden expresarse de manera diferente y también ponderarse en forma distinta desde el punto de vista moral, y su aplicación puede dar lugar a decisiones o cursos de acción diferentes. Esta trilogía –como se señaló anteriormente– fue la definida en el Belmont Report y luego se ha visto que es aplicable no sólo a la investigación sino también a la toma de decisiones racionales en la clínica misma.

El respeto a las personas incorpora al menos dos consideraciones éticas fundamentales:

- *El respeto a la autonomía*, que exige que a quienes tienen la capacidad de considerar detenidamente el pro y el contra de sus decisiones se les debe tratar con el debido respeto por su capacidad de autodeterminación, y
- *La protección de las personas con autonomía menoscabada o disminuida*, que exige que quienes sean dependientes o vulnerables reciban resguardo contra el daño o el abuso.

Los ensayos clínicos en seres humanos deben respetar fundamentalmente el principio de autonomía de la persona humana, a través de la aplicación del consentimiento basado en una amplia y profunda información referente a su participación en la investigación, considerando su capacidad y respetando los grupos vulnerables.

El principio de la autonomía se basa en el fundamento de que el sujeto tiene la capacidad de darse a sí mismo su actuar como persona, es decir, determinar su propia norma. En forma autónoma tiene la libertad de elegir, aplicando su propio razonamiento y –de acuerdo al análisis de los aspectos positivos y negativos– determinar cuál será su conducta frente a una determinada situación.

La autonomía es, operativamente, un acto de elección que debe reunir tres condiciones: intencionalidad, conocimiento y ausencia de control externo.

- *La intencionalidad* se tiene o no se tiene, no tiene grados; existe cuando es querida o deseada de acuerdo a un plan, constituyendo actos deseados.
- *El conocimiento* se refiere al grado de entendimiento o comprensión de la acción, cuando se entiende su naturaleza y se preven sus consecuencias. La comprensión debe ser adecuada y completa.
- *La ausencia de control externo* puede verse afectada por la coerción, la manipulación y la persuasión.
- *La coerción* se refiere a la influencia intencional y efectiva en una persona bajo amenaza de provocación de daños indeseados y evitables.
- *La manipulación* es la influencia intencional y efectiva de una persona por medios no coercitivos, alterando sus elecciones reales.
- *La persuasión* es la influencia intencional de inducir a aceptar libremente creencias, actitudes y/o valores del persuasor.

En síntesis, respetar la autonomía significa dar valor a las consideraciones y opciones de las personas autónomas, y abstenerse a la vez de poner obstáculos a sus acciones, a no ser que éstas sean claramente perjudiciales para los demás (por la primaria de los principios de no-maleficencia y justicia).

La búsqueda del bien, se refiere a la obligación ética de *lograr los máximos beneficios y de reducir al mínimo el daño y la equivocación (relación riesgo/beneficio)*. Este principio da origen a normas, para que los riesgos de la investigación sean razonables frente a los beneficios previstos, que el diseño de la investigación sea acertado y que los investigadores sean competentes, tanto para realizar la investigación como para salvaguardar el bienestar de las personas que participan en ella.

La búsqueda del bien además significa condenar todo acto en que se provoque daño en forma deliberada a las personas; este aspecto de la búsqueda del bien se expresa como un principio distinto, la *no-maleficencia (no causar daño)*.

Ambos principios, de beneficencia y de no-maleficencia –como se ha dicho– se basan en el concepto de maximizar los beneficios y minimizar los daños, cumpliendo con el principio de "la proporcionalidad entre el bien buscado y el medio empleado". Por lo tanto, se deben conocer los riesgos y luego definir claramente cuándo y en qué condiciones se justifica acceder a los beneficios, a pesar de los riesgos de daños posibles o predecibles.

Hay que diferenciar el *principio de "no-maleficencia"*, del de "beneficencia". El primero, según Diego Gracia[9], *"obliga a todos de modo primario y por lo tanto es anterior a cualquier tipo de información o de consentimiento"*. Así como hacer el bien es una aspiración y tiene que contar con el consentimiento de la persona, no hacerle daño es una obligación, aunque la persona quiera lo contrario (el *Primun non nocere* hipocrático).

Según estos conceptos, ha variado rotundamente el paternalismo hipocrático clásico, de una posición impositiva y autoritaria (basada en la "intención" subjetiva) a una de respeto por las personas y validación de los objetivos (basada en criterios "informados" objetivos).

En relación con el principio de beneficencia, es éticamente fundamental respecto a la investigación en seres humanos, la validez en cuanto a que el sujeto acepte su participación conociendo los riesgos predecibles y que éstos no sean mayores que el riesgo mínimo. Entra entonces, el concepto del poder de decisión que tiene la persona en la elección de su propio beneficio, al aceptar o rechazar ser sujeto de investigación y en relación con su capacidad de sujeto competente.

Una de las excepciones al consentimiento informado en la investigación clínica es la disminución del sensorio o de la conciencia o la ausencia del juicio, que podría ser aplicable a quienes presentan cuadros demenciales avanzados o de tipo psicótico, a los deficientes mentales y a los niños, aunque en éstos últimos se ha desarrollado el concepto de "menor maduro"[10] que les otorga desde cierta edad el derecho a opinar y decidir. La determinación de incompetencia debe hacerse antes de la inclusión de la persona en el protocolo de estudio, por profesionales ajenos al mismo y con la debida notificación judicial que determine su interdicción y el nombramiento de un tutor legal que puede tomar la decisión por él. Nótese que estamos hablando de capacidad o incapacidad mental para decidir la participación en un estudio clínico, no para una intervención terapéutica, en la que indudablemente existen otros factores a considerar en las excepciones al consentimiento informado.

Para efectos prácticos, las personas con capacidad de juicio disminuido, ya sea por su edad o por su capacidad mental disminuida al grado de no ser capaz de tomar decisiones por sí mismo, deben ser incluidos dentro de los grupos vulnerables.

[9] Op. cit.

[10] Cf. Lorda S, Cantalejo B. Problemas éticos en pediatría. Revista Española de Pediatría 1997; 53.

La *vulnerabilidad* se refiere a la acentuada incapacidad de una persona de proteger sus propios intereses debido a impedimentos tales como su imposibilidad para dar un consentimiento informado, no poder recurrir a otra forma de obtener atención médica o de satisfacer otras necesidades costosas, o ser un miembro de nivel inferior o subordinado de un grupo jerárquico. Se deben establecer disposiciones especiales para la protección de los derechos y el bienestar de estas personas, con una supervisión muy estrecha de su cumplimiento por parte de los Comités de Ética que han de evaluar los protocolos y seguir el desarrollo de las investigaciones.

El principio de la justicia se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que es moralmente correcto y apropiado, de dar a cada persona lo que le corresponde.

En la ética de la investigación con seres humanos, es especialmente aplicable el principio aristotélico de la *justicia distributiva*, que exige la distribución equitativa tanto de los costos como de los beneficios de la participación en actividades de investigación. La equidad puede ser vista de distintas maneras, pero parece más cercana a nuestra visión solidaria de la sociedad el "dar a cada cual según su necesidad". Las diferencias que puedan ocurrir en esa distribución se justifican sólo si se basan en distinciones que sean pertinentes desde el punto de vista moral, como lo es la *vulnerabilidad*.

Requisitos éticos de la investigación clínica

El destacado bioeticista estadounidense Ezekiel Emanuel[11] responde a la pregunta ¿qué hace que la investigación científica que involucra sujetos humanos sea ética?, entregando siete requisitos que deberían cumplir los ensayos clínicos para tal efecto. Dichos conceptos, en gran medida, resumen y sistematizan los aspectos más importantes de los principios referidos anteriormente y agregan otros condicionantes de orden práctico, por lo que parece interesante conocerlos:

Valor. Para ser ética, la investigación clínica debe tener valor, lo que representa un juicio sobre la importancia social y científica o clínica de la investigación. En buenas cuentas, debe conducir a mejoras en la salud o bienestar de la población y debe servir para aumentar el conocimiento de los efectos de acciones externas (medicamentos, procedimientos) sobre las estructuras o funciones de los sistemas biológicos humanos.

[11] Emanuel E. ¿Qué hace que la investigación sea ética? Siete requisitos éticos. OPS/OMS Serie Publicaciones, 1999: 35-41.

Hay dos razones que fundamentan la necesidad de considerar el valor social y científico como un requisito ético: el uso responsable de recursos limitados y el evitar la explotación.

Validez científica. Se considera como un principio ético en sí mismo, ya que una investigación científica mal diseñada o mal realizada puede conducir a resultados poco confiables o inválidos. La mala ciencia no es ética.

La justificación de este requisito es la misma que para el anterior: uso de recursos limitados y evitar la explotación; agregándose a ellos que, sin validez científica, el estudio clínico no puede generar ningún conocimiento, producir beneficio alguno o justificar el imponer cualquier tipo de riesgo o daño a las personas.

Selección equitativa del sujeto. La identificación y selección de los sujetos que pueden participar en una investigación debe ser equitativa. Para ello se requieren cuatro condiciones:

a. Debe seleccionarse grupos específicos de individuos por razones relacionadas directamente con las interrogantes científicas incluidas en la investigación, y no por otros motivos "convenientes" que afecten a grupos vulnerables.

b. A todos los grupos se les debe ofrecer la oportunidad de participar en la investigación, siempre que no existan razones científicas o de riesgo que restrinjan su elegibilidad.

c. Los reclutados como sujetos de la investigación deben estar en condiciones de beneficiarse con los resultados de la misma (por ej., un nuevo tratamiento).

d. La selección de sujetos debe estar diseñada para minimizar los riesgos individuales y maximizar los beneficios sociales y científicos de la investigación.

Proporción favorable de riesgo-beneficio. El grado de riesgo-beneficio siempre aparece como incierto, en especial en las primeras fases de los ensayos clínicos. Se señala que la investigación en seres humanos se justifica sólo cuando:

a. Los riesgos potenciales a los sujetos individuales se minimizan.

b. Los beneficios potenciales a los sujetos individuales o a la sociedad se maximizan.

c. Los beneficios potenciales son proporcionales o exceden a los riesgos asumidos.

La gran dificultad en esta apreciación de riesgo v/s beneficio es que se hace sobre la base de estimaciones personales para cada cual y no a través de algún procedimiento objetivo que permita determinar cuando el balance de riesgos y beneficios es proporcional. De allí que se hace necesario equilibrar el juicio subjetivo de investigadores y sujetos de investigación con la opinión independiente de un Comité de Ética, a través de una cuidadosa evaluación de los principios éticos de la beneficencia y la no-maleficencia.

Evaluación independiente. Los investigadores tendrán siempre un potencial conflicto de intereses al evaluar su propio trabajo profesional. Sin duda. Si a un interés éticamente válido de realizar investigación clínica para ayudar a la humanidad, se suman intereses también legítimos de realizar una buena investigación, de completarla rápidamente, de progresar en el ámbito profesional y de obtener fuentes de financiamiento para poder vivir; vemos que pueden involuntariamente distorsionar la objetividad de su juicio respecto, por ejemplo, al diseño de la investigación, la selección de la muestra o el análisis de los resultados.

Una manera simple de reducir ese tipo de prejuicios, es la evaluación independiente por expertos en ética e investigación, conformados en un Comité que tenga autoridad para aprobar, enmendar o rechazar una investigación.

A lo anterior se suma la responsabilidad social, en cuanto a la ponderación adecuada de riesgos y beneficios, como se señaló en el punto anterior.

Consentimiento informado. Su finalidad es asegurar que los individuos participan en la investigación clínica propuesta sólo cuando ésta es compatible con sus valores, intereses y preferencias. Como ya se ha dicho, se relaciona directamente con el respeto a las personas y a sus decisiones autónomas, debiéndose tener especial precaución en la protección de grupos vulnerables.

La aplicación del consentimiento informado considera la planificación del proceso, adecuación de la expresión verbal y escrita de sus contenidos, la evaluación de los niveles de comprensión de las personas participantes y la elaboración del documento contextualizado al sistema que será aplicado.

Respeto a los sujetos inscritos. Implica al menos cinco actividades diferentes que deben realizarse incluso después que los sujetos han firmado su consentimiento informado:

a. Se debe permitir que cambie de opinión, a decidir que la investigación no concuerda con sus intereses y preferencias, y a retirarse sin sanción.

b. Se debe respetar su privacidad en la información que suministre, de acuerdo con reglas claras de confidencialidad en el manejo de datos.

c. Se debe proporcionar a los sujetos, de inmediato, cualquier información nueva que surja sobre la investigación misma o sobre su eventual patología, que vaya en su beneficio, aunque eso signifique que se retire del ensayo clínico.

d. Se debe informar a los sujetos sobre los resultados del ensayo clínico, tanto por su contribución al mismo, como porque podría implicarles un beneficio directo (por ej., descubrimiento de un nuevo fármaco para una afección que presenta).

e. Debe vigilarse cuidadosamente el bienestar del sujeto a lo largo de su participación, por si experimenta reacciones adversas o suceden eventos adversos severos. Es obligación del investigador preocuparse de otorgar al sujeto la atención de salud que requiera en tales casos.

Análisis ético de los protocolos de investigación

Respecto de la metodología del análisis ético de los protocolos, un modelo bien conocido es el de Nebraska, propuesto en 1987 por Prentice y Antonson, que ha sido simplificado en España posteriormente, estableciendo los siguientes aspectos a considerar en cada protocolo que se revise:

1. ¿Plantea el ensayo clínico una pregunta científicamente válida?
2. ¿Es el diseño propuesto apropiado para obtener una respuesta clara a la pregunta que se plantea? ¿Es el coste humano excesivo en término de riesgo, disconfort o número de sujetos?
3. ¿Cómo van a ser reclutados los sujetos de experimentación? ¿Se les ofrecerá alguna recompensa por participar?
4. ¿Qué se les explicará a los pacientes sobre la investigación? ¿Cómo y en que términos les será pedido su consentimiento para participar en el estudio?
5. ¿Exactamente a qué situaciones y procedimientos estará sometido el paciente?
6. ¿En qué circunstancias el paciente será retirado del estudio?
7. ¿Cómo será indemnizado el paciente en caso de sufrir daño injustificado durante la investigación?
8. ¿Qué derechos tienen el investigador, el promotor del estudio y el paciente en relación con los datos obtenidos del estudio y su eventual publicación?

El Consejo de Organizaciones Internacionales para la Investigación en Seres Humanos (CIOMS)

Desde la instancia colaborativa entre la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo de Organizaciones Internacionales para la Investigación en Seres Humanos (CIOMS), surge la Propuesta de Pautas Internacionales para la evaluación ética de las investigaciones biomédicas en seres humanos. El objetivo era indicar cómo podrían aplicarse los principios éticos fundamentales que se establecen en la Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial, *"especialmente en los países en desarrollo teniendo en consideración su cultura, sus circunstancias socioeconómicas, sus leyes nacionales y sus disposiciones ejecutivas y administrativas"*.

El primer acuerdo, conocido como la "primera versión" de CIOMS, se establece en el año 1982; hecho destacado en nuestra anterior descripción de antecedentes históricos. En los años que siguieron, varios países en desarrollo hallaron la necesidad de efectuar cambios de orientación en la formulación de algunas pautas.

Última versión Pauta CIOMS

El nuevo texto del año 2002, que sustituyó al de 1993, establece principios éticos generales, un preámbulo y 21 pautas, con una introducción y una breve descripción de anteriores instrumentos y pautas. Al igual que las Pautas de 1982 y 1993, está destinado a orientar, especialmente a los países de bajos ingresos, en la definición de pautas nacionales sobre ética de la investigación biomédica, aplicando estándares éticos en condiciones locales, y estableciendo o redefiniendo mecanismos adecuados para la evaluación ética de la investigación en seres humanos.

El Programa Regional de Bioética OPS/OMS, convocó a un grupo de profesionales, para desarrollar un proceso de traducción de la Normativa Internacional; tratando de balancear la fidelidad al texto original y la adecuación a la lengua española. El objetivo de este trabajo es la constante preocupación de colaborar en el desarrollo y establecimiento de buenas prácticas en la investigación biomédica y psicosocial de la región.

Ofreceremos a continuación un extracto con la formulación de las 21 pautas contenidas en la última versión de CIOMS.

Pauta 1
Justificación ética y validación científica de la investigación biomédica en seres humanos

La justificación ética de la investigación biomédica en seres humanos radica en la expectativa de descubrir nuevas formas de beneficiar la salud de las personas. La investigación puede justificarse éticamente sólo si se realiza de manera tal que respete y proteja a los sujetos de esa investigación, sea justa para ellos y moralmente aceptable en las comunidades en que se realiza. Además, como la investigación sin validez científica no es ética, pues expone a los sujetos de investigación a riesgos sin posibles beneficios, los investigadores y patrocinadores deben asegurar que los estudios propuestos en seres humanos estén de acuerdo con principios científicos generalmente aceptados y se basen en un conocimiento adecuado de la literatura científica pertinente.

Pauta 2
Comités de evaluación ética

Todas las propuestas para realizar investigación en seres humanos deben ser sometidas a uno o más comités de evaluación científica y de evaluación ética para examinar su mérito científico y aceptabilidad ética. Los comités de evaluación deben ser independientes del equipo de investigación, y cualquier beneficio directo, financiero o material que ellos pudiesen obtener de la investigación, no debiera depender del resultado de la evaluación. El investigador debe obtener la aprobación o autorización antes de realizar la investigación. El comité de evaluación ética debiera realizar las revisiones adicionales que sean necesarias durante la investigación, incluyendo el seguimiento de su progreso.

Pauta 3
Evaluación ética de la investigación patrocinada externamente

La organización patrocinadora externa y los investigadores individuales debieran someter el protocolo de investigación para la evaluación ética y científica en el país de la organización patrocinadora. Los estándares éticos aplicados no debieran ser menos exigentes que los establecidos para la investigación realizada en ese país. Las autoridades de salud del país anfitrión y el comité de evaluación ética nacional o local debieran garantizar que la investigación propuesta corresponda a las necesidades y prioridades de salud del país anfitrión y que cumpla con los estándares éticos necesarios.

Pauta 4
Consentimiento informado individual

En toda investigación biomédica realizada en seres humanos, el investigador debe obtener el consentimiento informado voluntario del potencial sujeto o, en el caso de un individuo incapaz de dar su consentimiento informado, la autorización de un representante legalmente calificado de acuerdo con el ordenamiento jurídico aplicable. La omisión del consentimiento informado debe considerarse inusual y excepcional y, en todos los casos, debe aprobarse por un comité de evaluación ética.

Pauta 5
Obtención del consentimiento informado:
Información esencial para potenciales sujetos de investigación

Antes de solicitar el consentimiento de un individuo para participar en una investigación, el investigador debe proporcionar, verbalmente o en otra forma de comunicación que el individuo pueda entender, la siguiente información:

1. Que se invita al individuo a participar en la investigación, las razones para considerarlo apropiado para ella y que la participación es voluntaria.
2. Que el individuo es libre de negarse a participar y de retirarse de la investigación en cualquier momento sin sanción o pérdida de los beneficios a que tendría derecho.
3. Cuál es el propósito de la investigación, los procedimientos que realizarán el investigador y el sujeto, y una explicación sobre cómo la investigación difiere de la atención médica de rutina.
4. En caso de ensayos controlados, la explicación de las características del diseño de la investigación (por ejemplo, aleatoriedad, doble ciego), y que no se informará al sujeto del tratamiento asignado hasta que el estudio se haya completado y el experimento a ciegas haya perdido tal carácter.
5. Cuál es la duración esperada de la participación del individuo (incluyendo número y duración de visitas al centro de investigación y el tiempo total involucrado) y la posibilidad de terminar antes el ensayo o la participación del individuo en éste.
6. Si se proporcionará dinero u otras formas de bienes materiales por la participación del individuo, con indicación de su clase y cuantía.

7. Que después de completar el estudio se informará a los sujetos de los hallazgos de la investigación en general, y a los sujetos individuales de cualquier descubrimiento relacionado con su estado particular de salud.
8. Que los sujetos tienen derecho a acceder a sus datos si lo solicitan, incluso si estos datos carecen de utilidad clínica inmediata (a menos que el comité de evaluación ética haya aprobado no revelar datos temporal o permanentemente, en cuyo caso el sujeto debiera ser informado de las razones).
9. Cualquier incomodidad, dolor, riesgo o inconveniente previsibles para el individuo (u otros), asociado con su participación en la investigación, incluyendo riesgos para la salud o bienestar de su pareja o cónyuge.
10. Qué beneficios directos se espera para los sujetos que participan en la investigación, en caso de haberlos.
11. Qué beneficios se espera de la investigación para la comunidad o sociedad en general, o su contribución al conocimiento científico.
12. Si cualquier producto o intervención de efectividad y seguridad comprobadas por la investigación estará a disposición de los sujetos después de haber completado su participación en la investigación, cuándo y cómo estará disponible, y si se espera que paguen por él.
13. Cualquier intervención o tratamiento alternativo actualmente disponible.
14. Qué medidas se tomarán para asegurar el respeto a la privacidad de los sujetos y a la confidencialidad de los registros en los que se identifica a los sujetos.
15. Cuáles son los límites, legales o de otro tipo, a la capacidad del investigador para proteger la confidencialidad y las posibles consecuencias del quebrantamiento de ésta.
16. Cuáles son las normas relativas al uso de los resultados de pruebas genéticas e información genética familiar, y las precauciones tomadas para prevenir la revelación de los resultados de las pruebas genéticas de un sujeto a parientes inmediatos o a otros (por ejemplo, compañías de seguro o empleadores) sin el consentimiento del sujeto.
17. Cuáles son los patrocinadores de la investigación, la afiliación institucional de los investigadores y la naturaleza y fuentes de financiamiento para la investigación.

18. Cuáles son los posibles usos investigativos, directos o secundarios, de los registros médicos del sujeto y de las muestras biológicas tomadas en el curso de la atención médica (Véase también la Pauta 4 y los Comentarios sobre la Pauta 18).
19. Si se planea destruir las muestras biológicas recolectadas cuando termine la investigación y, de no ser así, los detalles sobre su almacenamiento (dónde, cómo, por cuánto tiempo y su disposición final) y posible uso futuro, y que los sujetos tienen el derecho a decidir sobre ese uso futuro, a hacer destruir el material y a negarse al almacenamiento (Véase Comentarios sobre la Pauta 4).
20. Si pueden desarrollarse productos comerciales a partir de muestras biológicas y si el participante recibirá beneficios monetarios o de otra índole por el desarrollo de aquéllos.
21. Si el investigador está actuando sólo como investigador o como investigador y médico del sujeto.
22. Qué grado de responsabilidad tiene el investigador de proporcionar servicios médicos al participante.
23. Que se proporcionará tratamiento sin costo para tipos especificados de daños relacionados con la investigación o para complicaciones asociadas, la naturaleza y duración de esta atención, el nombre de la organización o individuo que proporcionará el tratamiento y si existe alguna incertidumbre sobre su financiamiento.
24. Si se compensará al sujeto, a su familia o a sus dependientes en caso de discapacidad o muerte como resultado de estos daños y a través de qué mecanismo y organización se hará (o, cuando corresponda, que no habrá lugar a compensación).
25. Si el derecho a compensación está garantizado, legalmente o no, en el país en el que se invita al potencial sujeto a participar en la investigación.

Pauta 6
Obtención de consentimiento informado:
Obligaciones de patrocinadores e investigadores

Los patrocinadores e investigadores tienen el deber de:

- Abstenerse de engaño injustificado, influencia indebida o intimidación.

- Solicitar el consentimiento sólo después de comprobar que el potencial sujeto tiene adecuada comprensión de los hechos relevantes y las consecuencias de su participación, y ha tenido suficiente oportunidad de considerarla.
- Obtener de cada potencial sujeto, por regla general, un formulario firmado como evidencia de su consentimiento informado –los investigadores debieran justificar cualquier excepción a esta regla general y obtener la aprobación de un comité de evaluación ética (ver Comentario sobre la Pauta 4, Documentación del consentimiento).
- Renovar el consentimiento informado de cada sujeto si se producen cambios significativos en las condiciones o procedimientos de la investigación o si aparece nueva información que podría afectar la voluntad de los sujetos de continuar participando.
- Renovar el consentimiento informado de cada sujeto en estudios longitudinales de larga duración a intervalos predeterminados, incluso si no se producen cambios en el diseño u objetivos de la investigación.

Pauta 7
Incentivos para participar en una investigación

Se puede reembolsar a los sujetos ganancias no percibidas, costos de viaje y otros gastos en que hubieren incurrido al tomar parte en un estudio; pueden, asimismo, recibir servicios médicos gratuitos. Se puede también pagar o compensar a los sujetos por los inconvenientes sufridos y el tiempo empleado, particularmente a aquéllos que no reciben beneficio directo de la investigación. Sin embargo, los pagos no debieran ser tan elevados o los servicios médicos tan amplios como para inducir a los potenciales sujetos a consentir participar en la investigación en forma poco racional ("incentivo indebido"). Todos los pagos, reembolsos y servicios médicos proporcionados a los sujetos deben haber sido aprobados por un comité de evaluación ética.

Pauta 8
Beneficios y riesgos de participar en un estudio

En toda investigación biomédica en sujetos humanos, el investigador debe garantizar que los beneficios potenciales y los riesgos estén razonablemente balanceados y que los riesgos hayan sido minimizados.

- Las intervenciones o procedimientos que incluyan la posibilidad de beneficio diagnóstico, terapéutico o preventivo directo para el sujeto individual, a la luz de los riesgos y beneficios previstos, deben justificarse por la expectativa de que serán, al menos, tan ventajosas para él como cualquier otra alternativa disponible. Los riesgos de tales intervenciones o procedimientos 'beneficiosos' deben justificarse en relación con los beneficios esperados para el sujeto individual.
- Los riesgos de intervenciones sin posibilidad de beneficio diagnóstico, terapéutico o preventivo directo para el individuo deben justificarse en relación con los beneficios esperados para la sociedad (conocimiento generalizable). Los riesgos de tales intervenciones deben ser razonables en relación con la importancia del conocimiento que se espera obtener.

Pauta 9
Limitaciones especiales del riesgo cuando se investiga en individuos incapaces de dar consentimiento informado

Si existe una justificación ética y científica para realizar una investigación con individuos incapaces de dar consentimiento informado, el riesgo de intervenciones que no proporcionen la posibilidad de beneficio directo para el sujeto individual no debe ser mayor que el riesgo asociado a un examen médico o psicológico de rutina de tales personas. Puede permitirse incrementos leves o menores por encima de tal riesgo cuando exista una fundamentación científica o médica superior para tales incrementos y cuando un comité de evaluación ética los haya aprobado.

Pauta 10
Investigación en poblaciones y comunidades con recursos limitados

Antes de realizar una investigación en una población o comunidad con recursos limitados, el patrocinador y el investigador deben hacer todos los esfuerzos para garantizar que:

- La investigación responde a las necesidades de salud y prioridades de la población o comunidad en que se realizará; y
- Cualquier intervención o producto desarrollado, o conocimiento generado, estará disponible razonablemente para beneficio de aquella población o comunidad.

Pauta 11
Elección del control en ensayos clínicos

Por regla general, los sujetos de investigación en el grupo control de un ensayo de diagnóstico, terapia o prevención, debieran recibir una intervención de efectividad comprobada. En algunas circunstancias, puede ser éticamente aceptable usar un control alternativo, tal como placebo o "ausencia de tratamiento".

El placebo puede usarse:

- Cuando no existe una intervención de efectividad comprobada.
- Cuando la omisión de una intervención de efectividad comprobada expondría a los sujetos, a lo sumo, a una molestia temporal o a un retraso en el alivio de los síntomas.
- Cuando el uso de una intervención de efectividad comprobada como control no produciría resultados científicamente confiables y el uso de placebo no añadiría ningún riesgo de daño serio o irreversible para los sujetos.

Pauta 12
Distribución equitativa de cargas y beneficios en la selección de grupos de sujetos en la investigación

Los grupos o comunidades invitados a participar en una investigación debieran ser seleccionados de tal forma que las cargas y beneficios del estudio se distribuyan equitativamente. Debe justificarse la exclusión de grupos o comunidades que pudieran beneficiarse al participar en el estudio.

Pauta 13
Investigación en que participan personas vulnerables

Se requiere una justificación especial para invitar a individuos vulnerables a participar como sujetos de investigación. En el caso de ser seleccionados, los medios para proteger sus derechos y bienestar deben ser aplicados estrictamente.

Pauta 14
Investigación en que participan niños

Antes de realizar una investigación en la que participarán niños, el investigador debe garantizar que:

- La investigación no podría ser igualmente bien realizada con adultos.
- El propósito de la investigación es obtener conocimiento relevante sobre las necesidades de salud de los niños.
- El padre, madre o representante legal de cada niño ha autorizado su participación.
- El acuerdo (asentimiento) de cada niño se ha obtenido teniendo en cuenta sus capacidades.
- La negativa de un niño a participar o continuar en la investigación será respetada.

Pauta 15
Investigación en que participan individuos cuyos trastornos mentales o conductuales los incapacitan para dar adecuadamente consentimiento informado

Antes de iniciar una investigación en individuos que por padecer trastornos mentales o conductuales son incapaces de dar adecuadamente consentimiento informado, el investigador debe garantizar que:

- Tales personas no serán sujetos de una investigación que pueda ser igualmente bien realizada en personas cuya capacidad de dar consentimiento informado en forma adecuada no se encuentre menoscabada.
- El propósito de la investigación sea obtener un conocimiento relevante para las necesidades particulares de salud de personas con trastornos mentales o conductuales.
- Se haya obtenido el consentimiento de cada sujeto de acuerdo con sus capacidades, y se haya respetado siempre la eventual negativa del potencial sujeto a participar en la investigación, a menos que, en circunstancias excepcionales, no hubiese alternativa médica razonable y la legislación local permitiese invalidar la objeción.
- En aquellos casos en que los potenciales sujetos carezcan de la capacidad de consentir, se obtenga la autorización de un miembro responsable de la familia o de un representante legalmente autorizado de acuerdo con la legislación aplicable.

Pauta 16
Las mujeres como sujetos de investigación

Los investigadores, patrocinadores o comités de evaluación ética no debieran excluir de la investigación biomédica a mujeres en edad reproductiva. La posibilidad de embarazarse durante el estudio no debiera, por sí misma, ser utilizada como razón para excluir o limitar su participación. Sin embargo, la discusión en profundidad sobre los riesgos para la mujer embarazada y el feto es prerrequisito para que una mujer pueda tomar una decisión racional sobre su participación en un estudio clínico. En esta discusión, si la participación en la investigación pudiera ser riesgosa para un feto o una mujer si quedara ésta embarazada, los investigadores/patrocinadores debieran garantizar a la potencial sujeto una prueba de embarazo y acceso a métodos anticonceptivos efectivos antes de iniciar la investigación. Si por razones legales o religiosas tal acceso no es posible, los investigadores no debieran reclutar para tales investigaciones potencialmente riesgosas a mujeres que pudiesen embarazarse.

Pauta 17
Mujeres embarazadas como sujetos de investigación

Debiera entenderse que las mujeres embarazadas pueden participar en investigación biomédica. Los investigadores y comités de evaluación ética debieran garantizar que las potenciales sujetos embarazadas serán informadas adecuadamente de los riesgos y beneficios para ellas, sus embarazos, el feto, sus descendientes y su fecundidad.

La investigación en esta población debiera realizarse sólo si es relevante para las necesidades particulares de salud de una mujer embarazada o de su feto, o para las necesidades de las mujeres embarazadas en general y, cuando corresponda, si está respaldada por pruebas confiables de experimentos en animales, particularmente sobre riesgos de malformaciones y mutaciones.

Pauta 18
Protección de la confidencialidad

El investigador debe establecer protecciones seguras de la confidencialidad de los datos de investigación de los sujetos. Se debe informar a los sujetos de las limitaciones, legales o de otra índole, en la capacidad del investigador para proteger la confidencialidad de los datos y las posibles consecuencias de su quebrantamiento.

Pauta 19
Derecho a tratamiento y compensación de sujetos perjudicados

Los investigadores debieran garantizar que los sujetos de investigación que sufran algún perjuicio como resultado de su participación en una investigación tengan derecho a tratamiento médico gratuito por tal perjuicio y a apoyo económico o de otro tipo que pueda compensarlos equitativamente por cualquier menoscabo, discapacidad o minusvalía resultante. En caso de muerte como resultado de su participación, sus dependientes tienen derecho a compensación. No debe pedirse a los sujetos renunciar al derecho a compensación.

Pauta 20
Fortalecimiento de la capacidad de evaluación ética y científica y de la investigación biomédica

Muchos países carecen de capacidad para evaluar o garantizar la calidad científica o la aceptabilidad ética de la investigación biomédica propuesta o realizada en sus territorios. En la investigación colaborativa patrocinada desde el exterior, los patrocinadores e investigadores tienen la obligación ética de garantizar que los proyectos de investigación biomédica de los cuales son responsables en tales países contribuyan efectivamente a la capacidad nacional o local para diseñar y realizar investigación biomédica, efectuar evaluación ética y científica y supervisar la investigación.

El desarrollo de capacidades puede incluir, pero no limitarse a, las siguientes actividades:

- Establecimiento y fortalecimiento de procesos y comités de evaluación ética independientes y competentes.
- Fortalecimiento de la capacidad de investigar.
- Desarrollo de tecnologías apropiadas para la atención de salud e investigación biomédica.
- Entrenamiento de personal de investigación y atención de salud.
- Educación de la comunidad de la que se reclutan los sujetos de investigación.

Pauta 21
Obligación ética de los patrocinadores externos de proporcionar servicios para la atención de salud

Los patrocinadores externos tienen la obligación de garantizar la disponibilidad de:

- Servicios de atención de salud esenciales para la segura conducción de la investigación.
- Tratamiento para los sujetos que sufran daño como consecuencia de las intervenciones en estudio.
- Servicios que sean parte necesaria del compromiso del patrocinador de realizar una intervención beneficiosa o poner razonablemente a disposición de la población o comunidad participante del proyecto el producto desarrollado como resultado de la investigación.

Comentario a las Pautas de CIOMS

Las Pautas CIOMS, con su manifiesta preocupación por aplicar la Declaración de Helsinki en los países en desarrollo, reflejan necesariamente las condiciones y las necesidades de la investigación biomédica en estos países y las implicaciones de la investigación multinacional o transnacional en que ellos podrían ser partícipes.

Un tema relevante, especialmente para nuestros países, ha sido la discusión sobre hasta qué punto los principios éticos son considerados universales o culturalmente relativos. El desafío para la ética de la investigación internacional es aplicar principios universales a la investigación en un mundo multicultural, con una amplitud de sistemas de salud y una variación considerable en los estándares de atención de salud[12].

En esta nueva versión, se destaca la concepción de bondad contenida en la búsqueda del conocimiento pero, ello debe estar limitada por las precauciones para la protección de los participantes. Se explicita además, a través de la existencia de los comités de evaluación ética independiente, la necesidad del desarrollo de un diálogo e interdisciplinariedad como nexo entre las tradiciones intelectuales, las innovaciones biotecnológicas y los contextos socioculturales.

La evolución de las diferentes versiones de las Pautas, desde una perspectiva más globalizadora, ha seguido las líneas de la consideración de proporcionalidad entre riesgos y beneficios de la investigación, en forma cada

[12] CIOMS. Pautas OPS/OMS 2003 (en Prensa) (Introducción pág. 4).

vez más estricta; el valor e impacto social para la comunidad local y la participación efectiva de los sujetos. Esta participación constituye una manifestación de la autonomía presente en cada uno de los sujetos participantes, aún considerando las personas con desventajas por escasez de recursos, discapacidad mental, niños, género y mujeres embarazadas. Las Pautas establecen además, la evaluación de la transparencia y obligaciones de patrocinadores e investigadores.

Reflexión final

Las principales dificultades del desarrollo de todos los aspectos éticos de las investigaciones científicas, parecen centrarse en la real expresión de la autonomía de las personas participantes. La autonomía de los sujetos se sustenta en las significaciones culturales, ya que frente al fenómeno de la investigación científica se refleja una falta de centralidad del sujeto en las operaciones sociales.

El concepto de ciudadanía, como matriz ideológica que cristaliza contenidos, valores y habilidades propias del ejercicio de la autonomía moderna, que se promulga en la base de códigos y procedimientos internacionales sobre investigación con sujetos humanos, serán limitadamente asumidas mientras sus contenidos sean considerados sólo como requisitos institucionales y no como parte de la sociedad[13].

La Bioética en gran medida surge al alero de movimientos civiles, que buscan un nuevo trato social en el ámbito de la salud y los desarrollos biomédicos, adquiriendo central importancia la defensa de grupos discriminados y poblaciones vulnerables.

La real participación ciudadana permitiría desarrollar el despliegue de la autonomía de los sujetos participantes en las investigaciones en una dimensión más allá de la "utilización de casos", que se daría en una participación consciente de los procesos y la integración de estas personas en la experiencia global de la investigación.

En este sentido, la práctica investigativa requiere más que el conocimiento de códigos, procedimientos y la labor fiscalizadora de los Comités de Ética, para ser éticamente eficiente, la consideración integral del sujeto de investigación como sujeto de derechos que aspira a ser resguardado en sus derechos; pero, también asumir mayores niveles de participación y por lo tanto compromiso en el proceso. Evidentemente esto no significa entregar a

[13] Cf: López MJ, Rueda L, Lolas F. Ciudadanía y sujetos de investigación. Revista Persona y Bioética. (En prensa).

esas personas funciones y responsabilidades que no les competen, sino que significa informarlos oportunamente y abrirles todas las oportunidades posibles para que puedan ejercer libre y responsablemente su propia autonomía.

Bibliografía

Arboleda-Flores J. La investigación en sujetos humanos: poblaciones vulnerables. Investigación en sujetos humanos: Experiencia Internacional. OPS/OMS Serie Publicaciones, 1999; 83-97.

CIOMS. Pautas OPS/OMS 2003 (en Prensa).

Emanuel E. ¿Qué hace que la investigación sea ética? Siete requisitos éticos. Investigación en sujetos humanos: Experiencia Internacional. OPS/OMS Serie Publicaciones, 1999; 33-46.

Gracia D. Bioética Clínica. En: Bioética Clínica. Colombia, Bogotá: Ed. El Búho, 1998.

Gracia D. Métodos de Análisis de problemas Éticos en la Clínica humana. En: Bioética Clínica. Colombia, Bogotá: Ed. El Búho, 1998.

Gracia D. Fundamentos de Bioética. Madrid: Eudema SA. Ediciones de la Universidad Complutense, 1989.

Gracia D. Introducción a la Bioética: Siete Ensayos. Colombia, Bogotá: Ed. El Búho, 1991.

Gracia D. Investigación en sujetos humanos: Implicancias lógicas, históricas y éticas. Investigación en sujetos humanos: Experiencia Internacional. OPS/OMS Serie Publicaciones, 1999; 63-82.

Gracia D. Procedimientos de Decisión en Ética Clínica. Madrid: Eudema SA. Ediciones de la Universidad Complutense, 1991.

Lolas F, Valdebenito C, Rueda L. Research Ethics committees and research involving human participants in a small scientific community. Bioethics/Developing World (en prensa).

Lolas F. Aspectos éticos de la investigación biomédica. Conceptos frecuentes en las normas escritas. Rev Méd Chile 2001; 129:680-84.

Lolas F. Ética de la Investigación Biomédica: Aspectos, Perspectivas, Contextos. En: Bioética y Antropología Médica. Santiago, Chile: Mediterráneo, 2000.

Lolas F, Valdebenito C, Rueda L. Decisiones éticas en investigación con seres humanos: aproximación al concepto de riesgo. Revista Persona y Sociedad 2002; XVI(3):321-26.

López MJ, Rueda L, Lolas F. Ciudadanía y sujetos de investigación. Revista Persona y Bioética (en prensa).

National Comission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Sciences. Washington: The Belmont Report, 1979.

Rueda L, Valdebenito C, Lolas F. Una aproximación histórica a los comités de ética de la investigación en Chile. Cuadernos Médico Sociales (en prensa).

Bioética y Derecho. Protección ético/jurídica de la vida humana

Fernando Ortiz

La bioética y el derecho tienen en común como objeto de estudio, la legitimidad de los actos humanos que puedan tener efectos irreversibles en los fenómenos vitales.

La legitimidad se entiende como el acto ajustado o conforme a las leyes o normas[1].

El mundo normativo lo integran las reglas que se deben seguir o a que se deben ajustar las conductas, tareas o actividades.

Las reglas son aquéllas que han de cumplirse por estar así convenido por una colectividad (ley). En las ciencias y en las artes las reglas están constituidas por, los preceptos, los principios y/o las máximas también convenidas (*lex artis*).

Las normas tienen su origen en una voluntad, en un interés o en una mezcla de ellas.

Voluntad, interés o mezcla que podrá ser divina, humana individual o colectiva[2].

La norma requiere la existencia de un sujeto y otro sujeto vinculado. Ante un solo sujeto no es posible hablar de existencia de norma a lo menos jurídica; la existencia de un derecho pende de la alteridad[3].

Los sujetos en la relación de alteridad ¿deben ser presentes o bien pueden ser virtuales?

1 Diccionario Real Academia Española. 22da ed. Madrid: Editorial Espasa Calpe SA, 2001.

2 Al respecto exponentes clásicos del Origen de la norma jurídica, Savigny (voluntad) Von Ihering (interés) y las posiciones eclécticas de mezcla.

3 Alteridad en el sentido de *alter ego*, el otro yo como legítimo otro. En: Maturana HR. El sentido de lo humano.

Puede haber unos presentes que en vínculo ideal con el o los virtuales establezcan la norma. Las normas de derecho ecológico velan por las generaciones futuras[4].

¿Dicha(s) norma(s) deberá ser de la misma intensidad protectora del sujeto que no esté presente pero que se espera que exista y el que sí se encuentra presente?

De acuerdo a la distinción entre deberes o derechos perfectos e imperfectos es posible justificar un tratamiento desigual[5].

La norma establece que protegerá la vida del que está por nacer; el ámbito o espacio de protección de esa ley ¿cuando comienza?

Las respuestas clásicas del derecho han estado fundamentalmente basadas en dos argumentos, el que la protección comienza desde la época de la concepción y que la vida se protege desde el primer momento fecundacional ya que ese momento es la condición necesaria de la vida, derecho a la vida que a su vez constituye la base de todos los demás derechos.

Las argumentaciones anteriores por cierto se conservan hasta hoy y los avances científicos ponen en jaque la dogmática jurídica cuando se trata de aplicar leyes a métodos anticonceptivos, contracepción de emergencia, fertilización asistida, investigación o manipulación de embriones, o reproducción asexuada, clonación.

La bioética como disciplina relativamente nueva puede, desde sus métodos y argumentaciones, ilustrar las nuevas decisiones de voluntad o interés que mediante el consenso habitualmente construyen las normas jurídicas.

El tema no es pacífico ya que las argumentaciones bioéticas en torno al tema, se pueden agrupar en los siguientes tópicos:

- La respuesta desde el argumento de la potencialidad de la concepción y la genética.
- La respuesta desde el argumento de la condición necesaria.
- La respuesta desde el argumento relacional embrión/niño mujer/madre.
- La respuesta desde el argumento implantacional.
- La respuesta desde el argumento de la viabilidad fetal.

[4] Ley 19.300 sobre Bases Generales del Medio Ambiente que desarrolla el concepto de Desarrollo Sustentable, asociándolo a las expectativas de las generaciones futuras en su artículo 2° letra g)

[5] Gracia D. Ética de los confines de la vida. Colombia: Editorial El Búho: 176-79.

- La respuesta desde el argumento sensible, neural o cerebral.
- La respuesta desde el argumento de bioética principalista de Diego Gracia.
- La respuesta desde el argumento cultural.

A continuación haremos algunas observaciones tendientes a verificar que las argumentaciones precedentemente expuestas afectan la postura jurídica tradicional y a través de su confrontación puedan verdaderamente construirse nuevos consensos que permitan aplicar prudentemente la legislación vigente o bien construir nuevas leyes acordes con los principios y avances científicos para poder asegurar un trato digno a las generaciones presentes y futuras.

El argumento de la potencialidad consiste en otorgar a una entidad capaz o potencial de convertirse en otra entidad que tenga claramente establecido derechos, un tratamiento semejante a ésta última.

Resulta de este argumento que al producto de la concepción debiera otorgársele derecho de protección a la vida, igual o semejante que a la persona ya nacida.

Lo anterior parece correcto y el argumento cobra importancia significativa para proteger los derechos de los que están por nacer o bien de el de las futuras generaciones.

Para que el ente en potencia sea acreedor de protección es necesario precisar previamente si cualquier ente potencial merece respeto o bien sólo algunos entes.

Para dar respuesta a lo anterior, es necesario distinguir acerca de la real capacidad del ente en potencia y del respeto que se le asigne al ente final que se espera que exista.

En cuanto a la capacidad del ente en potencia, éste puede ser plenamente capaz por sí mismo de convertirse en una realidad diferenciada e irrepetible o bien incapaz de convertirse en una realidad única e irrepetible, esto es lo que algunos denominan potencia de desarrollo o bien potencia productiva o de conglomerado[6, 7].

La potencialidad de producción o de conglomerado no hace referencia a una entidad única sino más bien a una pluralidad de entidades. Aceptar proteger diversas realidades futuras carece de sentido si las futuras realidades

[6] Kottow M. Introducción a la Bioética. Santiago, Chile: Editorial Universitaria, 1995: 67 y 68.

[7] Aristóteles. Metafísica, libros séptimo y octavo. Madrid: Edit Espasa Calpe SA, 1975.

tienen diversas valoraciones en su nivel de protección actualizada y por tanto existirán tantos niveles de protección al ente en potencia como realidades actuales valoradas en distintas formas, existan.

La potencialidad de desarrollo, en cambio, requiere por la individualidad del ente, sólo la espera de su devenir, que de darse, le convierte en acreedor de los derechos o protecciones efectivas de que goza el ente singular único e irrepetible, que se espera que sea.

Los gametos tienen potencialidad de producción y no de desarrollo.

El feto vital y viable a punto de nacer reúne los requisitos de potencialidad homologable al sujeto nacido.

En cuanto al ente en potencia denominado cigoto –producto de la fusión de los gametos masculino y femenino– se sostiene que es un ente que devendrá en ser humano. Ello no es así porque la fusión gametaria formadora de la realidad cigoto también tiene una potencialidad de producción y no de desarrollo.

En efecto, el cigoto no es *per se* una realidad futura única, por cuanto es capaz de generar varias realidades diferentes –la placenta entre otras– sin la necesaria identidad única y protegible. El conjunto de realidades potenciales en este estadio no es único y no se sabe cuál del conjunto de células que lo conforman constituirá la placa embrionaria.

En cuanto al ente en potencia denominado embrión –entendido como el cigoto que ha traspuesto los estados de mórula y blastocisto– aún puede considerarse como una potencialidad de producción si se sitúa en espacios diferentes a los que hacen posible o le permitan su desarrollo como ente protegible. La potencialidad de desarrollo lo logra cuando se sitúa en el medio uterino, en condiciones de recepcionar la información que le proporciona la madre. Esto no ocurre antes de la implantación del embrión en el útero.

La plena capacidad de desarrollo se establece con la individualización del embrión en el espacio adecuado para la consecución del fin valorado, que es nacer. La unidad embrionaria es la que se desarrolla en el medio idóneo desde el no ser a un ser concreto –humano– ser individual único e irrepetible quien es en definitiva el titular de los derechos de protección.

La aventura de la vida del que está por nacer es potencialmente asimilable a la vida del nacido cuando existe la capacidad plena de desarrollo y no desde la posibilidad genética.

La genética ha tenido un influjo muy seductor que ha permitido atribuirle valor interpretativo al fenómeno vida. La máxima "todo está en los genes" ha desvalorado los procesos embriológicos, morfológicos y neurales limitándolos a ser simples ejecutores de órdenes emitidas por los genes. Se tiende a pensar entonces, que toda la información está recogida en el genotipo celular y el ser vivo humano ya está constituido cuando posee sólo genoma[8].

Los procesos constitutivos requieren *tiempo y espacio,* y particularmente en los primeros estadios celulares no permiten aceptar que la vida humana sólo sea la expresión o actualización del gen, se requiere también un ambiente de desarrollo para dar lugar al genoma.

El genotipo y el ambiente de desarrollo convergen en la *constitución* de la nueva realidad viva equivalente a la protección.

La sustantividad humana requiere *tiempo* y no puede considerarse lograda desde el primer momento fecundacional. Por su parte el *espacio* es el útero materno, sin el cual resulta insuficiente la constitucionalidad incluso porque ese medio proporciona información necesaria[9].

Aceptar la existencia de un período constituyente en la embriogénesis humana, descarta la idea que el genoma dote al cigoto de un programa completo y de finalidad que lo singularice.

La sustantividad humana requiere no sólo suficiencia *constitucional* sino, además, suficiencia *sensible* y ella surge a lo menos en el tiempo en que se conforma la cresta neural.

La persona humana no es sólo un ente celular corpóreo sino también un ente sensible.

La *concepción* es la acción y el efecto de concebir, de acuerdo al sentido corriente del vocablo e igualmente concebir es la preñez de la hembra. Se entiende por preñada la hembra cuando la mujer ha concebido y tiene el feto o la criatura en el vientre[10].

La *acción* de concebir consiste en la fusión gametaria inicial (fecundación).

El *efecto* de concebir es la preñez o embarazo.

La concepción es la reunión de la fusión gametaria y el embarazo en forma indisoluble.

El *embarazo* es el estado de llevar en el útero un embrión en desarrollo. Quien se embaraza es la madre.

8 Lacadena JR. Ética y Ecología. (Javier Gafo ed.). Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 1991: 77-118.

9 *Idem* 5) capítulo Estatuto Ontológico del Embrión del mismo autor pp.159-172.

10 *Idem* 1).

Un embrión, es algo que se hincha en el cuerpo de acuerdo a su origen etimológico. El *embrión propiamente dicho* es el cigoto que ha traspuesto las realidades de mórula y blastocisto y es una etapa de desarrollo entre la segunda y octava semanas a lo menos.

La protección jurídica de la vida del que está por nacer, en general a partir de la concepción, significa proteger al embrión en desarrollo desde que se adhiere al útero de la madre. Ya que sólo es posible nacer de una madre embarazada.

La protección jurídica a partir de la fusión gametaria, excluyendo el embarazo priva de sentido tanto al concepto jurídico de nacer como también al concepto estricto de concepción.

Priva de sentido al concepto jurídico de nacer –que consiste en separarse completamente de la madre y sobrevivir un instante siquiera[11]– porque el nacimiento presupone la unión con la mujer, potencial madre, siendo esa unión lo que se protege jurídicamente por las potencialidades de desarrollo del embrión/niño y las de la mujer/madre.

Priva por su parte de sentido al concepto estricto de concepción, por cuanto la acción de concebir consiste en la necesaria fusión gametaria inicial más el necesario implante de esa realidad biológica en el útero o matriz de la mujer que recién puede saber de su estado y concibe la idea de ser en ese instante y no antes, potencial madre.

La reunión de lo necesario, o sea, la fusión gametaria, la implantación, la información y decisión de la mujer, la asunción o concepción de potencial madre, más el transcurso del tiempo, generará la suficiencia constitucional.

Es oportuno a nuestro juicio hacer presente que el legislador nacional, para referirse especialmente a la protección de la existencia del no nacido ha establecido el concepto de criatura como sinónimo de no nacido[12].

El concepto de criatura debe entenderse corrientemente como el feto antes de nacer.

El feto es el embrión *implantado* en el útero, según el uso corriente de la palabra[13]. Para la ciencia, lo es a lo menos desde la organogénesis, esto es, cuando comienza a mostrar la forma humana.

De lo anterior se deduce que la criatura jurídicamente es el feto antes de nacer.

11 Código Civil Chileno art 74.

12 *Id* 11 arts 74, 75, 77.

13 *Idem* 1).

Impedir la fusión gametaria y la implantación son acciones lícitas, y materias del orden privado, en los cuales el Estado no puede intervenir si aceptamos que el ejercicio de la sexualidad exenta de coacción entre adultos es libre de regulación y que esa sexualidad se encuentra separada del ejercicio de la reproducción.

Impedir el desarrollo del embarazo es ilícito jurídico en general, desde que el embrión es considerado feto o criatura.

Si la criatura perece (naturalmente) antes de nacer se reputará no haber existido jamás, según el legislador.

Después de nacer, se verifica la realidad del sujeto de derecho que desde *su estado fetal* ha sido valorado como potencial ser humano y sujeto de protección jurídica.

La finalidad última del derecho, esto es, la *seguridad jurídica*, se logra con certezas, las posibilidades y las potencialidades o eventualidades múltiples o imprecisas deben desecharse y dar paso a la certeza de las potencialidades de desarrollo y no a cualquier potencialidad, como argumento justificador.

En cuanto a la *condición necesaria*, denominada fecundación, sea natural o artificial como argumento basal para proteger desde ahí la vida del que nacerá, es lógico que para la existencia futura de un sujeto de derechos sea necesaria esa fusión gametaria inicial en el marco de la fecundación sexual. En cambio para la fecundación asexuada o clonación no es necesaria dicha fusión. El problema es, si basta la condición necesaria o será más bien necesario establecer con certeza la condición suficiente para aplicar la protección jurídica al fruto de la fecundación. A nuestro entender hoy la condición suficiente será a lo menos la implantación en un útero voluntariamente dispuesto a acogerlo.

La persona principia al separarse de la madre y para separarse de ella es necesario previamente adherirse a ella. El producto de la fecundación cuando logra el estado de implantación es lo que se denomina en general, embarazo y ese estado cuando es aceptado por la mujer potencial madre es materia de protección jurídica por cuanto esa potencialidad de desarrollo es asimilable a la realidad ser humano en germen y el germen de derecho surgirá desde ahí y no antes.

Bioética y ciudadanía: La bioética como espacio de radicalización de la democracia

María José López

"La materia bioética no es cuestión de expertos, sino de miembros de la sociedad.

Ni tribunales, ni comités profesionales o formas más sofisticadas deben hacerse cargo del tema sino que debería ser convocada la sociedad civil"[1].

La bioética surge en gran medida a partir de la creciente desconfianza contemporánea frente a la idea de progreso, encarnada por el proyecto moderno. En el cual, la ciencia y la técnica tiene un lugar prioritario y su poder casi ilimitado va al menos desde cierta perspectiva, unido irremediablemente a la amenaza[2].

De esta manera, desde su origen, avanzada ya la segunda mitad del siglo xx, la bioética va acompañada de una cierta visión crítica frente a los importantes desarrollo científicos y tecnológicos vinculados sobre todo a la ingeniería genética y al desarrollo industrial que amenaza con poner en riesgo los recursos naturales. Se sitúa como una disciplina de la memoria, que tiene presente las consecuencias negativas para la vida humana y del planeta que ya han tenido ciertos usos específicos de la ciencia y la tecnología.

La bioética consistiría entonces, en una manera de enfocar toda la ética desde la perspectiva de la vida en peligro, que recoge las experiencias desastrosas del pasado y las asume como horizonte para la toma de decisiones en los campos de las biociencias y las biotecnologías. En este sentido, podemos entender la bioética como una ética aplicada de la precaución. Como una

[1] Reflexión de uno de los entrevistados en el proyecto *Aproximación empírica a la evaluación de los comités de ética en investigación con seres humanos,* Fondecyt 1010947.

[2] Ésta es la posición de Jonas Hans. *El principio de responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica.* Barcelona: Herder, 1995.

disciplina que pretende elaborar mecanismos que garanticen cierto grado de racionalidad en las decisiones de implicancias éticas y que, por tanto, eviten la repetición de desastres ya experimentados.

Sin embargo, tal como sugiere Ladrière[3], los nuevos descubrimientos e intervenciones de la sociedad tecnocientífica representan no sólo una amenaza para la vida sino también un llamado a la creatividad ética, una invitación a la expansión del dominio de la ética, ya que la ciencia y la tecnología hacen aparecer situaciones nuevas, que reclaman un esfuerzo específico de imaginación y creación ética. No sólo en el ámbito de las decisiones concretas que deben tomarse en el curso de la acción (ética aplicada), sino incluso en los principios a cuya luz pueden tomarse las decisiones (ética fundamental).

En este sentido, la bioética es también una respuesta contemporánea al desafío ético que la sociedad tecnocientífica le impone, expresión de un proceso de extensión al menos potencial del dominio ético. Se trata así del desarrollo de los recursos para enfrentar problemas éticos inéditos, como también incluso en algunos casos, de la necesidad de repensar y replantear los principios de la ética clásica a la luz de las nuevas realidades[4].

Frente a este enorme desafío, ¿quiénes son los llamados a plantearse esta tarea? ¿Quiénes son los responsables de este proceso de creación ética que es la misma bioética?, parecen ser preguntas ineludibles.

Hay que considerar que el ámbito científico tecnológico se convierte en un campo estratégico de interés tanto público como privado para el desarrollo y que por lo tanto, las reflexiones y regulaciones éticas, el esfuerzo mismo de creación ética que hay que hacer en este campo constituye una tarea nacional, regional y planetaria de envergadura, cuyas consecuencias pueden afectar no sólo a todos los habitantes del planeta sino también a las otras especies, a las generaciones que no han nacido, al futuro del planeta en su totalidad.

Así, parece necesario para abordar seriamente los nuevos problemas que la bioética anuncia, su enfrentamiento desde la totalidad del cuerpo social y especialmente desde una ciudadanía que tiene derechos y responsabilidades.

La bioética se convierte de esta manera, en un camino de búsqueda y discusión social, cuyo sujeto principal es el ciudadano común, y cuyo lugar natural es el espacio público como centro de la vida democrática, el que *surge*

[3] Ladrière J. *El reto de la racionalidad.* Salamanca: Sígueme, 1978: 127.

[4] Un claro ejemplo de esta necesidad de innovación en los conceptos de análisis lo constituye el principio de Responsabilidad de Hans Jonas, que reformula el imperativo kantiano a la luz de las actuales condiciones de amenaza de la vida sobre la tierra.

del encuentro entre iguales[5]. Espacio establecido y garantizado por lo que Kant llamaría el uso público de la razón.

Pero ¿qué significa que los desafíos del desarrollo científico tecnológico se impongan como tareas ciudadanas fundamentales en una sociedad democrática contemporánea? Para responder esta pregunta se hace necesario recurrir a algunos conceptos claves de la filosofía política moderna.

Bioética como tarea ciudadana

Concepto de ciudadanía

En su forma más clásica la ciudadanía moderna[6] encuentra su eje de desarrollo conceptual en las ideas de soberanía, democracia y poder político, conceptos que son la base de la reflexión acerca del Estado Moderno. El ciudadano se define por oposición al súbdito, es el hombre o la mujer comunes, la gente de la calle que ya no pueden ser víctimas del poder irrestricto e ilimitado del señor, quien establecía con ellos una relación de vasallaje. En este sentido, ya no son siervos frente al poder ilimitado del amo o del monarca, sino, los depositarios últimos del poder del Estado, debido a que la soberanía, ya no viene de Dios, sino del pueblo.

Bajo esta perspectiva, a partir de la modernidad la ciudadanía es el vínculo político elemental, la relación política básica y mediadora entre el individuo, la comunidad y el Estado. A través de esta relación el sujeto es miembro de pleno de una determinada comunidad política. Adquiere así algunos derechos básicos, en cuyo reconocimiento está implicado ya un reconocimiento básico de su dignidad como ser humano.

La contracara de estos derechos son las responsabilidades que el ciudadano adquiere frente a la comunidad, estableciendo de esta manera, con ella un vínculo moral y de identidad. Es así como, la ciudadanía integra un estatus legal, un conjunto de derechos[7], un estatus moral, un conjunto de responsabilidades y también una identidad, por la que una persona se sabe y se siente perteneciente a una comunidad[8].

En coherencia con su raíz liberal, la ciudadanía como concepto se desarrolla progresivamente durante la modernidad a partir de la necesidad

5 Arendt H. *La condición humana*. Barcelona: Paidós, 1993.

6 Para ver un desarrollo histórico del concepto y sus principales modelos: Heather D. Citizenship. London: Longman, 1990.

7 Para algunos se trata de derechos políticos y civiles (liberales) para otros es imprescindible incluir los derechos sociales o de tercera generación.

8 Cortina A. *Ciudadanos del mundo. Hacia una teoría de la ciudadanía*. Madrid: Alianza, 1998; 30.

de defender al individuo frente al poder de los gobernantes y por lo tanto del Estado. Esta defensa se traduce en la formulación de los derechos civiles[9], pero también políticos[10] y sociales[11].

La gran mayoría de los artículos que componen la Declaración Universal de Derechos del Hombre (1948), los que tienen un campo de acción jurídico y ético, formulan específicamente estos derechos civiles (ciudadanía civil). Existe especialmente un artículo (nº21) que consagra los derechos políticos. Entendidos como el derecho a la participación política (ciudadanía política).

Por último, también esta declaración consagra derechos vinculados con la calidad de vida (nº 25 y 26), que aspiran a garantizar niveles mínimos y gratuitos de ciertos servicios básicos, considerados esenciales para posibilitar el despliegue digno de todo hombre y toda mujer (ciudadanía social).

Es importante recordar el nivel en que opera este complejo concepto de ciudadanía. Este no recoge necesariamente una manera de ser o de comportarse de nuestras comunidades o de nuestros Estados frente a los individuos, sino aspira a definir una manera como deberían comportarse. Expresa un deber ser. En este sentido la ciudadanía manifiesta el tipo de relación a la que el individuo y el Estado aspiran, considerando la dignidad del individuo, expresión nítida de lo que el ser humano y su relación con el Estado, modernamente aspiran a ser.

En la segunda mitad del siglo veinte el concepto de ciudadanía se ve revitalizado, convirtiéndose en un foco permanente de discusión y desarrollo teórico. Principalmente en torno a los derechos de los individuos, las comunidades y al avance de los movimientos sociales, que se asocian a reivindicaciones desde los años 60' y 70'. De los que también forma parte el movimiento de los derechos de los pacientes, que alienta al menos en parte, el surgimiento de la bioética. En estas reivindicaciones, el pensamiento liberal de la defensa de los individuos frente al Estado vuelve a tener un gran impulso.

Durante los años 90' asociado a los problemas de la globalización y multiculturalismo, se reinstala y complejiza el problema de la ciudadanía, apareciendo nuevos conceptos que respondan teóricamente a las nuevas realidades del contexto. Se habla de ciudadanía diferenciada, ciudadanía

9 Derecho a la libertad de opinión, información y expresión.

10 Derecho a la participación política, a elegir a los gobernantes y a ser eventualmente elegido como tal.

11 Derecho a la educación, al trabajo, a la salud y al bienestar, lo que incluye incluso el derecho a vivir en un medio ambiente libre de contaminación.

multicultural[12], para dar cuenta del complejo proceso de integración/diferenciación que vincula a los individuos o las comunidades con la sociedad multicultural que hoy vivimos.

Bioética y ciudadanía

Siguiendo a Cortina, para definir el buen ciudadano hoy día, tendríamos que considerar algunas características básicas: "autonomía personal (el ciudadano no es vasallo ni súbdito); conciencia de derechos que deben ser respetados; sentimiento del vínculo cívico con los conciudadanos, con los que comparte proyectos comunes; participación responsable en el desarrollo de esos proyectos, es decir, conciencia no sólo de derechos, sino también de responsabilidades en proyectos que lleven a transformar nuestra aldea global"[13].

Hay aquí un modelo de ciudadanía que se articula en el doble nivel de lo nacional y lo global (ciudadanía compleja o cosmopolita)[14] y que admite en cada uno de estos niveles al menos tres ámbitos de desarrollo: el ámbito legal (un conjunto de derechos consagrados constitucionalmente), un ámbito moral (un conjunto de responsabilidades de la sociedad para con el ciudadano y del ciudadano para con la sociedad en su conjunto) y también una identidad (un vínculo de pertenencia con la comunidad nacional y global).

La bioética como campo de reflexión y de acción, requiere para enfrentar el desafío que ella misma es, un fortalecimiento de la ciudadanía en sus tres ámbitos de acción y en sus dos niveles antes descritos. En este sentido, la posibilidad del desarrollo mismo de la cuestión bioética y su capacidad de impactar en la praxis social concreta, pasa en gran medida, por el requisito de un desarrollo fuerte de la ciudadanía. Requieren el fortalecimiento de una sociedad cívica más consciente y participativa, consciente de sus derechos legales, de sus deberes morales y del vínculo identitario que lo vincula con su comunidad.

Por otro lado, cuando decimos que el desafío a la creatividad ética que es la misma bioética como tarea, es una labor ciudadana, estamos intentando hacer ver que se trata de una tarea que no es sólo planteada a un grupo de expertos científicos o bioeticistas, a los políticos que debieran legislar sobre los

[12] Kymlicka W. *Multicultural Citizenship. A liberal theory of Minority Rights*. Oxford: Clarendon, 1995.

[13] Cortina A. "La educación del hombre y del ciudadano". En: Educación, Valores y Democracia. Madrid: OEI, 1998: 64.

[14] "La educación del hombre y del ciudadano". En: Educación Valores y Democracia. Madrid: OEI, 1998: 65.

temas bioéticos, o a los empresarios interesados en invertir en ciencias biomédicas o biotecnología. Sino que atañe a todo el cuerpo social y especialmente a una sociedad civil que es la soberana última de todo sistema político, encargada de velar por abrir nuevas perspectivas para la supervivencia de la especie y de mejorar las condiciones de vida de las nuevas generaciones y del planeta en su conjunto.

En este sentido, son los ciudadanos los que deben asumir la preocupación bioética como una cuestión prioritaria, parte de las preocupaciones que marcan una activa y responsable manera de hacerse cargo de la propia ciudadanía, esto a través de los distintos ámbitos que ella implica:

Ámbito legal. Consagrado en códigos y declaraciones internacionales que se han generado desde Nuremberg (1948) y que han pasado lentamente a tener un real impacto en las legislaciones nacionales. Es así como se ha plasmado la reflexión bioética en indicaciones concretas acerca de los derechos de los pacientes, los derechos de los sujetos de investigación, los derechos a la herencia genética de cada individuo.

Ámbito moral. Expresado en el desarrollo del conjunto de responsabilidades que el ciudadano tiene frente a sí mismo y al mundo social que lo rodea. Como también a las responsabilidades de asistencia y solidaridad que ese mundo social mantiene con el ciudadano.

Ámbito legal. Consagrado en la gran cantidad de códigos y declaraciones internacionales vinculadas a la bioética que consagran los derechos de los sujetos de investigación, los derechos de los pacientes, los derechos sobre el genoma humano, etc. Estas Declaraciones han pasado lentamente a tener un real impacto en las legislaciones nacionales.

Ámbito moral. Expresado en el desarrollo del conjunto de responsabilidades que el ciudadano tiene frente a sí mismo y al mundo social que lo rodea. Como también a las responsabilidades de asistencia y solidaridad que ese mundo social mantiene con el ciudadano, expresadas a través del rol de garante y de asistencia que encarna el Estado.

Responsabilidades de la comunidad. Estamos frente a todas las exigencias de una *ciudadanía social* que para su desarrollo requiere de un acuerdo moral de la comunidad, acerca de aquellos mínimos sociales que el estado puede y debe garantizar.

Responsabilidades del ciudadano. En este ámbito encuentran las responsabilidades que el propio ciudadano tiene en los procesos tanto teóricos como prácticos involucrados en los problemas bioéticos. Esto se traduce

principalmente en los deberes de información y participación: buscar la información adecuada en los casos de tomas de decisiones bioéticas, en los cuales se ve directamente involucrado. También significa desarrollar habilidades de reflexión y de opinión y preocuparse de la propia formación ética y tener un rol activo en ella.

Bioética y radicalización de la democracia

La historia de la bioética como tarea democratizadora

Si miramos el proceso de aparición y configuración social de la bioética como disciplina o incluso más bien, como transdisciplina, vemos que éste está inevitablemente vinculado a una serie de movimientos sociales, que como ya decíamos estuvieron vinculados al desarrollo de la ciudadanía y a la radicalización de la democracia[15]. En este sentido, parece posible pensar la bioética misma como radicalización de la democracia, es decir, un esfuerzo concreto e históricamente arraigado de ensanchar los límites de la cultura democrática contemporánea, llevando sus prácticas a zonas sociales que se conservaban ajenas a su ámbito de influencia. Buscando hacer de los espacios sociales de la ciencia, su investigación y desarrollo tecnológico, la biomedicina y sus transformaciones en el campo de la salud pública y privada, el medioambiente a partir del impacto que el desarrollo actual, espacios de relaciones más claramente democráticas, donde la idea de una comunidad de ciudadanos en igualdad de condiciones funcione de guía a su quehacer social específico.

Esto nos lleva a decir que: sólo responderemos al desafío que la bioética nos plantea desde el despliegue de una ciudadanía madura y que este despliegue pasa a su vez por la persistencia en la ampliación de espacios sociales de discusión y diálogo ciudadano, uno de los cuales puede ser la misma bioética como espacio social. Siempre que reconozcamos que ciudadanía y bioética tienen un vínculo directo con una idea de democracia bastante específica.

Adela Cortina[16] desarrolla el concepto de ciudadanía vinculándolo a la reflexión actual sobre la democracia, tomando como base la ética comunicativa[17]. La democracia, hoy día se despliega mayoritariamente en

15 Kottow M. "Raíces sociales del surgimiento de la bioética. Anales de la Universidad de Chile, Número especial de Bioética. Santiago, 1999.

16 Cortina A. *Ética aplicada y democracia radical.* Madrid: Tecnos, 1993. También: Cortina A. *Ciudadanos del mundo. Hacia una teoría de la ciudadanía.* Madrid: Alianza, 1998.

17 Representada por Karl Otto Apel (Ética comunicativa y Democracia. Barcelona: Crítica, 1991) y Jürgen Habermas (Teoría de la acción comunicativa, Madrid: Taurus, 1998).

sociedades pluralistas y multiculturales, por lo que requiere ser comprendida en un sentido procedimental, donde las decisiones legítimas se toman desde procedimientos racionales, que nacen de mecanismos formales previamente acordados y que dirimen sobre que es justo[18]. De este modo la democracia, descansa así en una forma de vínculo social regulada por procedimientos centrados en el ciudadano. Supuesto en este concepto está la idea de un sujeto autónomo, activo protagonista de las relaciones y los procesos sociales en los que está implicado[19].

Dicho concepto de democracia no es sólo aplicable al campo de la participación política, basándose en su carácter procedimental hay en este concepto una matriz radicalizadora, que puede ser aplicada a distintos espacios sociales. De este modo la democracia se convierte en un conjunto de procedimientos valiosos que permiten una convivencia regulada, razonada, y significativa para los sujetos, en ámbitos que no son sólo el ámbito de lo político[20].

Explorando en otros ámbitos sociales, Cortina habla de una ciudadanía económica, social y de las profesiones en general, con el propósito de fijar la tarea principal de un sistema democrático: democratizar espacios y prácticas sociales en todos los campos de nuestra interacción social, en la medida en que éstas promueven la autonomía[21] y la profundización de procesos de toma de decisión participativos y horizontales.

Algunos de los problemas planteados por la bioética que involucran derechos básicos de las personas y tienen que ver con su dignidad, abren la posibilidad misma de construir una democracia real y de desarrollar las capacidades y capitales sociales que permitan su permanencia y profundización.

En este sentido, la bioética tiene en el contexto de las actuales sociedades democráticas, la oportunidad de convertirse en una tarea común, que aborde las cuestiones pendientes en el campo ético y político del desarrollo de las ciencias y en específico de las ciencias biomédicas.

Los comités de ética, las agrupaciones de enfermos, las asociaciones de médicos, la comunidad científica, los grupos medioambientales, las comunidades afectadas por algún daño a su salud, constituyen posibles oportunida-

18 Cortina A. *Ética aplicada y democracia radical.* Madrid: Tecnos, 1993.

19 "También una cierta noción de hombre estaría a la base de nuestra democracia. Por lo menos, la noción de un hombre autónomo, que quiere desarrollarse en solidaridad" Cortina A. *Ética aplicada y democracia radical.* Madrid: Tecnos, 1993: 101.

20 Cortina A. *Ética aplicada y democracia radical.* Madrid: Tecnos, 1993.

21 Entendida como defensa de derechos y promoción de la participación, con el sentido de pertenencia y compromiso social que ésta última implica.

des para la misma democracia, de fortalecer sus prácticas y profundizar su impacto y penetración cultural, llegando a ámbitos hasta ahora no democratizados, en los que sin embargo, se juega parte importante de nuestra vida común y nuestro proyecto de sociedad.

Este rol social para la bioética, es especialmente significativo en países como el nuestro (Chile) que presentan un importante déficit democrático, no sólo por su tradición autoritaria y sus instituciones que muchas veces también lo son, sino principalmente por las prácticas y valores sociales enraizados en nuestra cultura, que nos hacen poco democráticos en nuestras acciones y consideraciones cotidianas tanto públicas como privadas.

La justicia como principio bioético de una sociedad democrática

Para evitar caer en la reducción de la idea de bioética a una mera tecnología de principios, que nos entregaría un método racional y eficaz para la resolución de dilemas morales individuales, parece necesario no sólo resituar la bioética en su dimensión social, vinculándola estrechamente al desarrollo de una ciudadanía fuerte y de una sociedad que intenta profundizar en su democracia, sino también parece indispensable reinstalar la pregunta por el Estado y su rol social en la coordinación de la discusión y de la solución de los problemas bioéticos más urgentes. Se trata de un Estado que en su rol es el intermediario entre el ciudadano y la comunidad, garante de los pactos sociales contraídos desde el horizonte del bien común[22].

Pero además se trata de un Estado que desde una perspectiva republicana no sólo cumple este rol imparcial de la mediación en conflictos entre individuos, sino también tiene el deber de la protección del ciudadano. Es decir, el deber de garantizar la satisfacción de un cierto mínimo en las condiciones de vida de sus ciudadanos, que no sólo permitan la supervivencia sino que resguarden la dignidad de éstos. Se dibuja así la idea de un Estado social de derecho, que como señala Cortina "consiste en incluir en el sistema de derechos fundamentales, no sólo las libertades clásicas, sino también los derechos económicos, sociales y culturales"[23].

Se trata de la protección del ciudadano en sus derechos de segunda generación, a través de los cuales se concretice la institucionalización de unos ciertos mínimos de justicia, socialmente acordados y defendidos también por la sociedad civil.

[22] Kottow M. 2. El contrato social, en *Introducción a la bioética*. Santiago: Ed. Universitaria, 1995.
[23] Cortina A. *Ciudadanos del mundo. Hacia una teoría de la ciudadanía*. Madrid: Alianza, 1998: 77.

La discusión acerca del significado de un Estado de Justicia, parece especialmente significativa en momentos en los que el Estado de Bienestar, una de las modalidades histórica a través de la cual se ha materializado esta idea, se encuentra en crisis. Sin embargo parece posible y necesario distinguir entre justicia y bienestar: mientras el primero es un principio ético ineludible para la vida en sociedad, el segundo parece más bien una interpretación específica de tal principio, que tiene sus particulares límites y dificultades[24]. De esta manera, parece una tarea prioritaria repensar los deberes de justicia que una sociedad tiene con sus ciudadanos y que están encarnados, sobre todo, aunque no exclusivamente, en el rol del Estado.

En el campo de la bioética, esta preocupación por la justicia y la protección del ciudadano, debe traducirse principalmente a través del derecho a la salud y al papel del Estado en la realización plena de este derecho. Se abren desde esta perspectiva las discusiones sociales, que han demorado en llegar a la preocupación bioética pero lo han hecho finalmente[25], en torno a los sistemas de salud, pública y privada, las garantías sanitarias mínimas para la población de menos recursos, los derechos a la salud, la salud pública y las políticas sanitarias de un país, etc. Todas estas preocupaciones que una ciudadanía social demanda, para garantizar una democracia real para todos, no sustentada en discriminaciones.

Por otro lado, la pregunta por el Estado de justicia en los ámbitos de la salud como campo bioético, parece especialmente significativa en los países de la región (Latinoamérica), en los que la tarea del Estado social sigue siendo una cuestión pendiente, frente a grandes porcentajes de la población que viven todavía en condiciones de pobreza y por lo tanto, con la insatisfacción de necesidades básicas. Entre las que se cuenta por supuesto las necesidades de salud, alimentación, calidad de vida, vinculadas a problemas bioéticos concretos.

Tareas para una radicalización democrática de la bioética

Por último, en términos prácticos la tarea democratizadora implicada en la bioética debería traducirse en la apertura de espacios sociales más simétricos, en los cuales las decisiones sean tomadas en forma más horizontal y por lo tanto, cuya base de apoyo y cohesión sea también más amplia.

Desde esta perspectiva parece posible plantear tareas concretas en las que se puede traducir este proyecto democratizador. Éstas constituyen cam-

[24] Cortina A. *Ciudadanos del mundo. Hacia una teoría de la ciudadanía*. Madrid: Alianza, 1998.
[25] Kottow M. Bioética y Derecho a la Salud. www.aabioetica.org

pos de desarrollo real a los que se ha dedicado la bioética, pero son también a la vez, proyectos todavía pendientes que pueden ser profundizados en doble dimensión teórica y práctica. No constituyen un listado exhaustivo ni pormenorizado, pero sí una indicación concreta de hacia dónde puede dirigirse la orientación general de la labor democratizadora de la bioética cuyos protagonistas deberían ser los ciudadanos:

Las relaciones de la ciencia con la sociedad. Rol social de la ciencia, sus objetivos y herramientas, como también su impacto tecnológico e industrial. En todos estos temas no parece ser sólo la comunidad científica la única responsable, le cabe en esta discusión un importante rol a la sociedad civil, a la discusión social y a su lugar en la toma de decisiones.

Las relaciones de los sistemas de salud (público/privado) con el mundo social. Discusión y consenso social acerca de los sistemas de salud público y privado que una sociedad democrática actual debe y puede tener. Esto significa no dejar las decisiones fundamentales en esta área a los expertos, sino contribuir a la reflexión conjunta acerca de cuál es la salud que como sociedad nos parece necesaria, cuáles son sus normas, objetivos y herramientas básicas. Sus costos y cómo éstos deben ser pagados por la sociedad.

Las relaciones del equipo médico y el paciente. Pensar conjuntamente como sociedad no sólo cómo democratizar la relación médico-paciente, sino también, cómo acrecentar la simetría sin dañar la eficiencia del equipo médico que muchas veces, presenta una excesiva tendencia a la verticalidad mermando la dignidad de algunos de sus integrantes (enfermeras, paramédicos, matronas, etc.) e incluso creando problemas en la constitución del equipo y en su funcionamiento como comunidad de trabajo.

Los derechos del paciente y del sujeto de investigación. Avanzar en la apropiación y el cumplimiento de los estrictos estándares éticos de atención a los pacientes, como de conocimiento y respeto de los criterios éticos para la investigación con seres humanos. En esta última área llama la atención sobre todo el vacío en que se encuentran la aplicación e incluso la reflexión de aquellas investigaciones con sujetos humanos de las áreas de las ciencias sociales y humanas en nuestra región.

Bibliografía

Arendt H. ¿Qué es política? Barcelona: Paidós, 1997.
Arendt H. La condición humana. Barcelona: Paidós, 1993.
Bárcena F. Oficio de la ciudadanía. Barcelona: Paidós, 1997.

Bertomeu MJ. Comisiones y Comités de Bioética. Una mirada retrospectiva. En: Perspectivas Bioéticas, Barcelona, Gedisa, vol 6, 2001.
Clarke P. Ser ciudadano hoy. Madrid: Sequitur, 1999.
Cortina A. Ética aplicada y democracia radical. Madrid: Tecnos, 1993.
Cortina A. Ciudadanos del mundo. Hacia una teoría de la ciudadanía. Madrid, 1998.
Giannini H. El bien que se espera y el bien que se debe. Santiago: Dolmen, 1996.
Heather D. Citizenship. London: Longman, 1990.
Kymlicka W. Multicultural Citizenship. A liberal theory of Minority Rights. Oxford: Claredon, 1995.
Thiebaut C. La vindicación del ciudadano. Barcelona: Paidós, 1998.
VV.AA. Educación, Valores y Democracia. Madrid: OEI, 1998.
Young J. Justice and Politics of difference. New York: Princeton University Press, 1999.

Bioética y educación

Ernesto Águila

El pluralismo moral de nuestras sociedades así como el vertiginoso avance científico-técnico, coloca ante las sociedades y las personas la necesidad de deliberar y decidir sobre complejos temas de salud y de biotecnología. Junto a ello, se ha venido abriendo paso una creciente conciencia ciudadana sobre la calidad de la vida cotidiana y el equilibrio y preservación del medio ambiente.

La bioética, como toda ética aplicada, se haya tensionada, por un lado, por la necesidad de dar cuenta con rigurosidad de su objeto de análisis, y por otro, por el legítimo interés de los ciudadanos de estar informados y de participar de las deliberaciones y decisiones que ésta involucra. Sea en sus acepciones más amplias como más restringidas la bioética es un área de conocimiento y de reflexión que preocupa y afecta a los ciudadanos. De ello se desprende, a mi juicio, el nexo fundamental entre bioética y la necesaria educación moral del ciudadano que debe tener lugar en la escuela.

Lo anterior significa que los contenidos y principios de la bioética debieran ser parte del currículo formal de la escuela, tanto como objetivo educativo transversal, como de aquellos sectores de aprendizaje vinculados al conocimiento del medio natural y social, la biología y la filosofía.

En la primera parte de este trabajo quisiéramos leer los temas y desafíos morales presentes en la bioética, a la luz del actual marco curricular chileno, de básica y media, conectándola con los objetivos fundamentales transversales (OFT) y señalando ciertas oportunidades curriculares en algunos sectores del aprendizaje para la enseñanza de ésta en las escuelas y liceos ("Estudio y comprensión de la naturaleza" en la educación básica y Biología y Filosofía en el caso de la educación media).

En una segunda parte, nos interesa vincular la bioética con un modelo de educación moral centrado en el desarrollo de la capacidad de discernimiento y argumentación ética de las personas. Para ello proponemos un

modelo educativo para desarrollar lo que consideramos las dimensiones esenciales de una personalidad moral: juicio moral, autonomía, capacidad de diálogo y reconocimiento del otro. Nuestra afirmación es que la educabilidad de estas dimensiones es posible, y que ello contribuiría de manera significativa a preparar a nuestra sociedad para enfrentar sus deliberaciones éticas y bioéticas. En este sentido, a la educación le correspondería aportar a la optimización de las capacidades de la sociedad y de sus ciudadanos para enfrentar estos cruciales debates y decisiones. Ello significa ser capaces de intervenir educativamente en el desarrollo de la capacidad de reflexión y discernimiento ético de las personas durante su paso por la escuela.

Finalmente, vislumbramos la posibilidad de un vínculo más personal y biográfico entre los temas bioéticos y la educación. La bioética y las disyuntivas morales que ésta plantea, coloca sobre la mesa temas que no han sido tradicionales de la educación: la muerte, el dolor, el sufrimiento, la vejez. ¿Tiene algo que decir la educación y la escuela sobre ellos? ¿Puede la educación incorporar estos temas como parte de sus contenidos y fines? En esta dirección se plantea una pedagogía que acompañe *existencialmente* a las personas.

Dentro de la filosofía de la educación, algunas veces, las perspectivas de una educación centrada en el desarrollo del razonamiento moral y dialógico de la persona, por un lado, y de una pedagogía existencial, por otro, han sido presentadas de maneras contrapuestas e irreconciliables. El presente texto desarrolla ambas perspectivas de manera no problematizada, pues considera que ambas aportan a necesidades distintas de la sociedad y de los individuos. La opción de una educación moral centrada en el desarrollo del juicio moral, la autonomía, el diálogo y la capacidad de reconocimiento del otro, se corresponde con el *momento ciudadano* de los individuos, mientras el acercamiento de la educación como proceso de acompañamiento vital se vincula con el *momento existencial* de las personas. En el primer caso, soy un ciudadano que trata de aportar a encontrar soluciones justas a los problemas de la sociedad y de mi tiempo, en el segundo, debo enfrentar gran parte de esos mismos temas y problemas como experiencia personal, desde mi singularidad como individuo.

Bioética y el nuevo marco curricular chileno

Adela Cortina en una conferencia sobre "Bioética: principios y metas" dictada en la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile (8 /05/ 2003), distinguió dos maneras de entender y enfocar la bioética: por un lado, una *bioética global* o *macrobioética*, cuyo objetivo sería proteger la vida en todas sus manifestaciones (vegetal, animal y humana), una especie de

"ecoética"; y por otro lado, una microbioética o bioética centrada en los temas de la salud y de las biotecnologías.

Para efectos de nuestro trabajo no nos interesa decantarnos en favor de alguna de estas posiciones, sino más bien tomando ambas acepciones ver de qué manera éstas se encuentran presentes en el nuevo marco curricular chileno.

Una lectura de los Objetivos Fundamentales y Contenidos Mínimos Obligatorios (OF-CMO), tanto del nivel de educación básica como media, permite identificar un nivel de presencia incipiente y genérica de la bioética dentro de los Objetivos Fundamentales Transversales (OFT), y de manera más explícita en ciertos sectores y subsectores de aprendizaje. No cabe duda que una próxima renovación curricular debiera integrar con mayor grado de amplitud y explicitación los principios y desafíos que están en la base de la bioética.

Dentro de los OFT, que son aquellos objetivos de aprendizajes que cruzan transversalmente el currículo y cuyos contenidos deben ser incorporados, en los diversos sectores y subsectores de aprendizaje, si bien, no encontramos una mención explícita del término bioética, podemos recoger las inquietudes de ésta en los objetivos que en formación ética se plantea el nuevo currículo: desarrollo de la libertad personal y autonomía, respeto a los derechos humanos, a la diversidad, y al desarrollo de la capacidad de diálogo[1]. A su vez, en los OFT relativos a la relación de la persona y su entorno se puede leer: "proteger el entorno natural y promover sus recursos como contexto de desarrollo humano"[2]. Para el caso de los OFT de la educación media y para efectos del tema que aquí nos preocupa no se observan mayores avances que lo ya dicho a partir del currículo de Básica.

Más auspicioso es ir hacia ciertos sectores y subsectores de aprendizaje. Por ejemplo, dentro del subsector de "Estudio y comprensión de la naturaleza" correspondiente a 8º Básico podemos leer entre sus contenidos mínimos obligatorios: "Desarrollo sustentable, su necesidad y posibilidades. Relaciones con el desarrollo tecnológico y uso de tecnologías alternativas. Responsabilidad individual y colectiva en la preservación de condiciones favorables para la vida"[3].

Por su parte, en el subsector de biología de cuarto año medio encontramos una referencia a la ingeniería genética y al proyecto del genoma humano: "investigación, conjeturas y debate sobre el significado e importancia del proyecto del genoma humano desde las perspectivas del conocimiento biológico, la ética y la relación entre ciencia y sociedad"[4].

1 Ministerio de Educación de Chile. *Objetivos Fundamentales y Contenidos Mínimos Obligatorios de la Educación Básica*, Santiago, Mineduc, 2002: 8

2 *Ibíd*, p. 9

3 *Ibíd*, p.133.

También encontramos, a lo largo de la educación media, objetivos y contenidos asociados al cuidado del medio ambiente. En el caso de cuarto medio la formulación propuesta es la siguiente: "Valoración de la diversidad biológica, considerando sus funciones en el ecosistema; investigación sobre la problemática ambiental, apreciando los aspectos básicos para evaluarla y su carácter multidisciplinario y multisectorial; análisis del problema del crecimiento poblacional humano en relación con las tasas de consumo y niveles de vida"[5].

Por último, cabe mencionar el programa de filosofía para cuarto medio, donde se menciona de manera explícita el término bioética y, más ampliamente, puede entenderse como un llamado a educar en las *éticas aplicadas*: "(Análisis) de algunos problemas contemporáneos de ética social: bioética, ética y economía, ética y medioambiente, ética e informática, ética y técnica"[6].

En síntesis, podemos afirmar que los principios y temáticas bioéticas se encuentran desarrolladas de manera incipiente en el nuevo marco curricular chileno, en un sentido general en los OFT, y de manera más específica en los subsectores de aprendizaje de "estudio y comprensión de la naturaleza" en Básica y de Biología y Filosofía en Media. En este contexto, es posible afirmar que existen *oportunidades curriculares* para el desarrollo de la bioética dentro del actual marco curricular chileno, siendo necesario para su realización una adecuada formación de los profesores en los sectores y subsectores de aprendizajes mencionados en las temáticas, principios y métodos de la bioética.

Principios de la bioética y construcción de la personalidad moral

La bioética surgió hace unos 30 años atrás al ponerse en movimiento un particular sistema de manejo de valores y de resolución de conflictos. Decisivo en este camino ha sido la llamada "teoría de los cuatro principios", formulada por primera vez por Beauchamp y Childress en su libro *Principles of Biomedical Ethics*. Los principios de justicia, no maleficiencia (no producir daño), autonomía y beneficiencia, han marcado la trayectoria y el debate de esta novel disciplina[7].

4 Ministerio de Educación. *Objetivos Fundamentales y Contenidos Mínimos Obligatorios de la Educación Media*, Santiago, Mineduc, 1998: 140.

5 *Ibíd*, p. 141.

6 *Ibíd*, p. 122.

7 Gracia D. *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. Santa Fe de Bogotá: El Búho, 1998:90.

Mi interés es conectar estos principios de la bioética con aquella perspectiva de la educación moral que entiende a ésta como un proceso de construcción de la personalidad moral, a partir del desarrollo y educabilidad de ciertas dimensiones esenciales: juicio moral, autonomía, capacidad de diálogo y reconocimiento del otro.

Sin pretender agotar las relaciones e implicancias posibles entre los cuatro principios de la bioética y las dimensiones de la personalidad moral ya señaladas, se pueden constatar algunas vinculaciones y convergencias significativas. El principio de justicia de la bioética está en estrecha relación con el objetivo de la pedagogía moral entendida como desarrollo del juicio moral (en la línea de Piaget y Kolhberg)[8]. Avanzar en los niveles y estadios del desarrollo moral dice relación con la capacidad de los individuos de razonar y argumentar según principios de justicia cada vez más complejos. Por su parte, es muy importante frente a conflictos y dilemas bioéticos saber actuar con un criterio de ecuanimidad y justicia: *dar a cada uno su derecho* y "dar tratamientos iguales ante casos iguales... sin que se puedan justificar discriminaciones, en el ámbito de la asistencia sanitaria, basadas en criterios económicos, sociales, raciales y religiosos"[9].

Por su parte, el principio de autonomía, básico en el caso de la bioética, para entender, por ejemplo, los derechos de los pacientes, el respeto al "consentimiento informado" de éstos y su capacidad de decisión, es también reconocido dentro de la educación moral como una dimensión esencial de la personalidad moral para lograr personas capaces de decidir por sí mismos, con libertad y responsabilidad. En el plano de la pedagogía moral el desarrollo de la autonomía, se vincula también al desarrollo del autoconocimiento, la autoestima y la autorregulación de la conducta.

A su vez, los principios bioéticos de beneficencia y de no maleficencia, particularmente éste último, se pueden vincular con la tarea de la educación moral de desarrollar la capacidad de reconocimiento del otro; de ayudar, a través de la educación, a ser capaces de ver y escuchar al otro en su diferencia, y en el reconocimiento de su legitimidad como interlocutor. Sólo si nos abrimos a ver y escuchar al otro, podremos ser capaces de "no dañarlo" y "hacerle un bien", no a partir de lo que nosotros creemos que estas categorías y valores son, sino, a partir de lo que el otro es y desea; de su dignidad y sufrimiento.

[8] Hersch R, Reimer J, Paolitto D. *El crecimiento moral. De Piaget a Kolhberg*. Madrid: Narcea, 1997.

[9] Gafo J. *Diez palabras clave en bioética*. 5ta ed. Pamplona: Verbo Divino, 1997: 31.

Por último, el desarrollo de la capacidad de diálogo que nos plantea esta propuesta de educación moral es, también, un factor esencial para el desarrollo de la bioética. Es impensable la bioética fuera de los marcos deliberativos, y de la construcción de normas morales a partir de un espacio intersubjetivo construido en base al diálogo. La bioética se mueve al interior de temas que plantean valores deseables en contraposición, y en una casuística que requiere mucha capacidad de análisis y de deliberación.

Para la aplicación del principio de justicia en bioética se plantea como metodología la propuesta del "observador ideal"[10], lo que se corresponde con el principio de una ética dialógica de buscar un punto de imparcialidad, para poder discernir aquella norma moral que resulta más incluyente y universal.

Educar la personalidad moral: Preparar ciudadanos para el discernimiento y la deliberación bioética

Construido un puente inicial entre ciertos principios de la bioética y la idea de una educación en valores como construcción de la personalidad moral, quisiéramos ahondar en el tema propiamente de la educabilidad de estas dimensiones morales. Nuestra afirmación será que el desarrollo, a través de la educación de la personalidad moral, favorece la construcción de ciudadanos capaces de reflexionar y discernir sobre temas éticos y bioéticos complejos. A su vez, la educación moral de los ciudadanos en la escuela se vería enriquecida con la inclusión de las temáticas, procedimiento y principios que forman parte de la bioética.

JMª Puig plantea entender la educación moral como un proceso de "construcción de la personalidad moral"[11]. Por "personalidad moral" entenderemos un conjunto de dimensiones que en su singular organización constituye una forma de *ser* y de *reaccionar* de una persona, más o menos estable o constante –aunque flexible y permeable al cambio– frente a situaciones o dilemas, reales o hipotéticos, de índole moral. De estas dimensiones de la personalidad moral destacaremos básicamente cuatro: razonamiento moral, autonomía, capacidad de diálogo y reconocimiento del otro.

Estas cuatro dimensiones de la personalidad moral se articulan entre sí, y su desarrollo educativo simultáneo puede tener un efecto positivo en la capacidad de los individuos para enfrentar con mayores grados de complejidad y reflexividad temas éticos y bioéticos difíciles.

[10] Gafo J. op. cit. p. 31.

[11] Puig JMª. *La construcción de la personalidad moral*. Barcelona: Paidós, 1996.

A continuación revisaremos algunas de las características principales de estas cuatro dimensiones de la personalidad moral, así como de ciertas orientaciones metodológicas para abordar de manera educativa su desarrollo. Intentaremos ver de qué manera la bioética podría contribuir a la tarea educativa de estas dimensiones de la personalidad moral, y a su vez de qué manera la bioética podría verse beneficiada con este proceso de educación moral.

Pedagogía del juicio moral

De estas dimensiones de la personalidad moral, probablemente la que ha merecido un tratamiento más sistemático y profundo es la que dice relación con el desarrollo del razonamiento o juicio moral. Bajo las propuestas de Piaget y Kolhberg la educación moral debiera ser entendida como aquella intervención pedagógica cuya finalidad es que el educando avance hacia estadios del desarrollo moral cada vez más complejos, es decir, de tipo posconvencional (estadios 5 y 6).

Para enfrentar a una persona a problemas éticos y bioéticos complejos, es decir, donde se ponen en juego de manera conflictiva valores como la dignidad y el derecho a la vida; los derechos reproductivos de las mujeres; los límites y fines de la exploración y experimentación genética; la actitud ética frente a determinadas enfermedades; las tensiones entre desarrollo y preservación del medio ambiente, etc.; es necesario formar personas capaces de establecer distinciones éticas complejas entre lo particular y lo universal, lo legítimo y lo legal; medios, fines y consecuencias; etcétera.

Metodológicamente el desarrollo del razonamiento moral se ha planteado a través de la discusión de dilemas morales. Sólo una exposición sistemática a la experiencia de discusión de dilemas morales, con su conflicto cognitivo asociado, en una interacción y discusión con individuos de un razonamiento superior (inmediatamente superior para ser más preciso), conduciría a la persona a ir avanzando de un estadio del desarrollo moral a otro[12]. En la construcción de dilemas morales interesantes, contemporáneos y significativos las temáticas bioéticas pueden ser una importante fuente de oportunidades.

Pedagogía de la autonomía

El desarrollo de la autonomía constituye un proceso muy significativo en la formación moral de una persona, y es condición para poder enfrentar con

[12] Reimer J. "De la discusión moral al gobierno democrático". En: Kolhberg L, Power FC, Higgins A. *La educación moral, según Lawrence Kolhberg*. Barcelona: Gedisa, 1997:21-28.

libertad la reflexión y deliberación sobre temas éticos y bioéticos complejos. La autonomía implica autoconocimiento y una positiva valoración afectiva de sí mismo, y la fuerza y capacidad de sustraerse de las coacciones externas.

La autonomía implica una clara conciencia de los derechos personales y de la responsabilidad ante los otros. En el campo de la educación moral se entiende una pedagogía de la autonomía a partir del autoconocimiento, lo que metodológicamente puede desarrollarse a través de la escritura autobiográfica y el trabajo en aula en torno al método de clarificación de valores[13].

Por su parte, desde el punto de vista cognitivo, alcanzar formas predominantes de un razonamiento moral de tipo posconvencional, constituye también una pedagogía de la autonomía, pues esa mayor capacidad para razonar sobre lo justo, favorece los principios de libertad, responsabilidad, autoconocimiento y voluntad, que están a la base de la autonomía individual.

Pedagogía del diálogo

Dentro del desarrollo de la personalidad moral la optimización y autorreflexión sobre el lenguaje, y particularmente sobre el diálogo, constituye un aspecto esencial. Es a través del diálogo, y del espacio intersubjetivo que éste construye, donde deben validarse las ideas de cada uno, enfrentándose argumentativamente las distintas posiciones.

Contenidos básicos de una pedagogía del diálogo son distinguir aquellos discursos orientados de manera estratégica o al éxito de aquéllos orientados al entendimiento; y enseñar a deliberar tratando de aplicar los principios de universalidad, solidaridad e imparcialidad. Educar en un tratamiento dialógico de los dilemas éticos y bioéticos, aceptando sólo la "coacción del mejor argumento", es esencial dentro de una pedagogía del diálogo.

En el contexto de enseñar a dialogar teniendo como fin la construcción de normas y conductas morales justas, resulta pedagógicamente aplicable la idea de un "observador ideal" que suele utilizarse en los debates bioéticos: enseñar a razonar desde un ser imaginario *omnisciente* (que conoce el mayor número posible de datos), *omnipercipiente* (capaz de percibir los aspectos personales implicados), *desinteresado* (que no actúa por móviles egoístas) y *desapasionado* (imparcial).

[13] Puig JMª. *La educación moral en la enseñanza obligatoria*. Barcelona: Horsori, 1995: 151.

Pedagogía del reconocimiento del otro

Escuchar es un acto sutil y complejo. Debemos, en primer término, diferenciarlo del simple oír, que es un captar fáctico de las palabras. Escuchar es un oír tratando de aprehender el sentido de lo que nos quiere transmitir nuestro interlocutor. Es poder descifrar los contextos de las palabras y oraciones, el significado de los énfasis y entonaciones y, aún más, intentar acercarse a aquel fondo u horizonte de vida del cual surgen las palabras de quien tenemos delante nuestro. En el escuchar –más que en el decir– está la posibilidad de captar lo diferente, lo otro:

> Aristóteles atribuye la primacía al oído. En efecto, nuestro oído puede oír el lenguaje y, merced a ello, no sólo puede dar a conocer la mayor parte de las diferencias, sino, en suma, todas las diferencias posibles. Esta universalidad del oído llama la atención sobre la universalidad del lenguaje[14].

Aunque resulte obvio afirmar que para dialogar resulta imprescindible escuchar a nuestro interlocutor y también ser escuchado, no lo es tanto si analizamos y tomamos conciencia de las dificultades que este proceso tiene dentro de una situación dialógica.

Una primera dificultad, parece provenir del fenómeno comunicativo propiamente tal, de la manera como vamos seleccionando aquello que vamos escuchando. Nuestra capacidad de atención y retención suele ser limitada –mucho más si estamos a su vez pensando en los contrargumentos que utilizaremos una vez que nuestro interlocutor concluya. Al respecto resulta iluminador considerar la "teoría de la relevancia" de Sperber y Wilson[15] proveniente de la pragmática formal, pues ella entrega algunas pistas importantes sobre la manera como vamos seleccionando los aspectos de la comunicación del otro, lo que vamos registrando, y aquello que no va ingresando en nuestro campo atencional y comprensivo.

En segundo término, conspira contra el acto de escuchar, una dimensión propiamente moral del fenómeno. Se requiere tener una valoración del otro como un "otro legítimo" y ser capaz de empatizar y de valorar las sensibilidades y razones de nuestro interlocutor en cada momento. Ello es particularmente difícil cuando estamos frente a alguien al cual hemos desvalorizado o negado su capacidad de ser considerado un interlocutor válido. En este proceso no siempre está nuestra voluntad a disposición, también se suelen producir procesos de negación de índole más inconscientes, de simplemente no "ver" a nuestro interlocutor real o potencial, de no aceptarlo en su "otredad", sino sólo como proyección de nuestras preconcepciones sobre el lugar del cual éste proviene.

> ...somos nosotros los que decidimos cómo es el otro, qué es lo que le falta, qué es lo que necesita, cuáles son sus carencias y sus aspiraciones. Y la otredad del otro queda como reabsorbida en nuestra identidad y la refuerza aún más; la hace, si cabe, más arrogante, más segura y más satisfecha de sí misma. Desde ese punto de vista el loco confirma y refuerza nuestra razón (nos hace sentirnos aún más satisfechos de nuestra razón), el niño nuestra madurez, el salvaje nuestra civilización, el marginado nuestra integración, el extranjero nuestro país y el deficiente nuestra normalidad[16] (Tabla 4-1).

TABLA 4-1
DIMENSIONES DE LA PERSONALIDAD MORAL, RECURSOS METODOLÓGICOS Y PRINCIPIOS BIOÉTICOS INVOLUCRADOS

Dimensiones de la personalidad moral	*Recursos metodológicos involucrados*	*Principios bioéticos*
Razonamiento o juicio moral	Discusión de dilemas morales	Justicia
Autonomía	Ejercicios autobiográficos. Clarificación de valores	Autonomía
Reconocimiento del otro	Métodos socioafectivos	– Autonomía (derechos de los pacientes y ciudadanos) – No-maleficencia – Beneficiencia
Capacidad de diálogo	– Discusión de dilemas – Ejercicios de construcción de normas morales	Justicia

[14] Gadamer HG. *Arte y verdad de la palabra*. Barcelona: Paidós, 1998: 132-33.

[15] Scandell MV. *Introducción a la pragmática*. Barcelona: Anthropos, 1993: 129-57.

[16] Larrosa J, Pérez De Lara N. *Imágenes del otro*. Barcelona: Virus, 1997: 8.

Por su parte, Echeverría propone cuatro "dominios de observación" para un escuchar efectivo[17]. Su propuesta resulta particularmente interesante, por las posibilidades que ofrece para ser adaptada pedagógicamente. Estos dominios de observación serían: a) el contexto de la conversación; b) el estado emocional de la conversación; c) nuestra historia personal, y; d) nuestro trasfondo histórico.

Entre las metodologías más apropiadas para trabajar el tema del reconocimiento del otro se encuentran los métodos socioafectivos, los cuales recrean situaciones de exclusión de manera muy realista y efectiva[18].

Sin este *escuchar* y *ver* al otro, no es posible llegar a entender el principio de autonomía que en las discusiones bioéticas reclaman los pacientes y los ciudadanos; superando cierto paternalismo presente en las ciencias y profesionales de la salud. También es difícil hacer realidad el principio de no dañar al otro.

La bioética y una educación que acompañe existencialmente a las personas

Decíamos al comienzo de este trabajo que la bioética colocaba sobre la mesa temas que por lo general no habían sido objetos tradicionales de la educación: el dolor, la vejez, el sufrimiento, la muerte. Estos temas tienen una doble faz: por un lado, son preocupaciones ciudadanas y de especialistas, que buscan construir aquellas normas morales más informadas y justas, pero también, se trata de situaciones, en las que todos nos vemos enfrentados *existencialmente*. Podríamos ilustrar esta sencilla pero radical diferencia entre asistir a un debate de un Comité bioético de alguna clínica u hospital, o ser aquel paciente o los familiares y cercanos a éste, sobre el cual se va a tratar y deliberar, para construir una norma de conducta específica.

Las situaciones y dilemas con que debe tratar la bioética son experiencias a las que todos nos veremos alguna vez enfrentados. Probablemente no bajo la formas extremas y paradigmáticas que suelen ser objeto de estudio y controversia, sino a través de la experiencia personal y cotidiana con que nos encontramos ante la enfermedad, el dolor, la vejez, la muerte.

En este contexto, otra mirada y posible nexo entre educación y bioética, podría nacer de una pedagogía que asumiera como parte de sus fines y sentidos acompañar *existencialmente* al niño y al joven durante su paso por la escuela.

17 Echeverría R. Ontología del lenguaje. Santiago de Chile: Dolmen: 176-83.

18 Puig JMª. *La educación moral en la enseñanza obligatoria*. Barcelona: Horsori, 1995: 213.

J-C Mélich distingue entre "pedagogías no existenciales" y "pedagogías existenciales"[19]. Entre las primeras, ubica un conjunto de propuestas pedagógicas cuyo *telos* sería un proceso de socialización, o bien algún ideal de optimización moral (podríamos describir la idea de educación de la personalidad moral como parte de ese tipo de pedagogías). Por su parte, la "pedagogía existencial" partiría de un reconocimiento radical de la "finitud" humana y su *telos* sería una educación para las "situaciones-límite" de la existencia.

> Ciertamente, es posible y real una educación socializante; probablemente, es la más común de las acciones educativas. Sin embargo, se cae habitualmente en un reduccionismo. La pedagogía existencial no niega esta visión de la *paideia*, pero defiende otra: la educación debe consistir en el hecho de que el hombre descubra y tome conciencia de su ser-en-situación-límite. Y hay que poner énfasis en la cuestión del *límite*, puesto que, si sólo proponemos una educación para el ser-en-situación entramos de nuevo, en el sociologismo[20].

Dentro de esta manera de concebir el sentido y los fines de la pedagogía Mélich propone, siguiendo a Jaspers, algunos grandes temas existenciales o situaciones-límite (*Grenzsituationen*): el sufrimiento, la culpa y la muerte[21].

El sufrimiento constituye una experiencia humana indisolublemente ligada a la existencia. A lo largo de nuestra vida nos vemos enfrentados a diversas situaciones dolorosas: la pérdida de un ser querido, las enfermedades físicas o psíquicas, situaciones sociales o políticas extremas, etc. Siguiendo a V. Frankl podemos decir que el sufrimiento no es sólo una experiencia que se debe aprender a asumir y a soportar, sino sobre todo a darle un sentido[22].

Hacer entrar a la escuela las experiencias del sufrimiento humano y buscar de manera colectiva los posibles significados de estas situaciones individuales y colectivas, puede constituir una forma de acompañar y de preparar existencialmente al educando frente a lo que será su propia experiencia con el sufrimiento.

19 Melich JC. *Situaciones-límites y educación. Estudio sobre el problema de las finalidades educativas*. Barcelona: PPU, 1989: 42.

20 *Ibíd.*, p.43.

21 "Situaciones tales como las de que estoy siempre en situación, que no pueda vivir sin lucha y sin sufrimiento, que yo asumo inevitablemente la culpa, que tengo que morir, son las que yo llamo situaciones límites". Jaspers K. *Philosophie*. Heildelberg: Springer, 1973, V. II, p. 203. En: Mélich JC. Ibíd. p. 33.

22 Frankl V. *El hombre en busca de sentido*. 19ª ed. Barcelona: Herder, 1998.

El sufrimiento como finalidad educativa implica hacer entrar al currículo, es decir, a los contenidos educativos, las experiencias de sufrimiento personal del educando –vivencias de su vida o de la propia escuela– así como también aquellas experiencias colectivas que han marcado momentos extremos de sufrimiento para determinados grupos humanos (el duelo sin fin de los familiares de los "detenidos desaparecidos" chilenos o el holocausto judío, por ejemplo). Abrir las puertas de la escuela a estos temas para buscar a través de los medios y fines de la educación sentido y significado al sufrimiento humano, y preparar al niño y al joven para ser capaz de enfrentar sus propias vicisitudes existenciales, y la cuota de sufrimiento que de seguro le tocará enfrentar a lo largo de su vida.

La segunda finalidad educativa existencial propuesta es la culpa. La culpa aquí se entiende como aquella situación-límite en la cual el individuo debe abrirse, por el dictado de su propia conciencia y no por ninguna coacción externa, a la *responsabilidad* con los otros. No es la culpa que brota del miedo a una sanción externa, sino aquélla que emerge de un impulso de autenticidad, de reconocerse y responsabilizarse de las propias acciones.

La culpa de la que aquí se habla es aquélla que surge de la libertad humana (no del pecado ni de los tormentos psicológicos asociados a éste), y es la que crea la conciencia moral en el individuo.

> Dada la identificación jasperiana entre libertad y Existencia, puede observarse ahora que la culpa y la acción moral constituyen por lo mismo, la estructura de la Existencia y, a la vez su límite. Por esta razón, educar para el desvelamiento (*alétheia*) de la Existencia, del ser-sí-mismo, *es educar para la conciencia de la culpa*[23].

En este contexto, la culpa como finalidad educativa, por sus raíces en la autonomía y en la libertad radical del sujeto, implica educar en la duda y la perplejidad, e implican una actitud del educador como alguien que acompaña al educando en su propia búsqueda moral. Un educador presente, pero que *deja aprender*, con lo que ello implica de error, duda y de búsqueda incesante.

La culpa no sólo debiera permitir al individuo enfrentarlo a aquella situación-límite de su libertad y responsabilidad moral con los otros, sino también debiera abrirlo al tema de la reparación y del perdón. Aprender a reparar a quienes podemos haber injustamente agraviado implica superar nuestros narcisismos más primarios, y aprender a perdonar puede ser inmensamente curativo si nace de actos de conciencia sinceros y reales.

[23] Mélich JC. op. cit. p. 169.

La última finalidad educativa propuesta –la muerte– parece la más difícil de asumir e incorporar al campo educativo–. La reacción casi instintiva es a no abrir el tema. ¿Qué puede hacer una institución tan poco audaz como la escuela frente a un tema que está clausurado socialmente? ¿Qué podría enseñar la escuela a los niños y jóvenes sobre un tema del cual la sociedad no se atreve a hablar ni a abordar?

Sin embargo, por silenciado que se encuentre el tema, la conciencia propia de la finitud así como la experiencia cotidiana de la muerte que desde temprana edad se tiene, no permite soslayarla desde una comprensión de la educación cuyo sentido sea acompañar y preparar existencialmente a las personas.

Se podrían destacar ciertos temas y valores asociados a la conciencia de finitud que podrían ser útiles desde el punto de vista educativo: el reconocimiento y valoración de la propia singularidad; la relativización de aquellas formas de narcisismo y omnipotencia que brotan de un yo que niega su finitud; la posibilidad de entender mejor los fenómenos psicológicos y vitales asociados a la muerte como el dolor, el duelo y la culpa, etc. De todas estas experiencias y reflexiones el educando se podría ver beneficiado para su propia experiencia con la muerte, sea de personas cercanas o de su propio proceso de finalización de la vida.

A modo de resumen

Este trabajo debe considerarse exploratorio, y su objetivo ha sido establecer nexos entre la bioética y la pedagogía moral. Se trata, a mi juicio, de un cruce entre dos disciplinas que puede ser de beneficio mutuo: introducir los principios y contenidos bioéticos puede ayudar a desarrollar una educación moral más significativa y asociada a problemas y dilemas cercanos a las personas; a su vez, el desarrollo de la personalidad moral y sus dimensiones (juicio moral, autonomía, competencia dialógica y reconocimiento de otro), contribuye a formar personas y ciudadanos con mayores capacidades para reflexionar, argumentar y decidir sobre temas bioéticos.

La lectura del nuevo marco curricular chileno, de básica y media, nos ha llevado a concluir que si bien la bioética no está contenida ni desarrollada como sería deseable, sus principios y contenidos, pueden visualizarse a través de los Objetivos Fundamentales Transversales (OFT), y particularmente a través de algunos subsectores de aprendizajes ("Estudio y comprensión de la naturaleza" en básica, y biología y filosofía en media). No cabe duda que aquí cabe una tarea de formación de los profesores en los contenidos, principios y metodologías de la bioética, en la medida que las oportunidades curriculares para desarrollarla están dadas.

Por último, hemos explorado dos modelos de educación moral a partir de la bioética: una propuesta que da cuenta de la optimización del discernimiento ético y de la capacidad deliberativa de los ciudadanos, y por otro lado, una educación que se propone acompañar *existencialmente* a las personas. La bioética, abre a mi juicio, temas de gran significado para las sociedades y los ciudadanos y sobre las cuales se necesitan construir normas morales y legislaciones justas, pero a la vez, la bioética conecta con situaciones –la vejez, el sufrimiento, la muerte– que tienen un significado biográfico intransferible. Un diálogo entre una pedagogía moral como construcción de la personalidad moral y las llamadas pedagogías existenciales podría ser útil en este campo temático.

Bibliografía

Echeverría R. Ontología del Lenguaje. Santiago, Chile: Dolmen, 1998.

Frankl V. El hombre en busca de sentido. 19na ed. Barcelona: Herder, 1998.

Gadamer HG. Arte y verdad de la palabra. Barcelona: Paidós, 1998.

Gafo J. Diez palabras clave en bioética. 5ta ed. Pamplona: Verbo Divino, 1997.

Gracia D. Fundamentación y enseñanza de la bioética. Santa Fe de Bogotá: El Búho, 1998.

Hersch R, Reime J, Paolitto D. El crecimiento moral. De Piaget a Kolhberg. Madrid: Narcea, 1997.

Kolhberg L, Power FC, Higgins A. La educación moral, según Lawrence Kolhberg. Barcelona: Gedisa, 1997.

Larrosa J, Pérez de Lara N. Imágenes del otro. Barcelona: Virus, 1997.

Ministerio de Educación de Chile. Objetivos Fundamentales y Contenidos Mínimos Obligatorios de la Educación Básica. Santiago, Chile: Mineduc, 2002.

Ministerio de Educación de Chile. Objetivos Fundamentales y Contenidos Mínimos Obligatorios de la Educación Media. Santiago, Chile: Mineduc, 1998.

Melich JC. Situaciones-límites y educación. Estudio sobre el problema de las finalidades educativas. Barcelona: PPU, 1989.

Puig JM. La construcción de la personalidad moral. Barcelona: Paidós, 1996.

Puig JM. La educación moral en la enseñanza obligatoria. Barcelona: Horsori, 1995.

Scandell MV. Introducción a la pragmática. Barcelona: Anthropos, 1993.

Epílogo

El gran sueño del progreso parece venido a menos en los inicios del tercer milenio. Para nadie es ya un misterio que la esperanza de una vida mejor ofrecida por la ciencia al ser humano no se ha cumplido necesariamente de acuerdo a lo previsto en los albores de la época moderna. Lejos ha quedado el tiempo en que los hombres confiaban ciegamente en que los avances del conocimiento les permitirían dejar atrás los problemas que nunca antes en su historia habían podido resolver.

Es por eso que resultaría muy difícil sostener una visión enteramente optimista respecto del futuro de la humanidad; sobre todo ahora, que la evidencia de los grandes desequilibrios que el mismo desarrollo científico técnico ha generado resultan innegables y cuando las soluciones que se implementan se muestran a menudo insuficientes ante la envergadura y la previsible proyección de las dificultades. Además, la característica fragmentación de la moralidad en el presente –que impide unificar criterios éticos capaces de enfrentar los delicados escenarios en que transcurre la vida– se constituye en otra dificultad importante que, sumada a lo anterior, inquieta a los hombres actuales pues ya han dejado de confiar en que el resultado de su intervención sobre el mundo cumplirá efectivamente el sueño prometeico al que habían venido dando curso.

En este libro que hoy entregamos al público se ha intentado responder a algunas de las cuestiones más complejas que marcan la existencia de los seres humanos en la actualidad, con el propósito de visualizar una perspectiva válida y posible de futuro, a partir de la responsabilidad y la prudencia con que debe ser reemprendido necesariamente el devenir técnico de la civilización humana. En este sentido, la Bioética, como modalidad paradigmática de la ética aplicada, en el momento de máximo despliegue de los imperativos técnicos y cuando el porvenir se vislumbra de todas formas problemático, nos ofrece la posibilidad de examinar los problemas más allá de los parámetros y las discutibles certidumbres que orientaron las decisiones

anteriores. Por lo mismo, la bioética –a partir de su innegable vocación pluralista– posibilita una aproximación abierta y desprejuiciada a la realidad del mundo contemporáneo, sin más compromiso que el que se puede desprender de su estrecho vínculo con la permanencia de la empresa humana sobre la Tierra; en sintonía con los imperativos éticos de salvaguarda de la vida en cualquiera de sus manifestaciones y en atención al cabal reconocimiento de un conjunto de principios fundamentales cuya eventual validez y vigencia representan un punto indiscutible de superación en la historia moral de la humanidad.

En relación con lo anterior, resulta interesante destacar que en este libro se han dado cita planteamientos de diversa procedencia y sentido que, por provenir de un amplio espectro de autores y de una gran diversidad de disciplinas, no siempre llegan a dar respuestas unívocas a los graves problemas analizados. Frente a ello, nos atrevemos a afirmar que este hecho, lejos de representar una desventaja, constituye más bien la confirmación del espíritu de amplitud y respeto encarnado por la propia bioética que –tras las divergencias– descubre un sentir más profundo y arraigado que en el fondo las vincula entre sí y las identifica con un propósito general que es el mismo que da sentido a una empresa editorial como la nuestra: poner en juego la convicción de que todos somos interlocutores válidos y, al recoger las distintas posiciones planteadas con rigor y respeto, sentar las bases para el descubrimiento de los valores comunes que las subyacen y que –paulatinamente– nos permitirán también en estos mismos ámbitos definir los mínimos necesarios para la humanización de nuestro poderío técnico.

Así es entonces como el recorrido que aquí llega a su fin –luego de transitar por la dimensión filosófica que da fundamentación al discurso bioético y por aquellos temas clínicos que han constituido por excelencia su objeto de preocupación– ha buscado esclarecer las interrogantes derivadas del complejo panorama surgido a la hora de definir la orientación que debe asumir el progreso humano. Por ello, quienes hemos tenido la oportunidad de participar en esta instancia conjunta de reflexión, esperamos haber cumplido suficientemente con un deber irrenunciable de nuestro tiempo: avizorar desde ya la forma en que los seres humanos debemos disponernos frente a la inminencia de los hechos futuros, al amparo de una perspectiva de progreso responsable para el conocimiento y un desarrollo técnico capaz de asegurar la continuidad de la vida en el planeta.

Sin embargo, la posibilidad de que una empresa como la que aquí se ha enunciado tenga una razonable viabilidad, depende de todos quienes sentimos que todavía siguen habiendo motivos suficientes como para asumir un desafío al respecto y tomar la palabra en medio del desconcierto y el silencio

reinante de la extraviada época técnica en que nos ha correspondido vivir. El resultado de este esfuerzo está ahora a la vista, la evaluación corresponderá a los lectores. Sólo nos resta agradecer a todos quienes han contribuido a que este proyecto haya visto finalmente la luz y esperar a que se constituya en un aporte a la necesidad de pensar en conjunto y decididamente nuestro propio tiempo.

LOS EDITORES
Mayo de 2004