



# Bioética

## SELECCIONES



### TÍTULOS DE ESTE NÚMERO

- ✳ **Declaración de las Naciones Unidas sobre la clonación humana**
- ✳ **Libertad, coerción y moral de sentido común. Parte II**
- ✳ **Confidencialidad, libertad y los derechos de las terceras personas**
- ✳ **Necesidad de la bioética en la educación superior**
- ✳ **La bioética en el diván: ¿puede Freud ayudarnos en los dilemas de la ética médica?**
- ✳ **Rehistoriar la bioética en Latinoamérica. La contribución de James Drane**
- ✳ **Alimentos transgénicos y derecho humano a la salud**
- ✳ **La biología no conoce ninguna moral**
- ✳ **La naturaleza sólo clona por equivocación ¿Puede fundamentarse de esta forma una prohibición de la clonación? Respuesta a Jürgen Habermas**
- ✳ **Ethics and Public Health: Forging a Strong Relationship**
- ✳ **Bioética, políticas públicas y violencia**
- ✳ **Capacidad y competencia: reflexiones y aproximaciones prácticas desde la bioética**
- ✳ **Bioética y salud pública**
- ✳ **Deberes y felicidad en la ecoética**



# Bioética

## SELECCIONES



---

Revista *Selecciones de Bioética*, N° 11. ISSN 1657-8856  
Instituto de Bioética-Cenalbe, Bogotá, D.C., Colombia, 2007

---

# 11

LAS OPINIONES EXPRESADAS EN ESTA REVISTA SON  
DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES.

LOS ARTÍCULOS PUEDEN REPRODUCIRSE TOTAL  
O PARCIALMENTE CITANDO LA FUENTE.

#### DISEÑO Y PRODUCCIÓN EDITORIAL

CÉSAR TOVAR DE LEÓN

ÉDITER. ESTRATEGIAS EDUCATIVAS LTDA.

TEL 3205119. BOGOTÁ, D.C.

EMAIL: ctovarleon@yahoo.com.mx

#### IMPRESIÓN

EDITORIAL GENTE NUEVA LTDA.

EDICIÓN DE 700 EJEMPLARES

DEPÓSITO LEGAL

IMPRESO EN COLOMBIA

PRINTED IN COLOMBIA

BOGOTÁ, D.C., ABRIL DE 2007

© PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

**GERARDO REMOLINA VARGAS, S.J.**  
RECTOR

**JAIRO HUMBERTO CIFENTES MADRID**  
VICERRECTOR ACADÉMICO

**GERMÁN CALDERÓN LEGARDA**  
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE BIOÉTICA

**ALFONSO LLANO ESCOBAR, S.J.**  
DIRECTOR DE CENALBE Y DE LA REVISTA  
*SELECCIONES DE BIOÉTICA*

**MARGARITA MARÍA SÁNCHEZ MORALES**  
COORDINADORA EDITORIAL

#### COMITÉ ASESOR

PABLO ARANGO RESTREPO, LUIS ALEJANDRO BARRERA  
AVELLANEDA, JAIME BERNAL VILLEGAS, BERNARDO BULLA  
PINTO, JAIME ESCOBAR TRIANA, ALFONSO FLÓREZ FLÓREZ,  
JORGE GAITÁN PARDO, GUSTAVO GARCÍA CARDONA,  
NELLY GARZÓN ALARCÓN, EMILSEN GONZÁLEZ DE CANCINO,  
FRANCISCO GONZÁLEZ LADRÓN DE GUEVARA, HERNANDO  
GUTIÉRREZ PRIETO, GUILLERMO HOYOS VÁSQUEZ, HORACIO  
MARTÍNEZ HERRERA, JAIRO MEJÍA PORRAS, OSCAR MEJÍA  
QUINTANA, JUAN MENDOZA VEGA, VIRGILIO NIÑO CRUZ,  
GLORIA INÉS PRIETO DE ROMANO, FERNANDO SÁNCHEZ  
TORRES, ÁNGELA UMAÑA MUÑOZ, EMILIO YUNIS TURBAY.

#### COMITÉ EDITORIAL

GERMÁN CALDERÓN LEGARDA, ALFONSO LLANO ESCOBAR,  
S.J., OLGA MALDONADO DE DELGADO, EDUARDO A. RUEDA  
BARRERA, EDUARDO DÍAZ AMADO, JOSÉ EDWIN CUELLAR  
SAAVEDRA, MARGARITA SÁNCHEZ MORALES.

#### INFORMACIÓN

TRANSVERSAL 4ª N° 42-00 Piso 5

EDIFICIO JOSÉ RAFAEL ARBOLEDA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA. BOGOTÁ, D.C.

TELEFAX: 3208320 EXT. 4539

E-MAIL: [bioetica@javeriana.edu.co](mailto:bioetica@javeriana.edu.co) / [cenalbe@javeriana.edu.co](mailto:cenalbe@javeriana.edu.co)

PÁGINA WEB: [www.javeriana.edu.co/bioetica](http://www.javeriana.edu.co/bioetica)

## C O N T E N I D O

|                                                                                                                      |                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DECLARACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LA CLONACIÓN HUMANA</b><br>Organización de las Naciones Unidas (ONU) 7   | <b>LA BIOLOGÍA NO CONOCE NINGUNA MORAL</b><br>Jürgen Habermas 68                                                                                                        |
| <b>LIBERTAD, COERCIÓN Y MORAL DE SENTIDO COMÚN. PARTE II</b><br>Willard Gaylin y Bruce Jennings 9                    | <b>LA NATURALEZA SÓLO CLONA POR EQUIVOCACIÓN ¿PUEDE FUNDAMENTARSE DE ESTA FORMA UNA PROHIBICIÓN DE LA CLONACIÓN?</b><br>RESPUESTA A JÜRGEN HABERMAS<br>Dieter Zimmer 71 |
| <b>CONFIDENCIALIDAD, LIBERTAD Y LOS DERECHOS DE LAS TERCERAS PERSONAS</b><br>Jorge José Ferrer 20                    | <b>ETHICS AND PUBLIC HEALTH: FORGING A STRONG RELATIONSHIP</b><br>Daniel Callahan and Bruce Jennings 74                                                                 |
| <b>NECESIDAD DE LA BIOÉTICA EN LA EDUCACIÓN SUPERIOR</b><br>Clemencia Bermúdez de Caicedo 30                         | <b>BIOÉTICA, POLÍTICAS PÚBLICAS Y VIOLENCIA</b><br>Marlene Braz 85                                                                                                      |
| <b>LA BIOÉTICA EN EL DIVÁN: ¿PUEDE FREUD AYUDARNOS EN LOS DIEMAS DE LA ÉTICA MÉDICA?</b><br>Gustavo Figueroa Cave 36 | <b>CAPACIDAD Y COMPETENCIA: REFLEXIONES Y APROXIMACIONES PRÁCTICAS DESDE LA BIOÉTICA</b><br>Xavier Ibarzabal Aramberri 94                                               |
| <b>REHISTORAR LA BIOÉTICA EN LATINOAMÉRICA. LA CONTRIBUCIÓN DE JAMES DRANE</b><br>Fernando Lolas Stepke 45           | <b>BIOÉTICA Y SALUD PÚBLICA</b><br>Fernando Lolas Stepke y Delia Outomuro 107                                                                                           |
| <b>ALIMENTOS TRANSGÉNICOS Y DERECHO HUMANO A LA SALUD</b><br>Ángela Aparisi Miralles 53                              | <b>DEBERES Y FELICIDAD EN LA ECOÉTICA</b><br>Carmen Velayos Castelo 121                                                                                                 |

### A NUESTROS LECTORES

LES RECORDAMOS QUE EL OBJETO DE NUESTRA REVISTA ES LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS DE REVISTAS NACIONALES E INTERNACIONALES QUE TENGAN QUE VER CON LA BIOÉTICA. NO PUBLICAMOS TRABAJOS ORIGINALES.



## Bioética y...

Con frecuencia, los artículos que ofrecemos en nuestra revista llevan por título, en forma explícita o implícita, en primer término, la palabra Bioética y en segundo, algún problema de biotecnología, salud, o medio ambiente, p.e. Bioética y clonación, Bioética y violencia, Bioética y aborto, y otros muchos más.

La razón de ello, es que el autor del artículo asume la Bioética como un punto de referencia –dígase valor, criterio, método, principio, y otros más–, para, según la manera correcta de entender la Bioética, aplicarla al problema en cuestión. Algo parecido a cuando se titula el artículo: Iglesia Católica y aborto. En este caso, el punto de vista o comparación, para analizar y presentar el problema del aborto, sería la doctrina moral oficial de la Iglesia Católica sobre el aborto. Ya no se trataría de Bioética sino de moral católica. La Bioética, respetando las posiciones religiosas, suele ser neutral y no se apoya en documentos de autoridad sino en razones éticas, a ser posible, valederas para todos.

Dado que hay diferentes formas de entender la Bioética, no puede ser tan amplio el abanico de bioéticas, que nada tengan que ver con la vida ni con la ética y algo más. En otras palabras, dentro de la pluralidad de concepciones sanas y aceptables, debería darse un mínimo de consensos en torno a lo que viene entendiéndose por Bioética y han entendido los ‘grandes’ de la Bioética, para que todos los lectores supieran a qué atenerse y no a lo que al autor

se le antoje y, luego, le cuelgue la etiqueta que dice: Bioética. Lo cual no puede menos de desconcertar y desorientar al lector.

Desde los fundadores de la Bioética, por mencionar algunos, Potter, Hellegers, Callahan, Abel, y pasando por figuras internacionales –limitándonos al hemisferio Occidental– como James Drane, Diego Gracia, Javier Gafo, Peter Singer, Engelhardt, Mainetti, Fernando Lolas, y otros diez o veinte más, todos han entendido, como elementos esenciales de la Bioética, de una parte a la biología y afines (Bios), y de otra a la ética y afines (Ethos); como epistemología, a la interdisciplinariedad, y como su aplicación principal, el «uso creativo del diálogo para formular, articular y en lo posible resolver los dilemas que plantea la investigación y la intervención sobre la vida, la salud y el medio ambiente» (OPS).

Por lo tanto, si el autor entiende por Bioética una serie de conocimientos que conforman saberes distintos, es decir, una multidisciplinariedad, la titulación: Bioética y... (la ciencia o problema que el autor escoja) no vendría a equivaler más que a una yuxtaposición de saberes, y ya no se trataría de Bioética, así el autor le cuelgue el bien sonante nombre de Bioética. Ésta, en tal artículo, no sería ya un criterio que sirviera de punto de referencia para analizar el problema en cuestión sino una decoración de mal gusto o un adorno literario postizo.



Si el autor titula su artículo: «Bioética y aborto», y entiende por Bioética un saber interdisciplinario, vale decir, que sirve para un diálogo epistemológico entre ambos, para luego, elaborar un criterio ético utilizable en la valoración del aborto, resulta obvio para el lector que se trata de una auténtica Bioética, que ciertamente iluminará el estudio del aborto.

Estimado lector: en este número le ofrecemos temas con el título explícito o implícito, de 'Bioética y...' con la esperanza de que ofrezcan una verdadera Bioética. Se trata de artículos de plena actualidad, tales como clonación, libertad, educación, salud pública, alimentos transgénicos, psicoanálisis, confidencialidad, entre otros, vistos y analizados a la luz de la Bioética con el sincero deseo de que sean de su agrado y utilidad.

**ALFONSO LLANO ESCOBAR, S. J.**

DIRECTOR DE LA REVISTA



---

# AUTORES

---

**ÁNGELA APARISI MIRALLES.** Obtuvo el título de Licenciada en Derecho y el Doctorado en Derecho de la Facultad de Derecho de la Universidad de Valencia. Ha sido Directora de la Unidad Docente de Introducción al Derecho de la Escuela de Relaciones Laborales de Valencia; Subdirectora del Departamento de Filosofía del Derecho de la Universidad de Navarra; Vicedirectora del Instituto de Derechos Humanos de la Universidad de Navarra; y Magistrada Suplente de la Audiencia Provincial de Valencia. Actualmente es Directora del Instituto de Derechos Humanos y Directora del Departamento de Filosofía del Derecho de la Universidad de Navarra. Ha publicado numerosos libros y artículos.

**BRUCE JENNINGS.** Obtuvo el título de B.A. (Bachelor of Arts) en Ciencia Política, de la Universidad de Yale, en 1971 y el Máster en Ciencia Política, en 1973, de la Universidad de Princeton; investigador académico del Hastings Center, entre 1991 y 1999 y Vicepresidente Ejecutivo del mismo centro; profesor de la Escuela de Medicina de la Universidad de Yale, en los departamentos de Epidemiología y Salud Pública; consultor de organizaciones gubernamentales y privadas tales como: American Hospital Association, Education Development Center, Robert Wood Johnson Foundation; ha formado parte de los comités: The Alzheimer Association; The March of Dimes Birth Defects Foundation; y The Huntington Disease Society of America.

**CLEMENCIA BERMÚDEZ DE CAICEDO.** Obtuvo el título de Odontóloga y Especialista en Bioética, de la Pontificia Universidad Javeriana; En la actualidad es Jefe de la Sección de Promoción y Prevención; Miembro del Comité Curricular y del Comité de Carrera; y docente de la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana.

**CARMEN VELAYOS CASTELLO.** Nace en España. Doctora en Filosofía Moral y Política. Profesora de Filosofía Moral y Política en el Departamento de Historia del Derecho y Filosofía Jurídica Moral y Política de la Universidad de Salamanca. Participa en proyectos de investigación, tales como: Bioética, de la Junta de Castilla y León y Bioética (“*Edubioethics*”), de la Comunidad Europea. En la actualidad es Miembro del Comité Ético Asistencial del Área de Salud de Salamanca. Ha publicado numerosos libros y artículos.

**DANIEL CALLAHAN.** Médico de la Universidad de Yale, Máster en Artes de la Universidad de Georgetown y Doctor en Filosofía de la Universidad de Harvard. Cofundador y presidente del Hasting Center, Garrison, NY (USA), desde 1989 hasta 1996. Director de los Programas Internacionales y asociado senior para la política de salud en Estados Unidos. Miembro honorario de la Escuela de Medicina de la Universidad de Praga en la República Checa. Según el notable moralista norteamericano Richard McCormick, “Daniel Callahan es hoy día (2000) el Bioeticista más conocido y profundo de la Biomedicina y del cuidado de la salud en todo el mundo”. Autor y editor de 35 libros y ha escrito artículos en numerosas revistas.

**DELIA OUTOMURO.** Nace en Argentina. Médica, Especialista en Medicina Interna y Medicina del Trabajo, Doctora en Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Licenciada en Filosofía y Doctora en Filosofía de la Universidad de Buenos Aires. Profesora Regular Adjunta de Medicina Interna de la Facultad de Medicina y Coordinadora de la Unidad Académica de Bioética de la Universidad de Buenos Aires. Miembro de varios comités de ética en organismos públicos. Cuenta con más de cincuenta publicaciones y más de cien presentaciones a nivel nacional e internacional.



**DIETER ZIMMER.** Nace en Berlín en 1934. Realiza estudios de literatura alemana e inglesa en la universidad de Frei en Berlín y obtiene un Máster en artes en la universidad de Northwestern. Ha escrito artículos especializados en psicología, psiquiatría, biología, lingüística y antropología y ha publicado más de una docena de libros sobre los temas anteriores.

**FERNANDO LOLAS STEPKE.** Nace en Chile. Médico Psiquiatra y Profesor Titular de la Facultad de Medicina y de la de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Director de la Unidad de Bioética de la OPS/OMS y del Centro Interdisciplinario de Estudios de Bioética de la Universidad de Chile; y Director del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética y del Programa Interdisciplinario de Estudios Gerontológicos de la misma casa de estudios superiores. Internacionalmente reconocido como investigador; en la actualidad forma parte de numerosas sociedades e integra el comité editorial de prestigiosas publicaciones científicas. Ha publicado numerosos libros y artículos.

**GUSTAVO FIGUEROA CAVE.** Profesor Titular de Psiquiatría, con un amplio currículo académico en Chile; ha permanecido durante muchos años en Alemania; autor de más de un centenar de artículos y capítulos publicados en revistas y libros nacionales e internacionales; y Miembro del Comité Editorial de la Revista Chilena de Neuropsiquiatría.

**JORGE JOSÉ FERRER.** Obtuvo el título de Doctor en Teología Moral; Profesor Adjunto de teología moral, en la Universidad Gregoriana de Roma; consultor y docente del Centro de Humanidades Biomédica en la Universidad Central del Caribe.

**JÜRGEN HABERMAS.** Nace en Düsseldorf, Alemania en 1929. Obtuvo el título de Sociólogo y Filósofo. Es el principal representante de la llamada "segunda generación" de la Escuela de Frankfurt; entre 1955 y 1959 trabajó en el Instituto de Investigación de la ciudad. Enseñó filosofía en Heidelberg, sociología en Frankfurt y dirigió el Instituto Max Plank de Starnberg entre 1971 y

1980. Es uno de los filósofos con mayor influencia intelectual y proyección internacional de la actualidad. Aportes como la teoría de la acción comunicativa o la ética discursiva constituyen elementos centrales de la filosofía práctica contemporánea; en conjunto su obra representa quizás el más original, formidable y coherente esfuerzo de elaboración de una filosofía a la altura del espíritu de nuestro tiempo.

**MARLENE BRAZ.** Nace en Brasil. Médica de la Universidad Federal Fluminense; Especializada en Psiquiatría dinámica en el Hospital Pinel; en salud pública en la Fundación Oswaldo Cruz; en psicoterapia infantil y juvenil en el Instituto Fernandes Figueira; obtuvo un Máster y un doctorado en Salud de la Mujer y del Niño en la Fundación Oswaldo Cruz. En la actualidad trabaja como médica en la Fundación Oswaldo Cruz. Cuenta con experiencia en bioética en las áreas de genética y psicoanálisis.

**XAVIER IBARZABAL ARRAMBERRI.** Nace en España. Médico Internista, en el área de geriatría, de la Fundación Matía de San Sebastián. Obtiene el título de Magister en Bioética en la Universidad Complutense de Madrid. Es miembro del CEA en el Hospital Donostia de San Sebastián y miembro de la Sociedad Vascongada de Amigos del País. En la actualidad publica en la revista de dicha sociedad temas de historia médica vasca y ética de los siglos XX y XXI.

**WILLARD GAYLIN.** Obtuvo el título de B.A. (Bachelor of Arts), en 1947, en Harvard University, de M.D. (Medical Doctor), en la Western Reserve University, en 1951, y de psicoanalista en Columbia University, donde fue miembro de la facultad de medicina en 1956. Ejerce la psiquiatría y el psicoanálisis; es cofundador y presidente del Hastings Center. Algunas de sus publicaciones son: Adam and Eve and Pinocchio: On Being and Becoming Human (1990); The Male Ego (1992); and The Perversion of Autonomy: The Proper Uses of Coercion and Constraints in a Liberal Society (1996).



---

# DECLARACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LA CLONACIÓN HUMANA\*

---

## La Asamblea General,

Recordando su resolución 53/152 del 9 de diciembre de 1998, en la que hizo suya la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos,

Aprueba la Declaración de las Naciones Unidas sobre la Clonación Humana que figura en el anexo de la presente resolución,

Guiándose por los propósitos y principios de la Carta de las Naciones Unidas,

Recordando la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos, aprobada por la Conferencia General de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, el 11 de noviembre de 1997, y en particular su artículo 11, según el cual no deben permitirse las prácticas que sean contrarias a la dignidad humana, como la clonación con fines de reproducción de seres humanos,

Recordando también su resolución 53/152, del 9 de diciembre de 1998, en la que hizo suya la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos,

Consciente de los problemas éticos que algunas aplicaciones de las ciencias biológicas en rápida evolución pueden plantear

con respecto a la dignidad del género humano, los derechos humanos y las libertades fundamentales de la persona,

Reafirmando que la aplicación de las ciencias biológicas debe tratar de mitigar los sufrimientos y mejorar la salud de la persona y la especie humana en general,

Haciendo hincapié en que el avance científico y técnico de las ciencias biológicas debe promoverse salvaguardando el respeto de los derechos humanos y el beneficio de todos,

Consciente de los graves peligros médicos, físicos, psicológicos y sociales que la clonación humana puede entrañar para quienes participan en ella, y consciente también de la necesidad de impedir la explotación de la mujer,

Convencida de la urgente necesidad de prevenir los posibles peligros de la clonación humana para la dignidad humana,

Declara solemnemente lo siguiente:

- a) Los Estados Miembros habrán de adoptar todas las medidas necesarias para proteger adecuadamente la vida humana en la aplicación de las ciencias biológicas;
- b) Los Estados Miembros habrán de prohibir todas las formas de clonación humana en la medida en que sean incompatibles con la dignidad humana y la protección de la vida humana;

---

\* Organización de las Naciones Unidas (ONU), 1998.



- c) Los Estados Miembros habrán de adoptar además las medidas necesarias a fin de prohibir la aplicación de las técnicas de ingeniería genética que puedan ser contrarias a la dignidad humana;
- d) Los Estados Miembros habrán de adoptar medidas para impedir la explotación de la mujer en la aplicación de las ciencias biológicas;
- e) Los Estados Miembros habrán también de promulgar y aplicar sin demora la legislación nacional para poner en práctica los apartados a) a d);
- f) Los Estados Miembros habrán además de tener en cuenta, en su financiación de la investigación médica, incluidas las ciencias biológicas, cuestiones acuciantes de alcance mundial como el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria, que afectan particularmente a los países en desarrollo.



---

# LIBERTAD, COERCIÓN Y MORAL DE SENTIDO COMÚN\*

---

Willard Gaylin y Bruce Jennings\*\*

Traducción de Paula Prieto Martínez

## RESUMEN

Es frecuente afirmar que la cultura actual en Occidente es «la cultura de la libertad». Tenemos suficientes elementos para estar de acuerdo con esta creencia. Sin embargo, también podemos pensar que hemos ido muy lejos en este camino, como resultado hemos perdido la comprensión adecuada de lo que es la libertad y la autonomía.

La idea de autonomía que prevalece en Estados Unidos ha llevado a la gente a tener una conducta extraña, irracional y autodestructiva. En otras palabras, la naturaleza moral de estos conceptos ha sido mal entendida. Como una típica paradoja nuestra idea de respetar la libertad individual podría conducirnos a hacer daño a los demás. Este artículo nos ofrece algunas respuestas relevantes al respecto.

Por ejemplo, identificamos la libertad con la autonomía y luego promovemos la peor forma de entender la autonomía. Como consecuencia, por una parte, vivimos en una sociedad individualista y egoísta, y por otra, la responsabilidad social compartida y la solidaridad están amenazadas.

Aunque todos desean una autonomía total, deberíamos aceptar la necesidad de revisar el concepto de libertad y autonomía que ha sido aceptado y practicado.

## ABSTRACT

It is frequent to affirm that western current culture is «the culture of freedom». We have enough clues for being in agreement with this belief. However, we can also suspect that we have gone far away in this path and, as a result, we have lost an adequate comprehension on what freedom and autonomy are.

The prevailed American idea on autonomy has led people to behave in a strange, irrational and self destructive way. In other words, we have misunderstood the moral nature of these concepts. As a typical paradox, our idea of respecting for the personal liberty of the individual would be able to conduct us to inflict damage to others. On how this is possible, this article would try to give some relevant answers.

For example, we have transformed freedom into autonomy, after we started to promote the darkest idea about what autonomy is. As a consequence, on the one hand, we live now in an individualistic and selfish society and, on the other hand, shared social responsibility and solidarity are threatened.

Although everybody wants to be totally autonomous, we should accept that it is necessary to revise the conception of freedom and autonomy which we have been accepting and practicing.

---

\* Tomado del libro: *The Perversion of Autonomy. Coercion and constraints in a liberal society*, de Willard Gaylin and Bruce Jennings. Primer capítulo, Parte II, Georgetown University Press, Washington, D.C. 2003, pp. 1-23. La Parte I fue publicada en *Selecciones de Bioética* Nº 10.

---

\*\* Ver reseña biográfica en las páginas 5 y 6.

## Moral de sentido común y los límites de la autonomía

La libertad y la coerción han sido los temas centrales de preocupación para los dos autores a través de su trabajo en el Hastings Center, un instituto de investigación privado que estudia temas éticos y sociales relacionados con la medicina y la biología fundado en 1969. Un punto de encuentro para filósofos, sociólogos, abogados constitucionalistas y penalistas, médicos, biólogos, teólogos y otros cuya preocupación era, y sigue siendo, los dilemas éticos que surgen del rápido desarrollo de las tecnologías tanto en biología como en medicina. Estos adelantos sugieren que pronto aparecerán tópicos sin precedentes, incluyendo la definición de la muerte, bebés probetas, ingeniería genética, transplantes de órganos, control del comportamiento humano y su modificación, control demográfico, suicidio y el derecho a morir. Estos temas demandarán unas nuevas consideraciones sobre principios morales “anticuados” y no cumplidos.

Para aterrizar nuestro esfuerzo interdisciplinario en lo que se ha llamado bioética, uno de los primeros grupos de investigación que se organizó en el Hastings Center se propuso trabajar sobre el tema de la libertad y la coerción. Nosotros anticipamos con acierto que este tema sería clave para futuros debates en la ética médica.

Pero el contexto y el tiempo de nuestro inicio fueron importantes. A finales de los años sesenta, el concepto de libertad estaba en la mente de todos. Los Estados Unidos estaban peleando una guerra infeliz que volvía trizas la sociedad y levantaba preguntas críticas acerca del propósito

nacional. Los jóvenes estaban enfrentados a los viejos, los ricos a los pobres, todos en nombre de la “libertad” y la “democracia”, una postura familiar para los norteamericanos.

Estábamos en guerra contra el demonio totalitarista del mundo comunista represivo y coercitivo. Muchos de nosotros percibíamos la libertad en términos del individuo aislado que protegía su sagrada autonomía, contra la tiranía de un estado opresivo, representado en la emblemática imagen del héroe solitario en la Plaza de Tiananmen sacrificando su cuerpo y su vida al paso de una columna de tanques.

Claro que la coerción también estaba siendo introducida en el tejido de nuestra sociedad. Amparados por la ley, la sociedad también obliga a los niños a ser vacunados contra las enfermedades infecciosas de la niñez. Obliga a los niños a asistir al colegio. Obliga a los trabajadores a ahorrar parte de sus salarios de acuerdo con las condiciones impuestas por el Acta de Seguridad Social. La ley obliga a las personas a tomar clases de conducción y luego a usar cinturones de seguridad o cascos protectores. Y la sociedad obliga a la gente, a través del reclutamiento, a arriesgar sus vidas prestando servicio militar a su país.

Quizás esto explica, en parte, la reacción contra el servicio militar obligatorio durante una guerra impopular que hizo que los norteamericanos perdieran de vista aquellos requerimientos obligatorios justificados, incluyendo el servicio social y las limitaciones de la búsqueda de los intereses particulares, que son esenciales en una sociedad libre y liberal. En este momento, los rasgos de coerción del patrón



libertario de los años sesenta estaban perdidos, hasta tal punto, que dejaron de ser identificados por lo que ellos eran. Si esta era la “libertad” por la cual peleábamos en las selvas del sureste asiático, entonces sería esta la “libertad” por la cual peleábamos -como venganza- en los Estados Unidos, a finales de los años sesenta y principios de los setenta.

El Hastings Center fue creado, no para pelear esta batalla, sino para examinar la sociología, la psicología y la moralidad de la salud y de la enfermedad. Los sitios en los que se libran estas batallas no son la calle o la cárcel, sino las casas y los hospitales. El adversario no es el estado poderoso contra el individuo acosado; los conflictos, si esa es la palabra apropiada, son entre la madre y la hija, el médico y el paciente, el hospital y el médico y, sobre todo, entre los privilegios de los ricos frente a las necesidades de los indigentes.

El concepto de autonomía, significa en esencia que uno hace sus propias reglas y toma sus propias decisiones. ¿Pero el anciano, el demente o el drogadicto representan el verdadero yo, la persona real? Aunque la autonomía y la libertad están relacionadas, tienen diferentes implicaciones, y sus ideas se enfrentan en distintas plazas. Las consecuencias de estas diferencias son enormes.

Consideremos el siguiente ejemplo. Hace muchos años, asistimos a una conferencia de trabajo sobre las implicaciones éticas y políticas del uso del Norplant. El Norplant es un sistema de anticoncepción a largo plazo que consiste en la inserción quirúrgica de unas pequeñas barras que contienen una hormona de liberación lenta, debajo de la piel del brazo de la

mujer. Este sistema permite la liberación continuada de pequeñas dosis de un progestágeno en el cuerpo femenino, (levonorgestrel) que previene hasta por cinco años los embarazos. Estas barras pueden quitarse en cualquier momento, pero insertarlas y removerlas implica un pequeño procedimiento quirúrgico. El Norplant fue diseñado por sus productores como un método seguro y efectivo para planificación familiar así como una forma de promocionar la libertad reproductiva de la mujer. Algunos no lo vieron de la misma manera.

El caso en discusión, en la conferencia, fue un experimento en Baltimore en el cual se quería ofrecer el Norplant en una clínica de salud reproductiva del estado, localizada en un colegio de bachillerato. Al colegio escogido para ser piloto de este programa asistían especialmente estudiantes afroamericanas. Un grupo de niñas del bachillerato —con la aprobación de sus familias y con la cooperación de los administradores del colegio— habían manifestado su deseo de usar este sistema. Sin embargo, ellas fueron criticadas por una coalición de pastores afroamericanos y otros líderes comunales que decían que las niñas habían sido “intimidadas” y “coaccionadas” para tomar esta decisión. Estos ministros opinaban que la “comunidad” no había sido incluida en forma apropiada. Empezaron, entonces, a atacar el proyecto Norplant, calificándolo de “racista”, “genocida”, “experimentación en seres humanos”, y “coercitivo”; un atropello a la “libertad” y a la “autonomía” de las jóvenes. Este ataque efectivamente hundió el programa.

Las conversaciones en la mesa de la conferencia fueron caldeadas y revelaron algo

importante sobre la forma y el tenor del discurso actual de nuestro público referente a la autonomía. Los participantes eran en su mayoría mujeres, conocedoras del lenguaje de la reproducción femenina o veteranas en la lucha por la libertad reproductiva de la mujer. Estas mismas mujeres argumentaban, en los interminables debates públicos sobre el aborto, que la decisión de una mujer embarazada sobre su propio cuerpo era de ella y solamente de ella. No de su esposo, no de su novio, no de sus padres, no de su asesor espiritual y ciertamente no de su comunidad. Para nuestra sorpresa, estas mismas mujeres tomaron una posición diferente respecto al caso del Norplant. Se opusieron al programa del departamento de salud de Baltimore aliándose con los líderes comunitarios.

Muchas de estas mujeres -en defensa sólo de la autonomía- trabajaron en una forma activa contra el Acta de Libertad de Elección (en inglés, *Freedom of Choice Act*, *FOCA*) que hubiera garantizado a la mujer el derecho legal al aborto por pedido de la interesada porque la única acta entonces aceptada era un compromiso que incluía una espera de veinticuatro a cuarenta y ocho horas y alguna forma de consentimiento paterno, o las dos alternativas. El noventa y nueve por ciento de ellas abandonaron el programa en aras de defender la inviolabilidad de su principio de autonomía. Esta fue una decisión política por la cual ellas deben responder.

Estas mismas mujeres que estaban totalmente comprometidas con “la autonomía sin restricciones” en el caso del aborto, parecían perder su fervor por la autonomía en el debate sobre el Norplant y comenzaron, sin congruencia, a usar el lenguaje de beneficencia y paternalismo.

Luego propusieron restricciones a los servicios que ofrecía el proyecto Norplant, los que ellas mismas consideraban tan ofensivos como si la palabra aborto hubiera sido cambiada por Norplant. Reaccionando a esta argumentación, alguien tuvo la osadía de recordar a las participantes que pronto serían confrontadas por las iniciativas del gobierno para definir el derecho al aborto, si la protección nacional fuera revocada por el Congreso o por la Corte Suprema. “¿Están ustedes proponiendo, se les preguntó, que un aborto es algo trivial, un método menos definitivo o invasivo que la implantación del Norplant?” No, no lo es. “¿Quieren ustedes que estas mismas guías se adopten para el aborto?” Ciertamente no lo hubieran querido.

Las participantes quedaron atrapadas en las contradicciones de su propia postura. Ellas visualizaron el programa de Baltimore como una intromisión en la libertad de estas adolescentes, representada en “el atropello coercitivo de sus derechos autónomos”. Cuando se resaltó que nada había sido impuesto de forma obligatoria por el gobierno o por la ley, sino que el Norplant sería usado solo voluntariamente, las participantes manifestaron incredulidad ante los métodos “educativos” que fueron usados. Aún el argumento “persuasivo” fue definido como coercitivo y no educativo. Los potenciales abusos de poder y de autoridad, que son solamente evidentes en el tratamiento histórico de los grupos minoritarios, sesgaron todo el debate.

Al día siguiente de este encuentro, una sana dosis de moralidad de sentido común fue introducida en el debate por la entonces, Cirujana General de los Estados Unidos, la doctora Joycelyn Elders, (este cargo



equivale al Ministro de Protección Social de Colombia). La doctora Elders argumentó que las jóvenes con un embarazo no deseado estaban en una condición de esclavitud: “Si eres pobre e ignorante, con un niño, eres un esclava. Esto significa que nunca vas a salir de esta situación. Estas mujeres están ligadas a una clase de esclavitud que ni la Decimotercera Enmienda de la Constitución fue capaz de manejar” (7).

La doctora Elders, que no es filósofa, pero sí una mujer médica afroamericana, con sabiduría y compasión declaró que las madres adolescentes son privadas de su libertad como ciudadanas norteamericanas. La doctora Elders apoyó el uso del Norplant como un factor *liberador* de la verdadera “esclavitud” del embarazo en las adolescentes.

Para los principiantes, el sentido común de la doctora Elders podría terminar la discusión. ¿Cómo se podría, con dos, tres o cuatro embarazos no deseados durante la época que se supone se debe estar aprendiendo geografía, historia y aritmética básica, enfrentar la vida adulta como un individuo autónomo? Para las adolescentes, la “libertad” de embarazarse las guiaría inevitablemente a una limitación de su autonomía. Aquí vemos la terrible confusión que existe cuando no se define claramente la autonomía, cuando la libertad se define de muchas maneras y cuando entre las dos no hay diferencia.

El supuesto de que “quedar embarazada” es una decisión libre tomada por una adolescente, es solamente un supuesto contra el cual confrontaremos nuestras definiciones de libertad y coerción, un problema filosófico y psicológico, que ha confundido el debate nacional en muchas más áreas

que aquellas referentes solamente a la del embarazo. Vale la pena examinar las contradicciones.

El compromiso de la sociedad por la autonomía y la libertad —aún las definiciones de derechos, paternalismo, coerción, elección— parece fluctuar de acuerdo con la agenda política. Aunque las prioridades con frecuencia pueden cambiar, las definiciones no deberían variar según la necesidad política. Debemos conocer, si no dónde estamos parados, al menos, de qué estamos hablando.

### La motivación humana y los límites de la educación

Una de las cosas más asombrosas de los debates políticos en la actualidad sobre autonomía y coerción es la ingenua suposición sobre la racionalidad y la motivación humana. La psicología, ya sea que se base en la corriente conductista o en su diametralmente opuesta y antagonista corriente freudiana (o en cualquiera de las ramificaciones de estas dos corrientes dominantes) considera pocos actos de la conducta como elecciones totalmente racionales. Por el contrario, la psicología moderna, basada en las motivaciones, tiende a considerar la mayor parte del comportamiento humano como algo “condicionado” o “determinado inconscientemente” como consecuencia o producto de las experiencias de cada uno, que tiende a responder a ciertos estímulos de forma automática y no selectiva.

Este comportamiento poco reflexivo actúa con efectividad y es un sustituto de los instintos de los animales inferiores. Supongamos, por ejemplo, tres hombres enfren-

tados al mismo atracador. Todos responden de diferente manera: uno huye, otro se paraliza de miedo y otro ataca al maleante. Estas respuestas tan diferentes no se pueden explicar con una base racional. Por el contrario, se evidencian respuestas automáticas y diferentes al mismo estímulo operando ante diferentes percepciones, conciencias y caracteres; en una palabra, una persona diferente cuyos comportamientos y valores han sido moldeados por sus experiencias pasadas, de las cuales en general no es consciente.

El comportamiento que se establece en los primeros años de vida, se hace de manera rígida y es extraordinariamente difícil de cambiar años más tarde. En términos de conducta moral y de comportamiento social, en el momento que empieza la escolaridad de un niño promedio, ya hemos desperdiciado nuestra más valiosa oportunidad de moldear su comportamiento: los primeros cuatro años de vida.

Algunos de los comportamientos condicionados en estos primeros cuatro años tendrán la rigidez del instinto, forzando al adulto joven hacia ciertos patrones de comportamiento predeterminados, sea para bien o para mal. Este proceso limita la “libertad” o la autonomía de un individuo al tomar muchas decisiones que normalmente se perciben como autodeterminadas en su totalidad. A veces, de hecho, nosotros mismos nos asombramos por la irracionalidad de nuestras propias “decisiones”. La resistencia impulsiva y emocional de un hombre o una mujer inteligentes y maduros ante las exigencias de un atracador que quiere robarles su dinero, generalmente se reconoce -aún por la misma víctima- como “estúpida”. Sin embargo, ciertas lecciones aprendidas durante la infancia pue-

den llevar a comportamientos impulsivos que producen acciones aún autodestructivas.

Esto no quiere decir que los psicólogos tengan todas las respuestas. El determinismo físico ha sido involucrado de manera importante, abandonando los componentes esenciales de la autonomía que son parte de la condición humana. Los principios de un individuo libre, aunque sea relativamente libre, constituyen el fundamento de las nociones de deber, obligación y responsabilidad que son aspectos esenciales de la vida en una sociedad libre.

Para ejercer adecuadamente nuestra libertad, puede que necesitemos ser “forzados a ser libres” como lo indicó Rousseau. Debemos garantizar las condiciones únicas de cuidado en la infancia que pueden asegurar el desarrollo de la conciencia, de la capacidad de sentir culpa y vergüenza, de sentir empatía y generosidad, de ayuda y de identificación, en otras palabras, asegurar el desarrollo de una sensibilidad moral.

### Fuentes de auto-control

La gente tiende a aferrarse a su deseo de ser totalmente autónoma. Para serlo, con frecuencia asumen algunos supuestos falsos y peligrosos acerca de su propio comportamiento. Niegan el poder de las influencias emocionales sobre ellos mismos, viéndose, o siendo vistos por otros, como seres humanos “racionales”. Prefieren ver sus fallas e incapacidades como impuestas desde afuera, la falla puede estar en las estrellas pero no dentro de nosotros, mientras que sí aceptan todo el crédito de su éxito o sea el haber hecho las elec-





ciones correctas. La gente está siempre más alerta ante los peligros impuestos por otros -ya sea por la fuerza o por manipulación- que ante los peligros que emergen de su comportamiento autodeterminado.

Tomemos un ejemplo de los años sesenta. Emergían profundas ansiedades, luego convertidas en una cruzada política, acerca de los efectos de nuevas tecnologías sobre la neurobiología del comportamiento. Estas tecnologías, con su presumida capacidad de manipular grandes poblaciones de seres humanos, introdujeron la posibilidad de un nuevo y aterrador ataque a la autonomía humana y a la libertad política. La propaganda subliminal podía alcanzar y manipular profundamente nuestro inconsciente. La psicocirugía podía crear una clase de robots humanos, una idea cuya implementación fue considerada con seriedad por muchos de aquellos que se veían a sí mismos como seres racionales.

En la comunidad científica comenzó un serio debate en esta área con la investigación del doctor José Delgado (8). Colocando electrodos en el cerebro de animales, el doctor Delgado demostró su capacidad de controlar el comportamiento más violento y activo. Actuando como una estrella de cine, mostró que sosteniendo el adecuado instrumento de control en su mano, él podía cambiar el comportamiento de un toro. El doctor Delgado y su toro fueron los protagonistas en todas las revistas del momento.

En consecuencia, la posibilidad de implantar electrodos como una forma para controlar el comportamiento humano, fue introducida -no sólo por histéricos, ingenuos o políticos en busca de una justificación- por el mismo doctor Delgado.

Prometió un futuro dorado en el cual él podía controlar problemas graves como "la promiscuidad en niñas jóvenes" mediante el control eléctrico del cerebro humano. Este doctor podría haber pasado de forma desapercibida si no fuera porque un grupo de eminentes, pero confundidos, neurólogos, psiquiatras y neurocirujanos del Colegio Médico de Harvard, se involucraron en lo que él empezó. Para llamar la atención sobre su legítima investigación acerca de la epilepsia del lóbulo temporal, un campo poco elegante, los investigadores de Harvard concluyeron que si ellos podían generalizar el control médico, y de allí, sobre el control social, podían haber ganado la lotería.

La epilepsia del lóbulo temporal tiene como uno de sus síntomas (a diferencia de las convulsiones asociadas con la epilepsia tipo gran mal) la capacidad de presentar estados de rabia irracionales. Los investigadores de Harvard decidieron que podía ser propicio ligar su investigación con el descontento social generado por la guerra de Vietnam. En el prefacio de un libro dirigido al público en general, asociaron el potencial de su investigación sobre epilepsia con el control de las revueltas locales en las ciudades norteamericanas, en especial en Detroit, hecho que los llevó al descrédito (9).

Además, en la psiquiatría de esa época era considerada como opción terapéutica la lobotomía prefrontal y la psicocirugía. La lobotomía prefrontal era un procedimiento quirúrgico aterrador y del cual se abusó para tratar de controlar el comportamiento, primero de los pacientes sicóticos no controlados, y luego, para manejar algunos pacientes no tan enfermos. Con el tiem-



po nos hemos dado cuenta que la lobotomía prefrontal no era ni buena ni mala, como se creía. En esos momentos, sin embargo, era un foco natural contra la ansiedad antiautoritaria, y se convirtió en un tema dramático para obras polémicas de teatro. “Suddenly Last Summer” y “One Flew Over the Cuckoo’s Nest” fueron sólo dos de los trabajos populares que aterrizaron al público.

El público norteamericano tiene una tendencia peligrosa a maximizar la amenaza de las intervenciones de alta tecnología (electrodos) y de subestimar los efectos de tecnología “menos importante”, como la televisión. Este fenómeno ha sido rotulado por Willard Gaylin como el “Factor Frankenstein” (10). La diferencia mayor entre implantar un electrodo en el cerebro e implantar una idea es, que en general, es más fácil retirar el electrodo. El peligro real de la manipulación de valores y del control de comportamientos, tanto antes como ahora, radica en las más de sesenta horas que un niño promedio de cuatro años ve televisión durante una semana. Es más fácil preocuparse por los electrodos, psicocirugía y otros terrores impuestos externamente que preocuparse por la educación pre-escolar, por la estructura familiar (o la falta de ella) o por la responsabilidad familiar en el control de la programación en el cine y la televisión.

Como individuos, nuestro sentido de valía y de poder esta tan ligado a nuestra necesidad de vernos como agentes libres y autónomos, que hacemos esfuerzos extremos, para proteger este mito. Desafortunadamente, extendemos esta distorsión narcisista más allá del individuo y pretendemos incluirla en el diseño de nuestras instituciones de educación y gobierno.

Estamos tan asustados por la beneficencia comunitaria, tan protectora de nuestros derechos individuales y somos tan terca-mente libertarios, que preferimos hacer lo que está destinado a fallar aún cuando peligre la vida en vez de arriesgarnos ante cualquier ataque a la autonomía. Preferimos “educar” a la gente, como si existiera algún misterio sobre la transmisión del SIDA, sobre cómo nacen los bebés, sobre cómo se contrae el cáncer pulmonar o sobre cómo matan las balas.

Consideremos el siguiente artículo que fue publicado en el verano de 1994, en el New York Times:

“Los auditores federales ven que el nuevo programa gubernamental que distribuye gratis vacunas a millones de niños está lleno de serios problemas, está atrasado en el cronograma y probablemente no va a aumentar los niveles de inmunización. Es más, los auditores tienen dudas sobre una premisa fundamental del programa: que el costo de la vacuna es la mayor razón por la cual los niños de preescolar no han recibido las dosis que necesitan para protegerse contra enfermedades como parotiditis, sarampión y polio. El Presidente Clinton convenció al Congreso para que estableciera el programa en su primer año de gobierno argumentando que los fabricantes de la vacuna “estaban obteniendo ganancias a expensas de nuestros niños”. Pero un reporte de los auditores de la Oficina General de Presupuesto indicó claramente que “el costo de la vacuna no es una barrera importante” para la inmunización de los niños. De hecho, el reporte establece, que la mayoría de los niños que no están vacunados “son los candidatos para recibir la vacuna gratis en este sistema actual” (11).



Los empleados oficiales quieren creer que los padres son racionales y lógicos. Ellos creen que si hay algo esencial para la seguridad y la salud de los niños que sea accesible y además gratis, los padres lo obtendrán rápidamente. Por consiguiente, asumieron que lo único que se necesitaba era informar a la población sobre su disponibilidad gratuita y que los padres aprovecharían esa oportunidad.

Es algo inmoral gastar millones, peor aún, cientos de millones de dólares en programas para “educar” a la gente para que cambie su comportamiento, cuando sabemos que lo que se necesita es intimidación o coerción.

El comportamiento humano no es tan simple o tan racional como los políticos esperan. Esta realidad tuvo que descubrirse y redescubrirse por un periodo de treinta años, primero, en un distrito político y después en los otros. Hace más de veinte años, la ciudad de Nueva York, reconoció que la mayoría de los niños de Harlem y de otros vecindarios marginados no se habían vacunado contra el polio. La distribución gratis de la vacuna ya era un hecho.

Se estimó prudente reunir a un grupo de expertos para que se discutiera la manera de manejar esta crisis. La primera “solución” ofrecida fue la de negar el problema. En ese momento, algunas personas asumieron honestamente que el virus del polio había desaparecido de los Estados Unidos y que la falta de vacunación no era una amenaza para los niños. Sin embargo, a los pocos meses de esa reunión, se presentaron los primeros casos de polio después de varias décadas. Afortunadamente aparecieron en una comunidad pudiente de Connecticut donde la mayoría de los

niños habían sido vacunados, así, la amenaza de propagación fue mínima.

Estos casos forzaron a la comunidad sanitaria a considerar nuevas formas de abordar la problemática de la vacunación. Era esencial que los niños de Harlem estuvieran protegidos. Debido a que la capacidad de planear el futuro generalmente es un lujo de los pudientes, ya que los pobres están preocupados por sobrevivir el día a día, la comunidad sanitaria no podía depender de la voluntad de la población. Se decidió que se debía usar otro método, ya fuera uno que motivara -como pagar a los padres para que llevaran a sus hijos a vacunar- o coercitivo. Este último, con gran reticencia, se convirtió en el elegido. No se permitió que ningún niño entrara al jardín infantil si no tenía la vacuna contra el polio y como la escolaridad pública es obligatoria, los padres podían ser penalizados. Este método resultó simple y efectivo. Esta medida coercitiva permitió que los niños crecieran con “la libertad” de no ser paralíticos y con una mínima intromisión en su “autonomía”.

Evitar la coerción cuando es lo único que puede funcionar no promueve ni la libertad personal ni el bien común. Aferrarse al mito de una autonomía pura y racional, aún a costa de las vidas de los niños, puede considerarse como un comportamiento inmoral (12). ¿Y qué decir sobre otros medios impopulares para influir en el comportamiento sin coerción?

Regresemos al ejemplo inicial: si, como la doctora Elders, vemos el embarazo de las adolescentes como una forma de esclavitud, ¿estamos autorizados para animar a estas niñas a usar anticonceptivos? ¿Y qué significa *animar*? ¿Se nos permitirá “atraerlas”

hacia esta práctica? ¿Y qué significa *atraer*? ¿Podemos *seducirlas*? ¿*Inducirlas*? ¿*Persuadirlas*? ¿*Manipularlas*? ¿*Intimidarlas*? ¿O aún *coaccionarlas* bajo ciertas condiciones? Esta frecuente superposición de términos requiere un análisis más profundo.

En una sociedad pluralista, estamos obligados a estar alerta y a reexaminar los principios que se establecieron cuando nuestra sociedad era más homogénea. Aun así, siempre habrá áreas de control social legítimas que se moverán entre la inducción y la coerción: apoyando niños; protegiendo niños; protegiendo los indefensos; protegiendo la sociedad y promoviendo valores sociales como la beneficencia, la responsabilidad compartida y la ayuda mutua; y finalmente, protegiendo el medio ambiente.

Hay muchas contradicciones y paradojas inherentes a nuestro trabajo, un poco rígido y sin compromiso respecto a la autonomía personal. La autonomía se ha convertido en un obstáculo para otras dimensiones de la libertad. El énfasis en la autonomía ha llevado a un entendimiento parcializado y derrotista de la libertad. La cruzada libertaria para proteger la autonomía de todos, ha llevado a limitar las políticas sociales y las interacciones en la vida diaria violando el sentido común y las intuiciones morales ordinarias. Hasta ahora solamente la salud vence esporádicamente a la autonomía. Se nos permite prohibir fumar aún en espacios abiertos pero no podemos controlar la distribución de armas automáticas.

La creciente influencia y aplicación de la idea de autonomía no se ve sólo en artículos y libros de teóricos políticos y filóso-

fos sociales. Ha permeado los pensamientos, los sentimientos, las esperanzas y las preocupaciones de todas nuestras formas de ver y de vivir la vida. Está en la base de la creciente paranoia no sólo de las minorías más desprotegidas sino de la clase media blanca, la clase media norteamericana que se une a milicias y practica maniobras bélicas para proteger su libertad. Una cultura de la autonomía, no es la base sostenible para una vida de libertad rica y moralmente satisfactoria. Los lineamientos políticos norteamericanos no han sido siempre como lo son ahora. Las constricciones deliberadas a la autonomía y ciertos usos de coerción estaban en el interior de la agenda liberal desde el Nuevo Trato hasta la Gran Sociedad. La naturaleza obligatoria de muchos de nuestros programas de subsidio social durante los últimos cincuenta años, ahora aceptados como piedras angulares de una sociedad libre, fueron criticados en su momento, por los conservadores, como francamente coercitivos. Consideraron como “erosiones de nuestra autonomía” a la seguridad social, al Medicare y a la educación pública.

Por consiguiente, es probable que cualquier ataque a un concepto tan reverenciado de autonomía pueda generar polémica tanto de franjas de derecha como de izquierda. Sin embargo, pretendemos acercarnos críticamente al entendimiento del concepto de libertad por parte de los norteamericanos y ofrecer un análisis del creciente giro relativista de orden libertario y moral que nuestra cultura está dando. Para hacer esto, debemos examinar la sabiduría y los efectos sociales del aumento del dominio de la autonomía, como el imperativo moral en la argumentación pública.



El imperialismo y la arrogancia de la autonomía deben frenarse. Se deben recordar y recuperar otras dimensiones de la libertad. Este trabajo nos dará unas mejores herramientas conceptuales para la argumentación política, para el consenso social y para la moral de sentido común. Y nos enseñará una lección, muy necesaria, sobre los usos adecuados, es decir, moralmente justificados, de los controles sociales y la coerción en una sociedad libre.

Al escribir esto, tratamos de adoptar la postura de unos ciudadanos que se dirigen a otros ciudadanos en un espacio compartido de la comunidad política y moral. Muchos libros escritos hoy tienen la intención explícita de enfrentar la riqueza cultural contra enemigos ideológicos. Esta no es nuestra meta. Estamos más preocupados por la curación del cuerpo político que se encuentra ansioso a causa de una retórica elevada, con reclamaciones antagónicas y con el peligro de envenenar sus propias raíces y fundamentos a través del asalto a las instituciones cívicas que lo nutren. En aras de hacer un diagnóstico correcto y de encontrar el tratamiento adecuado, las conversaciones entre ciudadanos deben ser, primero que todo, sobre ideas fundamentales. Tratamos de demostrar que la libertad personal o la autonomía es el valor primordial en la Norteamérica de hoy.

Buena parte de la confusión que existe en la vida social en Norteamérica, puede volver a su lugar, una vez que entendamos el valor de esta idea de base. Hemos llegado

a esta conclusión después de más de quince años de trabajo compartido sobre temas éticos y sociales en el campo de la medicina, las ciencias biológicas y las políticas públicas. Hemos estado frecuentemente confundidos y preocupados por el discurso moral que escuchamos de nuestros amigos ciudadanos, y hemos tratado de entender qué es lo que estamos oyendo, de dónde viene, y cómo nuestro discurso público podría mejorar. Con estas metas en mente pretendemos cuestionar más que establecer ideologías. Creemos que esta clase de planteamiento es el que se debe tratar de hacer para aquellos ciudadanos que piden atención y reflexión por parte de sus colegas amigos.

## Referencias

7. Claudia Dreifus, "Joycelyn Elders," *Sunday New York Times Magazine*, 30 January 1994, 18.
8. José Delgado, *The Physical Control of the Mind*, New York: Harper and Row, 1969.
9. Vernon Mark and Frank Ervin, *Violence and the Brain*, New York: Harper and Row, 1970.
10. Willard Gaylin, "The Frankenstein Factor", *New England Journal of Medicine* 297, September 22, 1977: 665.
11. Robert Pear, "Serious Troubles are Found in Federal Vaccine Program", *New York Times*, 17 July 1994, 16.
12. Ibid.

"Debemos garantizar las condiciones únicas de cuidado en la infancia que pueden asegurar el desarrollo de la conciencia, de la capacidad de sentir culpa y vergüenza, de sentir empatía y generosidad, de ayuda y de identificación, en otras palabras, asegurar el desarrollo de una sensibilidad moral". WILLARD GAYLIN Y BRUCE JENNINGS

---

# CONFIDENCIALIDAD, LIBERTAD Y LOS DERECHOS DE LAS TERCERAS PERSONAS\*

---

Jorge José Ferrer\*\*

## RESUMEN

En este escrito el autor analiza algunas cuestiones relacionadas con la confidencialidad y con la limitación de la libertad como medida de salud pública. Presenta argumentos para admitir la licitud de una excepción a la obligación del secreto médico, en caso necesario, para salvaguardar el derecho a la vida y a la salud de una tercera persona, que no tiene razones para sospechar su exposición al VIH. Da a conocer una criteriología que justificaría la trasgresión de la norma general del secreto en esas circunstancias.

## ABSTRACT

In this paper the author analyzes some issues related with confidentiality and freedom limitations within public health policies. Regarding HIV cases, he argues in favor to disclose medical information if it is necessary to protect life and health of third vulnerable people. Some criteria are presented to justify specific overpassing medical confidentiality.

En esta ocasión vamos a hacer una reflexión sobre la relación conflictiva entre el *ethos* de la salud pública y el *ethos* de las libertades democráticas a través del examen de otras dos cuestiones que están íntimamente ligadas al test y sus resultados: la protección de la intimidad o confidencialidad de las personas seropositivas y la eventual restricción de su libertad como medida de salud pública. Son cuestiones arduas, en las que entran en juego

valores fundamentales e irrenunciables. Por una parte, la protección de la salud y la vida de los ciudadanos o de terceras personas, quizá desprevénidas. Por otra parte, están la intimidad y la libertad, valores también esenciales para una sociedad humana y democrática. ¿Dónde trazar la línea, para establecer el justo equilibrio capaz de salvaguardar los valores irrenunciables que están en juego? Esperamos que las reflexiones que siguen, elaboradas en diálogo con los que se han ocupado de estas cuestiones antes que nosotros, puedan contribuir a esclarecer un poco más estos delicados asuntos de bioética social.

---

\* Tomado del libro Sida y Bioética: de la Autonomía a la Justicia. Universidad Pontificia Comillas, Madrid, 1997, pp. 149-194.

\*\* Ver reseña biográfica en la página 6.



## 1. El test positivo, la confidencialidad y los derechos de la tercera persona

El quebrantamiento de la confidencialidad puede exponer a la persona portadora del VIH a numerosas discriminaciones, perjudiciales para sus derechos e intereses legítimos. La confidencialidad, en el caso de la infección con el VIH, se impone, en principio, como un deber moral que nos vincula de manera muy estricta. Sin embargo, la confidencialidad no es, como veremos en seguida, un valor absoluto que deba prevalecer siempre en caso de conflicto. En esta parte vamos a considerar tres situaciones de conflicto que se encuentran con frecuencia en la bibliografía que estudia los problemas éticos en torno a la infección con el VIH, pero antes vamos a revisar brevemente la doctrina tradicional sobre el secreto en la teología moral católica y en la tradición médica.

### 1.1 DOCTRINA TRADICIONAL SOBRE EL SECRETO<sup>1</sup>

Como señalamos ya en el párrafo precedente, la tradición moral católica elaboró una doctrina sobre el secreto, que conviene recordar en sus líneas generales<sup>2</sup>. Por

“secreto” se entiende, en términos generales, la prohibición moral de descubrir o revelar: a) hechos ocultos, cuya naturaleza exige que no se les divulgue; b) noticias o informaciones recibidas por canales confidenciales<sup>3</sup>. El dato que debe mantenerse oculto se conoce como *secreto objetivo* y la obligación de no revelarlo como *secreto subjetivo*<sup>4</sup>. Los teólogos han distinguido varias clases de secreto. Estas distinciones clásicas tienen relevancia a la hora de determinar el grado de obligación con la que nos vincula un determinado secreto. En general, se admite que cada uno de estos tipos de secreto obliga con una fuerza mayor que el precedente:

#### □ Secreto natural

Se llama secreto natural al que nos obliga en virtud de la naturaleza misma del hecho o noticia conocida. Así, por ejemplo, si llego a conocer, aunque sea por casualidad, los defectos o pecados ocultos de una persona, estoy obligado a guardar el secreto en virtud de la naturaleza misma de la información que he venido a poseer.

#### □ Secreto prometido

Hablamos de secreto prometido cuando la fuente de la obligación se encuentra en la promesa hecha de no revelar la confidencia recibida. Una vez que se ha manifestado la información, el interesado ha pedido y obtenido de quien la ha recibido la promesa de guardar la confidencia. Si se trata de datos que por su misma naturaleza imponen la obligación del secreto, el receptor de la información se encuentra ante una doble vinculación moral.

- 1 El término tradicional en castellano para hablar de la protección de la intimidad es “secreto”. El término “confidencialidad” es nuevo en la lengua española y nos ha llegado a través del inglés “*confidentiality*”. No obstante, “confidencialidad” es una palabra de raíz latina y el español ha conocido de siempre otros términos afines como “confidencia”, no vemos, por tanto, por qué no adoptarla en nuestra lengua.
- 2 Tomamos la doctrina sobre el secreto de: M. Cuyás, “Diritto alla intimità e diritto alla verità”, en P. Catorini (ed.), *AIDS e segretezza professionale*, Padova, Liviana Editrice, 1989, 5-16; L. Padovese, “Segreto”, F. Compagnoni, G. Piana y S. Privitera (ed.), *Nuevo dizionario di teologia morale*, Cinisello Balsamo (Milano). Edizione Paoline, 1990, 1205-1212.

3 L. Padovese, *Segreto*, 1205.

4 M. Cuyás, *Diritto all'intimità...*, 6.



### □ **Secreto pactado (o secreto confiado)**

Media un previo acuerdo o promesa, implícita o explícita, de guardar el secreto. Es decir, la promesa o pacto de guardar la confidencia ha precedido el acto mismo de la manifestación y probablemente ha sido la condición preliminar de la misma. Dentro de esta clasificación se pueden dar diversas hipótesis, que van desde las confidencias entre amigos íntimos hasta el *secreto profesional*, que nos interesa de manera particular en este contexto.

### □ **Secreto profesional**

Es la especie del secreto pactado que tiene por objeto las informaciones que se reciben en virtud del propio oficio. Obliga a los sacerdotes, médicos, abogados, psicoterapeutas, trabajadores sociales y a todos los profesionales que tienen acceso, en virtud de su oficio, a información confidencial sobre otras personas.

### □ **Secreto sacramental**

Los teólogos católicos colocan este secreto en un nivel distinto por su carácter sagrado y absoluto: Dios mismo es el destinatario de la confidencia, siendo el sacerdote un simple instrumento. En este contexto no nos ocuparemos del secreto sacramental<sup>5</sup>.

La fundamentación del deber de guardar el secreto es doble. El secreto se fundamenta, en primer lugar, en la dignidad de la persona humana, cuya intimidad debe ser respetada. Como dice Manuel Cuyás:

“El secreto es siempre una verdad... cuya revelación se viviría (p. ej., la viviría el sujeto afectado) como un atentado contra aquella parte de la propia identidad a la cual nos sentimos ligados como sujetos y que se quiere mantener oculta”<sup>6</sup>. En segundo lugar, la obligación de guardar el secreto se fundamenta también en el principio del bien común. La sociedad necesita garantizar a sus miembros el ámbito de intimidad necesario para que puedan abrirse y buscar ayuda, con amigos o con expertos, en las situaciones difíciles de sus vidas. Este interés social es particularmente evidente en el ámbito del secreto profesional en general y del secreto médico en particular<sup>7</sup>. A pesar de la importancia concedida tradicionalmente al secreto, los teólogos también han reconocido que la obligación de custodiarlo no es absoluta (excepto en el caso peculiar del secreto sacramental). Luciano Padovese nos recuerda que, según la tradición teológico-moral católica, la obligación de guardar el secreto cesaría si se da alguna de las siguientes situaciones: 1) la persona interesada permite la revelación; 2) la materia deja de ser secreta; 3) si un motivo adecuado justifica la violación del secreto:

6 M. Cuyás, *Diritto all'intimità...*, 6.

7 Cuando adoptamos el término clásico “secreto médico” no pretendemos sugerir que el deber de confidencialidad en el ámbito sanitario vincule única y exclusivamente a los médicos. Es un deber que vincula a todos los profesionales que toman parte en la empresa clínica: médicos, enfermeras, técnicos y también, cómo no, el personal administrativo. Es, según Cuyás, objeto del secreto médico, en sentido estricto, todo aquello y sólo aquello que se viene a conocer en el ejercicio de la propia profesión y por razón de ella y cuya revelación sería dañosa para el paciente. M. Cuyás, *Diritto all'intimità...*, 8-9. Cf. R. Prodomo, “Segreto professionale”, en S. Leone y S. Privitera, *Dizionario di bioetica*, Bologna / Acireale, Edizioni Dehoniane, Istituto Siciliano di Bioetica, 1994, 888-891.

5 Tomamos estas distinciones de M. Cuyás, *Diritto all'intimità...*, 6-7; L. Padovese, *Segreto*, 1206. Para profundizar en el contenido del secreto profesional en el ámbito sanitario, cf. J. Gafo, *Ética y legislación en enfermería*, Madrid, Editorial Universitaria, 1994, 59-77; E. López Azpitarte, *Ética y vida*, Madrid, Paulinas, 1990, 327-348.



“para evitar un inconveniente, un grave daño al bien común o a una tercera persona inocente o a la misma persona a quien el secreto ha sido confiado”<sup>8</sup>. Las posibles excepciones al secreto, a los deberes de confidencialidad, que vamos a tratar en las páginas que siguen entran dentro de esta tercera hipótesis. Sin embargo, cada posible excepción necesita ser examinada y justificada cuidadosamente. La presunción está a favor del secreto, porque las consecuencias de la violación pueden ser muy graves para las personas interesadas.

La ética secular también ha desarrollado una reflexión sobre el secreto –sobre la confidencialidad–, muy semejante a la doctrina elaborada en el seno de nuestra tradición teológico-moral. La obligación ética de los profesionales, y en particular de los sanitarios, que son los que nos interesan más en este contexto, suele justificarse tanto con argumentos deontológicos como con argumentos teleológicos. La fundamentación de índole deontológica puede recogerse, con Beauchamp y Childress, en dos argumentos: 1) respeto por la autonomía y el derecho a la intimidad de las personas y 2) los deberes de fidelidad a las promesas explícitas e implícitas<sup>9</sup>. Nótese que estos argumentos no difieren en esencia de los que hemos encontrado en la tradición teológica, si bien la cosmovisión sobre la que descansan es naturalmente diversa. También los teólogos hablan del derecho a la intimidad basado en la dignidad inalienable del ser humano, y de la obligación derivada de la promesa implícita o explícita que da lugar al secreto pactado.

El argumento teleológico o consecuencialista, favorecido sobre todo por los autores de orientación utilitarista, fundamenta el deber del secreto profesional en las consecuencias negativas que probablemente se seguirán de la revelación del secreto<sup>10</sup>. En ausencia de la garantía del secreto los pacientes no manifestarán a los médicos toda la información necesaria ni estarán dispuestos a someterse a todas las pruebas que el proceso diagnóstico puede requerir. Esta falta de franqueza en la relación médico-paciente repercutirá negativamente en el proceso terapéutico con resultados perjudiciales para el paciente individual y, a largo plazo, para la sociedad<sup>11</sup>. Grant Gillett formula el argumento consecuencialista, en el contexto del SIDA, de la siguiente manera:

Un médico utilitarista de reglas... puede argumentar que la confidencialidad es una piedra angular para una práctica exitosa en el caso del SIDA. La violación de la confidencialidad puede convertir a los pacientes en víctimas de la irracionalidad de un público poco educado, propenso a la caza de brujas de todo tipo. El diagnóstico y el tratamiento del SIDA y la consecuente protección del numeroso grupo de personas que tienen contacto con los individuos en tratamiento, depende de los pacientes que buscan asistencia médica, creyendo que la confidencialidad médica es inviolable. Si la confidencialidad se ve como un mero deber relativo, que el médico puede suspender o violar a discreción, disminuiría el número de personas que se presentan para diagnóstico y no recibirían el crucial asesoramiento acerca de la disminución del riesgo de transmisión. Esto causaría el sufrimiento y la muerte de un mayor número de personas. Puede que

8 L. Padovese, *Segreto*, 1206.

9 T. L. Beauchamp y J. F. Childress, *Principles...*, 418-429, especialmente 423-424.

10 M. J. Mills. G. Sullivan y S. Eth. “Protecting Third Parties: A Decade After Tarasoff”. *The American Journal of Psychiatry* 144, 1987, 69.

11 Cf. T. L. Beauchamp y J. F. Childress, *Principles...*, 422-423.



esto sea duro para unos pocos... pero el bien general sólo puede ser servido con una negativa decidida al abandono de los principios sólidos en tales situaciones<sup>12</sup>.

Aun sin ser utilitarista, se puede aceptar la seriedad de esta argumentación teleológica. En realidad, corresponde al segundo argumento teológico: el secreto médico como exigencia del bien común. También en el ámbito de la discusión filosófica se debate sobre las posibles excepciones del secreto médico. Aunque suele aceptarse que admite excepciones (algunas de ellas bien establecidas, con sólidos precedentes en la jurisprudencia), unos autores defienden la existencia de un deber absoluto. La existencia de ese deber absoluto se ha defendido, paradójicamente, con argumentos de índole consecuencialista. Examinemos más de cerca si se pueden admitir moralmente revelaciones del secreto médico para alertar a una tercera persona del peligro de exposición al VIH. En caso de poderse aceptar una excepción, será preciso especificar en qué circunstancias estaría moralmente justificada. Las excepciones a las reglas morales exigen siempre una cuidadosa justificación.

## 1.2 EL SECRETO MÉDICO Y LA NOTIFICACIÓN A UNA TERCERA PERSONA EN PELIGRO

En este apartado queremos considerar la violación del secreto médico para alertar a una tercera persona de su posible exposición al VIH. Nos fijamos en la hipótesis de la notificación al compañero sexual, que es probablemente la situación más frecuente en la práctica clínica. Supongamos el caso de un hombre casado que tiene esporádi-

cos encuentros homosexuales o que ha tenido una relación heterosexual extramarital mientras estaba en un viaje de negocios. Durante un reconocimiento médico se descubre que es portador de anticuerpos VIH. *¿Puede el médico avisar a la esposa de este hombre de su exposición al virus? ¿Debería, quizá, hacerlo?*<sup>13</sup>.

F. J. Elizari propone cuatro condiciones, que son necesarias y suficientes para justificar la revelación del secreto<sup>14</sup>:

### □ Negativa del contagiado a informar él mismo

El deber de revelar las circunstancias del contagio a su compañero o compañera sexual recae, en primer lugar, en la persona contagiada; la obligación del profesional sanitario no puede ser sino vicaria. El médico, con todo, ha de recordar al portador del VIH o al enfermo de SIDA la necesidad de informar a su compañero o compañera e igualmente ha de tratar de persuadirlo para que cumpla con este deber. A veces puede ser razonable ofrecerse él mismo a ayudarle en esta ingrata misión.

### □ Ausencia de razones para sospechar el peligro

Una eventual obligación del médico presupone una segunda condición, den-

13 Nos fijamos en el caso del compañero sexual y no del que comparte las agujas hipodérmicas por razones obvias: ordinariamente no se tiene un *partner* exclusivo –o pretendidamente exclusivo– para compartir las agujas. El que comparte las agujas con otras personas suele tener sobradas razones, al menos en zonas de alta prevalencia de infección, para sospechar que ha sido expuesto al VIH. Otro tanto puede decirse, por supuesto, del que tiene múltiples compañeros sexuales. Por otra parte, la situación que presentamos aquí no es insólita.

14 F. J. Elizari, "SIDA y secreto médico", *Moralia* 12, 1990, 65.

12 G. Gillett, "AIDS and Confidentiality", *Journal of Applied Philosophy* 4, 1987, 16.



tro de la que se pueden contemplar tres supuestos:

- Que el compañero o compañera sexual está ya contagiado (diagnosticado como tal);
- Que se encuentre en peligro por conductas de riesgo propias;
- Que tenga razones para sospechar el peligro que le acecha por conductas de riesgo de su pareja.

Si se da cualquiera de estos tres supuestos, el médico no tendría obligación alguna.

#### □ **Evaluar el peligro real de contagio**

El contagio sexual del VIH es muchísimo más difícil que el de otras enfermedades de transmisión sexual, pero el riesgo, más o menos bajo, es real y podría justificar la revelación del secreto.

#### □ **Compañero identificable**

La cuarta condición pide que el compañero o compañera sexual sea identificable y susceptible de ser contactado razonablemente. Esta condición se podrá verificar con mayor facilidad si se trata de una pareja casada o de una relación estable conocida en público. Por otro lado, las relaciones actuales ofrecerán, por lo general, menos dificultades que las pasadas<sup>15</sup>.

Coincidimos con Elizari en considerar estas condiciones como necesarias (es decir, todas ellas deben estar presentes para que el profesional esté éticamente vinculado por el deber de notificar) y suficientes (es decir, no hacen falta otros requisitos)<sup>16</sup>. Algunos autores opinan que

sólo si los dos miembros de la pareja son pacientes del mismo profesional, estaría éste vinculado a notificar al compañero o compañera. Otros piensan que el paciente tendría que ser un psicópata<sup>17</sup>. Desde nuestro punto de vista, estas condiciones adicionales no valoran de manera suficiente los derechos de la tercera persona expuesta inadvertidamente a la infección. Queremos añadir una palabra sobre la tercera condición, estipulada por Elizari: en el caso de una pareja estable se debe dar por supuesto, a nuestro juicio, que se cumple con esta condición.

¿Qué argumentos podemos presentar para justificar la violación del secreto cuando se dan estas condiciones? ¿Por qué entonces, y sólo entonces, podemos hacer una excepción a la norma moral del secreto profesional? El primer argumento se apoya en el peso preponderante que tienen la vida y la salud de la parte que desconoce el peligro. La salvaguarda de estos valores fundamentales pesa más en la balanza ética que las potenciales consecuencias negativas de la revelación para la persona infectada. Sin embargo, puede todavía preguntarse por qué damos primacía en esta situación a los derechos de la parte inadvertida. La respuesta puede parecer evidente, pero no está demás explicitarla. La vida y la salud son derechos humanos fundamentales, ya que sin ellos todos los demás derechos carecen de sentido. El derecho a la privacidad es secundario con respecto al derecho a la vida. Pero existe un argumento adicional, razonable desde nuestro punto de vista. Este argumento lo formula Grant Gillett, en el artículo que hemos citado más arriba y que resumimos a continuación con bastante amplitud.

<sup>15</sup> *Ib.*, 63-64.

<sup>16</sup> *Ib.*, 65.

<sup>17</sup> *Ibidem.*

Gillett sostiene que una persona puede, en ciertas circunstancias, por su modo de proceder, colocarse fuera de la comunidad de confianza e intereses mutuos y de no maleficencia, dentro de la cual las consideraciones morales en favor de las preferencias ajenas tienen significado. El autor opina que los seres humanos somos miembros *de facto* de esa comunidad, por el hecho de poseer sensibilidades y vulnerabilidades humanas. Estas vulnerabilidades y sensibilidades confieren a las consideraciones éticas su sentido e importancia. El peso de nuestras reivindicaciones morales, como el derecho a la confidencialidad, se deriva de un estilo de vida basado en el respeto y consideración mutuos dentro de esa comunidad<sup>18</sup>. Parece evidente que una persona no puede usar los reclamos morales para socavar los fundamentos de la comunidad moral que los sostiene y les confiere sentido. Gillett examina varios ejemplos. Uno de ellos es el caso de un violador sadomasoquista. El violador busca asistencia médica porque teme que su última víctima, a la que violó y asesinó, fuese una prostituta. Acude al médico para comprobar si ha contraído alguna enfermedad de transmisión sexual. ¿Tiene derecho este hombre a invocar el amparo del secreto profesional para no ser delatado a las autoridades? Gillett piensa que no, porque: “Él no tiene derecho a exigir la plena participación en esa estructura en la que tienen lugar los intercambios moralmente significativos, porque su conducta y actitudes no corresponden al lugar que él pretende ocupar”<sup>19</sup>.

En esta situación, concluye Gillett, la obligación de guardar el secreto queda suspen-

dida por razones éticamente válidas. Esto no significa, señala el autor, que la sociedad quede absuelta de toda obligación moral para con el violador. Tenemos el deber de hacer todo lo que esté a nuestro alcance para restituirlo a la plena participación en la comunidad moral, ayudándole, en la medida de lo posible, a liberarse de su lamentable condición. Mientras tanto, tenemos el derecho, y también el deber, de proteger a la sociedad de sus comportamientos destructivos.

El mérito del argumento de Gillett consiste, desde nuestro punto de vista, en que supera el ámbito puramente individual e interpersonal. No se limita a contrapesar los derechos de un individuo contra los derechos de otro. La actitud del individuo que quebranta normas morales fundamentales, como lo es el respeto al derecho a la vida y a la salud del prójimo, amenaza la existencia misma de la sociedad como comunidad moral. El portador del VIH que se niega a advertir a su compañero o compañera sexual, como el violador del ejemplo de Gillett, se coloca fuera de la comunidad moral porque atenta contra sus bases más fundamentales: el respeto a las personas y la no maleficencia. La pretensión de usar la norma moral del secreto profesional como instrumento indirecto para seguir haciendo daño a otras personas es contradictoria. No se pueden invocar las normas morales para minar las bases sobre las que se fundamenta la comunidad moral, que constituye el ámbito en el que tiene sentido pleno cualquier reclamo moral. El profesional sanitario, si guarda el secreto en un caso semejante, se convierte en cómplice de un atentado dirigido no sólo contra los más fundamentales derechos de otra persona, sino también contra las bases mismas de la sociedad humana como comunidad moral.

18 G. Gillett, *AIDS and Confidentiality*, 16-20.

19 *Ib.*, 17.



Gillett nos advierte que su posición no equivale a dar carta blanca a un paternalismo médico de tinte moralista. El secreto médico sigue siendo un deber moral de primera categoría, aunque no absoluto. Gillett lo entiende como vinculante *prima facie*, en conjunto con los restantes deberes y responsabilidades que rigen la relación médico-paciente. Esto significa que, en determinadas circunstancias, cuando el secreto médico entra en conflicto con otros deberes morales, puede no llegar a ser un deber de hecho (*actual duty*). El deber que se impone como *actual duty* puede ser, como en nuestro caso, otro distinto: la salvaguarda de la vida y la salud de una tercera persona y también la custodia de los valores fundamentales que hacen posible que los seres humanos convivamos en una comunidad moral. Por otra parte, el médico se ve obligado a no guardar el secreto sólo cuando se las tiene que ver con un paciente que, desde el punto de vista ético, podemos llamar *intransigente*<sup>20</sup>. Consideramos *intransigente* al paciente que se niega a cumplir con el deber de notificar al contacto desprevenido, después de haber sido invitado por el profesional a cumplir con esa obligación. El intransigente no tiene ya derecho a invocar para sí mismo el amparo del secreto profesional. No obstante, el médico sigue teniendo deberes morales hacia tal paciente. Por ejemplo, apunta Gillett, el profesional tiene la obligación de informar al paciente intransigente del dilema moral en el que el paciente lo coloca, así como de su intención de notificar al compañero o compañera<sup>21</sup>. Esta obligación de informar al intransigente ha sido reconocida también por la Asociación Médica Canadiense y por

el moralista católico Francisco Javier Elizari, antes citado<sup>22</sup>. Coincidimos con esa opinión, que, por otra parte, corresponde a la criteriología moral que hemos adoptado. Aun cuando la transgresión de una norma moral esté justificada, todavía puede ser necesaria la satisfacción de otros requisitos morales para cumplir con el principio de respeto a las personas: “El respeto a las personas puede exigir que la sociedad informe a los individuos cuya libertad, privacidad y relaciones confidenciales han sido transgredidas”<sup>23</sup>.

El argumento de Gillett nos parece convincente. Sin embargo, queda todavía en pie la objeción utilitarista contra la violación del secreto, que nos gustaría considerar con más detenimiento. La violación del secreto sostiene el argumento utilitarista, tendría el resultado adverso de alejar de los test y de la asistencia médica a los individuos con comportamiento de riesgo. Por tanto, a largo plazo, la violación del secreto militaría en contra de los intereses de la sociedad. Desde el punto de vista utilitarista, el problema se plantea en términos del conflicto entre los intereses a corto plazo del individuo (por ejemplo, el compañero inadvertido) y los intereses a largo plazo de la sociedad. El principio de utilidad dicta que la balanza se incline del lado de los intereses sociales a largo plazo. La infección de la compañera o compañero sexual y el malestar del profesional, con sus

22 F. J. Elizari. *SIDA y Secreto...*, 65. La opinión de la Asociación Médica del Canadá la conocemos a través de la cita que hace Elizari en la misma página 65, de la declaración de la Asociación Médica Canadiense, “Le syndrome d’immunodéficience acquise”, publicada en *Canadian Medical Association Journal* 140, 1989, 64 C-64 D. No hemos tenido acceso directo a este documento.

23 J. F. Childress. *An Ethical Framework...*29.

20 *Ib.*, 19.

21 *Ib.*, 20.

labios sellados por el sigilo profesional, representarían el precio que paga la sociedad para lograr la protección de la salud pública<sup>24</sup>. Para W. C. Spohn, este modo de razonar pone de manifiesto las debilidades inherentes a la ética utilitarista:

Esta posición pone de manifiesto las trampas del pensamiento utilitarista, en el que se presume que el beneficio social prevalece sobre la justicia de un trato igual. Dificilmente puede tenerse por responsable el sacrificio de la vida de un inocente concreto por el bien potencial esperado de una política social.<sup>25</sup>

La consideración utilitarista pasa por encima del principio del respeto a las personas y del principio de justicia. El principio de respeto se lesiona cuando no se proporciona a la persona afectada la información necesaria para que pueda decidir con autonomía si quiere arriesgar o no su vida y su salud. El principio de respeto exige que éstas sean tratadas siempre como fines y nunca como medios. El utilitarista trata al compañero o compañera inadvertida como un simple medio para obtener un fin social. Esta imposición, además de ser irrespetuosa, es injusta. No parece que las cargas sociales se hayan distribuido con equidad. Al compañero inadvertido se le impone una carga desproporcionada en orden a la consecución del bien común. El planteamiento utilitarista nos parece, por ello, totalmente inaceptable.

Pero todavía se puede presentar otra objeción a la posición utilitarista. Cabe preguntarse si es verdad que esta excepción sabotearía gravemente la consecución de los legítimos objetivos de la salud pública.

Gillett responde también a esta objeción con argumentos, desde nuestro punto de vista, convincentes<sup>26</sup>. Reconoce que se trata de un problema espinoso. Si en la opinión pública se arraigase la idea de que los médicos son incapaces de guardar secretos, con certeza los temores manifestados por los utilitaristas tendrían fundamento. Sin embargo, aquí no se está proponiendo la derogación del secreto médico. El secreto médico es un valor importante que debe mantenerse y protegerse, pero no es absoluto, no prevalece siempre por encima de cualquier otro valor en juego. Tiene que ceder en ocasiones ante otros valores que vinculan al profesional con mayor fuerza. Para evitar que el público pierda la confianza en la profesión médica basta con informar públicamente, con toda claridad de las circunstancias en las que no se guardará el secreto y de las personas a las que se les revelará la información en cuestión. Creemos que, para mayor claridad, así como para evitar dilemas éticos y posibles complicaciones legales a los profesionales sanitarios, se deben promulgar leyes que establezcan con la mayor precisión posible las excepciones.

Mark J. Mills, Greer Sullivan y Spencer Eth citan estudios recientes que apoyan, con datos empíricos, el razonamiento de Gillett, nada menos que en el delicado campo de la psicoterapia<sup>27</sup>. Sólo el 17% de los pacientes psiquiátricos encuestados, en uno de los estudios citados por estos autores, dejaría el tratamiento si su terapia revelase información confidencial

24 Esta sería la posición de S. H. Landesman, presentada por W. C. Spohn, *The Moral Dimensions...*, 98.

25 W. C. S., *The Moral Dimensions...*, 98-99.

26 La argumentación que exponemos a continuación se encuentra en G. Gillett, *AIDS and Confidentiality*, 20.

27 M. J. Mills, G. Sullivan y S. Eth, *Protecting Third Parties...*, 68-74.



sin su permiso<sup>28</sup>. Mills, Sullivan y Eth llegan a la siguiente conclusión:

El balance utilitarista parece... inclinarse en favor de la confidencialidad como norma general, pero permitiendo violaciones selectivas, cuando éstas están justificadas por el conflicto con el deber de prevenir daños... Mantenemos que tanto la ética médica como la jurisprudencia prefieren que la confidencialidad se mantenga siempre que sea posible. Además, hay pruebas abundantes de que... cuando el bien de la sociedad, o de terceras personas, está seriamente amenazado, la confidencialidad debe y, de hecho, tiene que quebrantarse<sup>29</sup>.

Desde nuestro punto de vista, el respeto del secreto debe ser la norma, máxime en una situación tan delicada como en una infección con el VIH. No es, sin embargo, una norma absoluta. Cuando el profesional sanitario se encuentra con el *intransigente moral*, en una situación en la que se dan las cuatro condiciones necesarias y suficientes formuladas por Elizari, el deber de notificar al contacto debe prevalecer sobre la obligación *prima facie* de guardar el secreto profesional. Esta solución prevalece entre los autores católicos<sup>30</sup>. También los obispos norteamericanos han optado por esta solución en su declaración *Called to Compassion and Respon-*

*sibility: A Response to the HIV/AIDS Crisis*. Los obispos señalan que, aunque la presunción debe estar siempre del lado de la fidelidad al secreto, puede haber circunstancias que justifiquen la violación del mismo. Una de ellas es la que hemos estudiado en este apartado: la necesidad de prevenir la infección de terceras personas<sup>31</sup>. Nos parece que se puede decir que nuestra opinión sobre la suspensión del secreto para notificar al compañero o compañera inadvertidos está en consonancia con el consenso actual de la moral católica, a pesar de que existe quien sostiene la opinión contraria<sup>32</sup>.

28 *Ib.*, 70.

29 *Ibidem*. Cf. T. L. Beauchamp y J. F. Childress, *Principles...*, 423.

30 Cf. W. C. Spohn, *The Moral Dimensions...*, 97-99; F. J. Elizari, *SIDA y Secreto...*, 67-70. Una opinión diversa sostiene S. Spinsanti. El médico debe guardar el secreto aun en el caso del paciente que hemos calificado como "intransigente moral". Cf. S. Spinsanti. *Vita fisica*, en T. Goffi y G. Pianna (ed.), *Corso di morale*, t. 2, Brescia, Editrice Queriniana, 1990, 273.

31 U. S. National Conference of Catholic Bishops, "Called to Compassion and Responsibility: A Response to the HIV/AIDS Crisis", *Origins* 19, 1989, 430-431. Los obispos admiten también la revelación del secreto por razones de beneficencia. Esta segunda hipótesis la vemos con menos claridad. Es difícil justificar intervenciones paternalistas con adultos competentes en base a la sola beneficencia. Sin embargo, si existiese una terapia curativa eficaz y accesible con facilidad, en atención al interés social que representa la erradicación del VIH, pensamos que probablemente podría justificarse la imposición del tratamiento de modo obligatorio. En esta situación la justificación de la violación del secreto médico a través, por ejemplo, de la notificación a las autoridades sanitarias cuando el sujeto infectado se negase a someterse a la terapia curativa. En el momento presente no existe dicha terapia.

32 Nos hemos limitado al aspecto moral del secreto. Sobre los aspectos legales, cf. J. M. Healy, "Confidentiality and AIDS", *Connecticut Medicine* 51, 1987, 689; ID., "Confidentiality and AIDS II", *Connecticut Medicine* 51, 1987, 757; ID., "Confidentiality and AIDS", "Public Policy Develops", *Connecticut Medicine* 52, 1988, 61; C. M. Romeo Casabona, "Algunos problemas jurídicos relacionados con el SIDA", *Razón y Fe*, 221, 1990, 265-269.



# NECESIDAD DE LA BIOÉTICA EN LA EDUCACIÓN SUPERIOR\*

Clemencia Bermúdez de Caicedo\*\*

## RESUMEN

Es urgente que en la educación superior se incluya la formación en valores, para así generar una cultura de respeto por la vida e influir en todos los escenarios de actuación del ser humano y en sus relaciones con los seres bióticos y abióticos del planeta. Resulta imperativo revisar los currículos, reales y ocultos, para identificar lo que nos permitirá formar no sólo profesionales exitosos, sino ciudadanos comprometidos con el capital social y el desarrollo.

## ABSTRACT

Higher education should include training in values, in order to generate a culture of respect for life, thus influencing positively human beings' actions. It's imperative to review the curriculum—real and concealed—to identify what will really allow us to train not only successful professionals, but citizens involved in social development.

Los cambios en los valores y en los roles de los miembros de la familia, así como la expansión y aceptación de los nuevos modelos sociales, permiten la aceptación de la pluralidad como signo de tolerancia en las sociedades contemporáneas. “Los descendientes no hacen lo mismo que sus ancestros. No están de novios un tiempo ni se casan por obligación, ni necesariamente tienen hijos. Pueden o no hacerlo. A cada paso de la vida se encuentran diversos caminos para seguir. La novedad es que se puede elegir” (1).

Esto es importante si se considera a la familia como la unidad básica de la estructura social, la única común a todos los

grupos de individuos y que cumple unas funciones específicas respecto de sus miembros y de la sociedad en conjunto. Es la institución social más elemental, la encargada de la transmisión de la cultura de una generación a otra. Las actitudes, conocimientos y prácticas de los adultos tendrán sus raíces en el ámbito familiar.

El proceso denominado “socialización primaria” comprende el momento en que el individuo comienza a interactuar con otros, se somete a regulaciones que los demás sujetos imponen y va construyendo sus propias reglas que expresan el funcionamiento de la naturaleza y las personas. Mediante este proceso de socialización primaria, el individuo se forma como adulto dentro de una sociedad que lo moldea de determinada manera.

\* Tomado de la Revista Acta Bioethica, año XII, Nº 1, 2006, pp. 35-40.

\*\* Ver reseña biográfica en la página 5.



# LA BIOÉTICA EN EL DIVÁN: ¿PUEDE FREUD AYUDARNOS EN LOS DILEMAS DE LA ÉTICA MÉDICA?\*

Gustavo Figueroa Cave\*\*

## RESUMEN

Sólo hasta hace poco la bioética se ha cristalizado como una disciplina madura. El objetivo de este artículo es ver si algo puede decirse sobre la bioética desde el punto de vista de la teoría de Freud. El psicoanálisis freudiano es revisado como una teoría global que toma la cultura como una totalidad. Y es en esta vía de una teoría global de la cultura que Freud trata el fenómeno de la moralidad. Freud no da una respuesta alternativa a las cuestiones permanentes de la bioética, aunque provee una nueva manera de plantear cuestiones morales. Las reglas en este campo establecen las condiciones para un tratamiento. En segunda instancia, elimina en forma radical cualquier posición sobre la existencia de lo moral. La ética para Freud no tiene ninguna posición a favor o en contra; lo que se establece es un autoreconocimiento y el itinerario freudiano va del desacuerdo al reconocimiento. Si Freud ofrece una técnica, ésta no está incluida en el ciclo de las técnicas de dominación; es más bien una técnica de la *veracidad*.

## ABSTRACT

Only recently, bioethics has crystallized into a full-fledged discipline. The aim of this article is to analyze whether Freud is competent to deal with bioethics. Freudian psychoanalysis is reviewed as a global theory that touches culture as a totality. And it is by way of a global theory of culture that Freud takes up the phenomenon of morality. Freud gives not an alternative answer to unchanged questions in bioethics, but delivers a new manner of asking moral questions. The ground rule establishes the conditions for treatment. And secondly, it is a radical elimination of any position of moral existence. Ethics is simply bracketed (put in parenthesis) in the sense that in its regard no position is taken either for or against. What is at stake is self-recognition and Freudian itinerary runs from misunderstanding to recognition. If Freud offers a technique, it is not included in the cycle of techniques of domination; it is a technique of veracity.

## El giro bioético

La introducción del término “bioética”, por Potter, representó no sólo un cambio de denominación y rejuvenecimiento de lo ejercido desde los tiempos de Hipócrates sino algo más profundo: un viraje en la medicina como ciencia, acti-

vidad clínica e institución profesional. Por ello hablamos de giro bioético: los “hechos” patológicos del enfermo se transformaron en “valores” personales del individuo (1). Esto supuso que la ética dejaba de ser una especialidad marginal y constituía un salto de nivel del discurso médico, un más allá (*metà*) que incorpora en la clínica conceptos que hasta entonces se aplicaban de forma inflexible. Impulsada por las urgencias vita-

\* Tomado de la Revista Médica de Chile, 2004; 132: pp. 1550-1556.

\*\* Ver reseña biográfica en la página 6.





les de los hospitales, la bioética formuló con celeridad cuatro principios (beneficiencia, autonomía, justicia y no-maleficencia) (2). Empero, este apremio clínico y jurídico hizo de la bioética una disciplina no fundamentada a pesar de los repetidos esfuerzos en esa dirección (3). El riesgo de que sus dictámenes sean idiosincráticos la ha amenazado desde siempre por lo cual sus defensores enfatizan que sus deberes son *prima facie*, obligan cuando no se chocan con otros con una jerarquía de valores homologable, siendo las circunstancias o consecuencias las encargadas de dirimir (4).

Freud podría ser una figura inesperadamente valiosa para ayudar a la bioética a salir de estos atolladeros, porque su punto de vista inicial es divergente: “la aplicación del psicoanálisis a la filosofía moral, ... nos permite no sólo plantear problemas nuevos sino también ver a los antiguos bajo una luz fresca y contribuir a su solución” (5). Esto significa algo decisivo: Freud no se cuestiona por el *factum* moral en sí, por la fundamentación radical de la cuestión del valor, por su justificación *a priori* como pedía Kant (6). Parte de una condición básica: el psicoanálisis se *ocupa del deseo* (*Wunsch o Trieb*), en relación más o menos conflictiva con los padres, censores, instituciones sociales, prohibiciones culturales (7). Esta dialéctica entre deseo y cultura es la garantía de que Freud tiene competencia para tratar con todo el fenómeno humano –la bioética incluida–, ya que cualquier experiencia implica esta dialéctica y no responde a un reductivismo psicologizante (8). Como ratifica Foucault (9), no es la norma la que define lo anormal, sino al revés: el conflicto da origen a la norma.

Partiendo de estas intenciones originarias, se refutan los reproches que dicen que en la obra de Freud hay mucho de psicoanálisis de la ética y muy poco de la ética del psicoanálisis, por lo cual él caería en el reduccionismo de concebir la maldad como una enfermedad y, más en concreto, algo psiquiátrico susceptible de ser resuelto mediante la técnica analítica (3). Además no nos interesa el desarrollo moral psicológico y sus repercusiones en la patología del deber, sino lo inverso: qué provecho podemos extraer de Freud para la bioética. Investigaremos tres asuntos porque demuestran el alcance ético del inconsciente al interior de la *tékhnē iátriké*: relación médico paciente, concepto freudiano del hombre y bioética de la veracidad.

### Relación médico-paciente

En la historia la responsabilidad médica había estado más cercana a la de tipo religioso que a la jurídica. *Spondeo* significa en latín “cumplir un compromiso solemnemente asumido”, además, “empeñarse”, “obligarse a” y “prometer”. Es una responsabilidad “fuerte”, a diferencia de la jurídica que es más “débil” (3). De ahí que la medicina había sido una “profesión” cercana al sacerdocio y a la realeza, antes que una “ocupación” u “oficio”. Ello implica que el médico ha gozado de una notable impunidad jurídica, por hallarse sometido a una responsabilidad “potente” o moral. Fueron fracasos terapéuticos los que generaron las nociones legales de negligencia y agresión (*battery*) al iniciarse el siglo XX, y que culminaron con el nacimiento de la bioética, que invirtió los principios de elección, decisión y justificación (10). La responsabilidad profesional ac-

tual se dividió en jurídica o “de mínimos” (obliga en toda ocasión so pena de castigo) y ética o “de máximos” (privada), y camina hacia la ética empresarial de salud, “calidad total” y “excelencia” (11).

También fueron fracasos clínicos los que hicieron plantearse a Freud la responsabilidad de Breuer con “Anna O”, Fließ con Emma Eckstein y suya con Anna Hammerschlag (12). Pero, desde una perspectiva previa y original ¿por qué surgen sentimientos tan poderosos de rabia, represalia y venganza en el vínculo con los pacientes, a menudo desproporcionados a la situación? En lugar de dar por terminada la ayuda y “presa del horror, huir y dejar a la paciente”, como Breuer (13 y 14), o de negar la existencia de la negligencia, como Fließ (15 y 16), debido a su condición faústica Freud “no dejó caer las llaves que le abrieron las puertas a las madres (Fausto, II)” (14), y se enfrentó cara a cara con el enorme compromiso moral y carga emocional que se contrae en todo acto curativo (17). Al girar su ángulo de visión, se sumergió en la estructura oculta de la interacción médico-paciente, descubriendo una veta insospechada: la cura sigue el modelo de los conflictos infantiles con sus violentas ambivalencias; por ello, desplaza o transfiere a la figura del médico las frustraciones, rebeldías e insubordinaciones frente a sus progenitores (18).

Con esta intuición genial percibió que en el vínculo existía un elemento de repetición tal como Aristóteles hablaba de *automaton* del destino: una “naturaleza impersonal en el proceso” universal e inadecuada frente al médico, proveniente de prototipos reprimidos infantiles (19). La distinción entre “relación real” (efectivamente vivida) y “relación transferencial”,

significó que la responsabilidad médica recaía sobre una *imago* o persona imaginaria, una “realidad psíquica” que, aunque experimentada cual si fuera existente expresaba una “falsa conexión” (20). En ocasiones, también los fracasos podían entenderse como resistencias operantes desde el interior del paciente que no tolera la mejoría psíquica y física como forma de vida, o como una huida en la enfermedad como manifestación del beneficio primario o inconsciente (21). La situación se tornó más compleja cuando Freud se percató que igual proceso se producía en el médico como contrapartida de la transferencia. “La influencia del enfermo sobre los sentimientos inconscientes del médico” hace que éste no responda de manera real a los requerimientos de aquél, sino que, a través de “sus propios complejos y resistencias internas”, reedite relaciones antiguas cual si fueran actuales, provocando reveses (22).

Pero, ¿por qué Freud no dejó de recalcar que tanto la transferencia como la contratransferencia, aun orientándose sobre “fantasías” u “objetos internos”, son relaciones auténticas (*echt*) y se producen espontáneamente (*unmittelbar*) en toda interacción? Porque el terapeuta tiene una responsabilidad ineludible, aunque anterior a la jurídica y desatendida hasta hoy: mantener la situación terapéutica como tal. Ésta siempre está amenazada de degradarse en una situación “real” –lo que significa lo opuesto a lo que parece– o quiere decir que en cualquier momento el enfermo está a punto de transformar al objeto real externo (terapeuta) en uno arcaico (padre). De conseguirlo, el médico llegaría a ser como cualquier persona que encuentra en su existencia una *imago* u objeto de la fantasía. Esta nueva visión de la responsabili-



dad médica parece una paradoja, afirma Strachey: “es el hecho paradójico que consiste en que el mejor modo de asegurar que el yo será capaz de distinguir entre fantasía y realidad es negarle la realidad a él tanto como sea posible” (23). Ahora se entiende el motivo de Freud para introducir la “regla fundamental” en psicoterapia: suspender toda decisión de importancia en la vida, toda acción concreta al interior del encuentro y decir todo lo que se siente, sin seleccionar ni omitir nada, le parezca irracional o vergonzoso (24). Sólo bajo esta condición los “fantasmas” pueden “tornarse presentes y reales (*aktuell*), y así vencidos, puesto que nadie puede ser sanado *in absentia* o *in effigie*” (19).

Zubiri señaló su fundamento antropológico. El ser humano no está ajustado a su medio como el animal lo está al suyo. Mientras éste vive en “justeza” nosotros no estamos constreñidos sino tenemos que ajustarnos al ambiente humano, que es indeterminación constitutiva o puras posibilidades. El hombre “tiene que hacer su propio ajustamiento”: tiene que elegir unas, o hacer la justeza misma, *facere iustum*, “justificarse”. La condición humana que supone tener intrínsecamente que justificarse y con ello responsabilizarse, es libertad (25). Ortega agrega una advertencia esencial. Este extrañamiento del medio –del cual nació el hombre– resultó gracias al desarrollo en él de la fantasía o elaboración de imágenes internas que provocó que el prójimo también sea carente de un ser fijo, abierto, la posibilidad es: él se tiene que elegir y nosotros elegirlo (26). El “idealismo moral” que impregna a la ética desde Kant hasta la bioética dice: la conciencia moral y las leyes disponen absolutamente de la vida porque ésta está al entero arbitrio del sujeto sin restricciones.

Por lo que censura, recrimina y determina su dignidad y valor. Por el contrario, Freud coincide con las conclusiones éticas de Heidegger que se desprenden de lo anterior y son opuestas: el sujeto no “es el realizador de normas y valores”, por tanto, no es responsable, de esta manera, la de disponer en forma radical de sí, porque no es plena autoelección, ni autosoberanía, ni autodeterminación (27). Lo que entraña una diferente concepción del hombre: descentrado, que “no es dueño ni siquiera en su propia casa” y, como tal, se comporta éticamente como si otra persona fuese la responsable de sus actos (28). ¿Cómo así?

### Concepto del hombre en Freud

Hacia 1895 Freud planteó que la meta de la terapia consistía en una descarga por medio de la abreacción de los afectos ligados a recuerdos que se han vuelto patógenos (20). Aunque superado, este concepto siguió presente veladamente ya que se postula una liberación paulatina de emociones en la transferencia, rememoración, *acting out*. Semejante concepción supone al hombre como en búsqueda de la pureza, semejante al pensamiento de Platón. El anhelo de purificarse es el de convertirse en un ser más simple, de despojarse de lo accidental, de encontrar su naturaleza verdadera. En resumen, descubrir la esencia común a nuestra condición, el sí mismo auténtico que existe “antes y aparte de todos los roles”, independiente de cualquiera circunstancia individual o social (29). Al contrario, Freud renunció a concebir al paciente como compuesto de un sí mismo “falso” y un sí “verdadero”, no apela a ninguna “fuente de autoridad” última ni “concepto soberano”

primordial (razón, voluntad, pasión). Para él la cuestión no radica en penetrar detrás de la apariencia (engañoso) para llegar a la realidad (verídica), porque la ontología moderna que distinguía entre “la” apariencia y “la” realidad, entre fenómeno y nómeno, entre accidente y esencia, fue superada por la ciencia. La vieja sustancia de la psicología de un yo único y objetivo es sustituida por un yo descentrado y compuesto de varios interlocutores válidos (ego, ello y superyo). Freud desarrolló las implicaciones de este planteamiento: en contraposición a una historia coherente y consolidada, un agregado de narrativas opcionales y plausibles; en vez de una identidad permanente, un sí mismo partido en grupos de creencias alternadas e incongruentes; frente a un individuo dueño de principios y virtudes. Un sujeto que no es amo de sí ni predecible en sus objetivos y propósitos. Vale decir, en lugar de la única descripción correcta (verdad), un conjunto de narrativas contingentes (utilidad).

Apoyándose en su espíritu, Rorty sugiere que Freud no aplica el modelo de hombre como ser “vertical”, manifestándose en metáforas de elevación o profundidad y su psicoterapia no ambiciona sumergirse en el fondo abisal, a pesar de profesar una *Tiefenpsychologie* estratificada (29). Una metáfora “horizontal” le es más propia donde el ser del sujeto consiste en expansión de sí, deseo de abarcar más posibilidades, impulso por franquear barreras erigidas por la represión, búsqueda para disponer de su pasado como otro recurso, ejecución de tareas nunca antes consumadas: “en la técnica del psicoanálisis no hay necesidad de ningún trabajo especial de síntesis; el individuo hace esto por sí mismo mejor que nosotros” (30).

Las consecuencias bioéticas resultan sorprendentes. La bioética no puede sustentarse en una razón formal o dura (casuística 1) así como tampoco en una razón blanda o ecológica (casuística 2) (31), por el mismo motivo que no lo puede hacer en la voluntad ni en la pasión (emotividad): no hay ningún marco de referencia *a priori*, ni fundamento final que entregue una justificación primera, ni va más allá de las discusiones y es independiente de las prácticas médicas sociales. Freud no aspira a descubrir la “esencia” de los actos morales del enfermo, menos aún convertir los casos clínicos en “máximas” o “prescripciones” de actuación; sólo entrega herramientas “útiles” para algunos fines (32). Así, hay que abstenerse de preguntas del tipo “¿existe algo en la base del Hombre de los Lobos –su racionalidad– a lo cual puedo apelar para que se sane de su voluntad arbitraria?”. Ya no hay que interrogarse por “¿cuál es el verdadero yo de Dora que se oculta tras su máscara histérica?” (22). Decir como Freud “donde estaba el ello, estará el yo” (33) no asegura una respuesta única, tal como “si antes estaba manejado por mis pulsiones me volveré un ser autónomo motivado por mi razón esclarecida”. Incorporar esta imagen de sí es reconocer que no existe una contestación “correcta” al dilema “¿qué me sucedió cuando nació mi hermanito?”, y que tampoco se tiene “la” solución acertada al dilema “¿qué clase de persona soy?”. Es desistir de la necesidad de unificación, de adquirir una versión oficial de la propia infancia o del carácter. En el ámbito médico, es plantearse que para enfrentar incógnitas como: “¿cómo justificaría ante mí mismo que prefiera decirle la verdad que ocultarle la gravedad de su condición?”, se requiere de un mayor repertorio de ideas éticas, de puntos de vista morales alternativos, de un glosario más



sutil de análisis valorativo. Si se recurre a él para dirimir dilemas, es para cuestionarnos “¿qué tipo de médico sería si lo hiciese así?” (29). Como dice Rieff, se necesita desarrollar “la tolerancia de las ambigüedades... la clave a lo que Freud consideró el más difícil de todos los logros personales: un carácter genuinamente estable en una época inestable” (34).

Aceptar que somos un ser descentrado parece trastornante, es como si alguien se hubiera metido subrepticamente debajo de nuestra piel y que tiene intenciones y metas diferentes a las nuestras. Ahora la “regla fundamental” adquiere un nuevo significado: invita al paciente a abstenerse de seleccionar u omitir algo en razón de resultarle repugnante o inmoral y conmina al terapeuta a no adoptar “una actitud moralizadora” (35). Con claridad la regla incita no a decir cosas sistemáticamente inmorales, sino a no hacer de la moral un criterio de selección. La suspensión de los juicios de valor pretende crear las condiciones para que esta “expansión de sí” ética, recién comience, cuando se interrumpen los aparentes principios universales de valoración, las pretendidas normas generales de decisión, las partes autoritarias de uno mismo.

*Bioética de la veracidad.* “No olvide usted nunca que ha prometido ser absolutamente sincero (*Aufrichtigkeit*) y no calle nunca algo porque le resulte desagradable comunicarlo”, dice Freud (35). Esta prescripción de la “regla fundamental” sin cláusulas para evadirla es la decisiva. O sea, si el psicoanálisis es una técnica, no pertenece al grupo de las técnicas de la dominación; es un técnica de la veracidad.

Existe la tentación de interpretar esta “condición de la cura” (35) como una trans-

gresión a la autonomía del enfermo. En el Informe Belmont —a diferencia de Kant que enfatizaba la capacidad del hombre de darse leyes a sí—, se coloca el acento en las “acciones” y “decisiones” autónomas: actuar con intención, con conocimiento y en ausencia de influencias externas que pretendan controlarlo (3). Esta presunta violación viene de no distinguir autonomía de autorrealización. La autonomía es un concepto genérico, válido para todo individuo porque es inherente a la dignidad humana. En oposición, la autorrealización es única e intransferible porque expresa la idea que el paciente tiene de lo que entiende por vida buena. Las decisiones autónomas requieren argumentos y validación, las biográficas precisan de sentido y apropiación al interior de su vida. Mejores “razones” frente a “sentido” más pleno, “ser-verdad” y “ser-propio”. Al mezclar lo universalizable, el derecho de tomar decisiones o de ser tratado como interlocutor válido con lo individual, el acceso privilegiado a su propia subjetividad, manifestado como proyecto de autorrealización, la bioética (americana) no entendió la sinceridad y la autenticidad.

Freud suscribe ambos componentes: una de las metas de la terapia es mantener “la libertad” del enfermo (25) y, la otra, “nos negamos enfáticamente a... forzarlo a hacer nuestros ideales” (30). Sólo porque son formales, ya que nada de lo que ocurra en la cura es independiente de las circunstancias irrepetibles y sociales. Freud sitúa el acento en otro lugar cuando invita a la veracidad: lo que está en juego es el autoreconocimiento y el itinerario propuesto va desde la mala comprensión al reconocimiento (8). Freud lo intuyó en su autoanálisis, que hizo crisis cuando resolvió la tragedia de *Edipo Rey* y se decidió a

“ser enteramente sincero conmigo mismo” (15). El destino de Edipo es ya haber matado a su padre y haberse casado con su madre. Empero, el drama del reconocimiento se inicia más allá de este punto y consiste en admitir ser el hombre que él mismo había anteriormente maldecido: “Yo soy ese hombre. En un cierto sentido, siempre lo he sabido, pero en otro sentido no; ahora sé quien soy” (8). En lugar de moralizar sobre este doble crimen Freud da una doble vuelta de tuerca y se cuestiona por qué este desenmascaramiento es posible llevarlo a cabo, cómo sucede que nos comprendamos mal, sin sinceridad, en forma regular y habitual.

La contestación al problema del doble sentido del mostrar-ocultar está en que la conciencia tiene una certidumbre inmediata de sí, pero esta certidumbre no es un saber seguro e incuestionable. ¿Qué quiere decir? Husserl enseñó que la conciencia (*Bewußtsein*) es intencional, está dirigida a algo que ella no es, al sentido de lo designado. Así, la conciencia suya como lector está volcada en las páginas que lee. Mientras la intuición inmediata de su conciencia es saberse a sí misma de manera evidente, apodíctica, el sentido de lo intuido es mediato, por tanto, dudoso por principio, podría usted estar soñando. Se es consciente (de uno, se tiene certidumbre total), pero se necesita llegar a ser consciente de sí para saber si lo que se conoce es tal y como uno cree (36). El conocimiento de sí no se halla al comienzo sino al final de una búsqueda laboriosa: la conciencia no es origen sino tarea. Esta indagación se llama interpretación.

Freud remitió el doble sentido a su génesis, afirmando que la inserción primaria en la realidad no es absoluta sino media-

da, y toda presencia envía a lo otro previo: “La escritura es originalmente el lenguaje del ausente; la vivienda, un sucedáneo del vientre materno” (7). La experiencia última es en la que el bebé satisfacía “alucinatoriamente por sí mismo todas sus necesidades” (25), y que es interrumpida por el nacimiento, donde, por desengaños de la realidad, se produce un quiebre irremediable y forjador del destino. El corte, la separación del mundo no se restaura jamás salvo a través de sucedáneos, de intermedios como el lenguaje. En palabras de Ortega, “es nuestro destino y nuestro deber... alejarnos, alejarnos” (37).

La autocomprensión recién se inicia después de aceptar la humillación narcisística que implica reconocernos en las insinceridades y simulaciones que nos constituyen (38). La veracidad es tanto el único valor en juego como también una técnica: procedimiento doloroso una lucha contra las resistencias, por lo que Freud está cercano al coro de *Agamenón* de Esquilo: *pathei-mathos*, “la sabiduría (sinceridad) sólo se alcanza a través del sufrimiento” (39). Se debe perder la bioética (irreflexiva) para recuperarla gracias a la veracidad (reflexiva).

## Conclusiones

Partimos de la pretensión de la bioética de conocer desde el comienzo e igualarse a sus propios contenidos. La “regla fundamental” advierte que al renunciar tanto a la “verdad” de la realidad como especialmente a la “moral” de las reglas éticas, recién se alcanza, en pasos sucesivos, el punto de partida bioético que, paradójicamente, es de llegada. El problema es ¿en qué estado de distorsión se halla nuestro deseo cuan-





do formulamos los dilemas morales médicos? Es una revelación o conversión interior vergonzante, guiada por la veracidad, que desbarata la conciencia ensoberbecida (paciente y médico) que ha presumido jactanciosamente una inocencia inicial.

Sin embargo, Freud es más complejo y la moral del acto médico más ambigua. Su hija Anna, que era maestra, en una ocasión le reprochó que, en lugar de optar por una veracidad a todo trance frente a su paciente Serguei Pankejeff le prometiera al inicio de la terapia “el alivio de los síntomas, una mayor capacidad para trabajar y el mejoramiento de sus relaciones personales y sociales”, cuando habían muchas razones para dudar que pudieran cumplirse estas promesas. Con determinación Freud le respondió: “Ahí es donde se ve que tú no eres médico” (40).

## Referencias

1. Figueroa, G. Bioética y psicoterapia ¿cuáles supuestos morales actúan cuando ejecutamos un acto psicoterapéutico? *Revista Médica de Chile* 2004; 132: 143-52.
2. Beauchamp, T.L., Childress, J.F. *Principles of biomedical ethics*. 5th ed. New York: Oxford University Press, 2001.
3. Gracia, D. *Bioética clínica*. Bogotá: El Búho, 1998.
4. Dancy, J. An ethic of prima facie duties. En: Singer, P., editor. *A companion to ethics*. Oxford: Blackwell 1991; 219-29.
5. Freud, S. *Das Interesse an der Psychoanalyse*. GW VIII; 1913; 389-420.
6. Kant, I. *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. En: *Kant-Studienausgabe Band VI*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1968; 1-102.
7. Freud, S. *Das Unbehagen in der Kultur*. GW XIV; 1930; 419-506.
8. Ricoeur, P. Psychiatry and moral values. En: Arieti, S., editor. *American Handbook of Psychiatry*. Vol.1. New York: Basic Books, 1974; 976-90.
9. Foucault, M. *Les anormaux. Cours au Collège de France*. 1974-1975. Paris: Seuil Gallimard, 1999.
10. Rothman, D. J. *Strangers at the bedside: A history of how law and bioethics transformed medical decision making*. New York: Basic Books, 1991.
11. Cortina, A. Ética del discurso y bioética. En: Blanco, D., Pérez, J. A., Sáez L., editores. *Discurso y realidad. En debate con K. O. Apel*. Madrid: Trotta, 1994; 75-89.
12. Forrester, J. *Dispatches from the Freud wars. Psychoanalysis and its passions*. Cambridge: Harvard University Press, 1997.
13. Ellenberger, H. The story of “Anna O.”: a critical review with new data. *J. Hist Behav Sciences* 1972;8: 267-79.
14. Freud, S. *Briefe 1873-1939*. 2. Aufl. Frankfurt: Fischer, 1968.
15. Freud, S. *Briefe an Wilhelm Fließ (1887-1904)*. Frankfurt: Fischer, 1986.
16. Schur, M. Weitere “Tagesreste” zum “Traummuster”. En: Scheid, Jv., Hrsg. *Der unbekannte Freud. Neue Interpretationen seiner Träume*. München: Kindler, 1974; 116-49.



17. Freud, S. *Die Traumdeutung*. GW II/III; 1900; 1-642.
18. Freud, S. *Zur Dynamik der Übertragung*. GW VIII; 1912: 363-74.
19. Freud, S. *Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung*. GW VIII; 1912; 375-388.
20. Freud, S. *Studien über Hysterie*. GW I; 1895; 75-12.
21. Freud, S. *Bruchstück einer Hysterie-Analyse*. GW V; 1905; 161-286.
22. Freud, S. *Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie*. GW VIII; 1910; 103-116.
23. Strachey, J. Die Grundlagen der therapeutischen Wirkung der Psychoanalyse. *Int Z Psychoanal* 1934; 21: 486-516.
24. Freud, S. "Psychoanalyse" und "Libidotheorie". GW XIII; 1923; 209-33.
25. Zubiri, X. *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza, 1986.
26. Ortega y Gasset, J. *El hombre y la gente*. OC VII. Madrid: Revista de Occidente 1957; 69-272.
27. Heidegger, M. *Sein und Zeit*. 10. Aufl. Tübingen: Niemeyer, 1963.
28. Freud, S. *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. GW XI; 1916-1917: 1-497.
29. Rorty, R. Freud and moral reflection. En: Rorty, R. *Essays on Heidegger and others. Philosophical papers II* Cambridge: Cambridge University Press, 1991; 201-28.
30. Freud, S. *Über Psychoanalyse*. GW VIII; 1910; 1-60.
31. Toulmin, S. *Human understanding 1: the collective use and evolution of concepts*. New York: Harper & Row, 1972.
32. Rorty, R. *Hoffnung statt Erkenntnis. Eine Einführung in die pragmatische Philosophie*. Wien: Passagen, 1994.
33. Freud, S. *Das Ich und das Es*. GW XIII; 1923: 235-289.
34. Rieff, P. *Freud: the mind of the moralist*. New York: Harper and Row, 1966.
35. Freud, S. *Zur Einleitung der Behandlung*. GW VIII; 1913; 453-478.
36. Husserl, E. *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologische Philosophie. Erstes Buch; Allgemeine Einführung in die reine Phänomenologie*. Haag: Nijhoff, 1950.
37. Ortega y Gasset, J. *La idea de principio en Leibniz y la evolución de la teoría deductiva*. OC VIII. Madrid: Revista de Occidente, 1962; 59-356.
38. Figueroa, G. La revelación del diagnóstico: el lugar de la beneficencia, autonomía y veracidad en la ética médica. *Revista Médica de Chile* 1998; 126: 569-76.
39. Ricoeur, P. *De l'interprétation. Essai sur Freud*. Paris: Seuil. 1965.
40. Sterba, R. F. *Erinnerungen eines Wiener Psychoanalytikers*. Frankfurt: Fischer, 1985.



---

# REHISTORAR LA BIOÉTICA EN LATINOAMÉRICA. LA CONTRIBUCIÓN DE JAMES DRANE\*

---

Fernando Lolas Stepke\*\*

## RESUMEN

Este artículo presenta la persona y la obra de James Drane en relación con la bioética en Latinoamérica. Tras un breve examen de su carrera y publicaciones, se destaca la creación de un centro de estudios en *Edinboro University of Pennsylvania*, legado de la filantropía de Russell B. Roth y su familia, que perpetuará el espíritu de interrogación libre y lealtad a sus principios que Drane ha mantenido a lo largo de su vida.

## ABSTRACT

This article presents the person and work of James Drane in their relation to bioethics in Latin America. After a brief analysis of his career and publications, the establishment of a study center at the Edinboro University of Pennsylvania is underscored, a legacy of the late Russell B. Roth and his family, which will perpetuate the spirit of free inquiry and loyalty to his principles that Drane has kept throughout his life.

## El contexto

Ahora que la palabra “bioética” está de moda, medran a su amparo y cobijo muchas personas, con derecho o sin él. Hay gurús, expertos, aficionados, políticos, advenedizos, gerentes, en fin, una fauna diversa y abundante. Algunos más prolíficos que otros, estos distintos cultores de la bioética suelen repetir una historia fundacional uniforme porque la han leído en las fuentes más habituales. A veces, suelen acomodarla a sus particulares intereses.

La verdad es que en cualquier ámbito asociado con este término es difícil no obte-

ner la impresión de que cada actor que entra al juego bioético, o dice participar de su discurso, abriga una concepción particular, tiene intenciones especiales y obtiene productos disímiles. En este caso, quizá más que en otros, debe tenerse presente la noción orteguiana del “punto de vista”. Desarrollar este tema permitiría establecer cuánto diálogo hay entre diversos usuarios del término “bioética”. Ello sería útil, además, por que necesitamos una mirada ética sobre lo que es hoy la bioética. La simple enunciación de buenos fines—la bioética los tiene—parece bastar para atribuir pureza de medios a quienes dicen cultivarla. Lo cual no siempre es el caso. La noción de una disciplina intelectual con sus correspondientes “sabios”, “expertos” y “políticos” necesita ser clarificada en un campo tan difuso y tan

---

\* Tomado de la revista *Acta Bioethica*. Año XI. Nº 2. 2005, pp. 161-167.

\*\* Ver reseña biográfica en la página 6.

lábil como el que la bioética ha demostrado ser.

No es hacer tal examen el designio del presente texto. Nuestras afirmaciones se hacen desde Iberoamérica y desde una posición especial; servidor público de instituciones de cultivo intelectual y servicio.

Una primera comprobación: la bioética tiene un largo pasado pero una breve historia. Mucho antes de que se difundiera el vocablo, las preocupaciones que identifica ya existían, como existían también conflictos, soluciones y dilemas. Otro punto digno de mención: más o menos en la misma época (segunda mitad del siglo XX) la preocupación se cristalizó en muchas iniciativas que podemos llamar “institucionalizantes”: se fundaron institutos, se crearon grupos de trabajo, se editaron textos con el epígrafe “bioética”. Esto indica que la palabra vino a ser una suerte de cristalización de algo que se necesitaba.

Pero la palabra no es la cosa. Sesudas explicaciones y alguna que otra tontería se basan en eso que Mainetti llama “la cuestión nominal”. La trivial repetición de que es término compuesto de “bios” y “ethos” suele ocupar a muchos que creen con ello explicar algo. En realidad, se trata de un ejercicio etimológico que responde una pregunta poco relevante. Lo que necesitamos saber, en realidad, es qué hacen quienes dicen “hacer bioética”, en qué invierten sus horas y días, qué esperan lograr, cuáles son sus motivaciones. Aquí hay una profusión de respuestas y una cantidad de hechos que poco tienen que ver con la etimología de este neologismo afortunado y vago.

Quien recibe el crédito mayor por inventar el neologismo no anticipó lo que vendría a ser la bioética y más bien deploró el sentido que adquirió el vocablo. En realidad, Van Rensselaer Potter quiso después hablar de “ética global”. Su visión era la de un profeta de la catástrofe ecológica que amenazaba la supervivencia humana. Actualmente, el significado de bioética suele restringirse, en la mayoría de los casos, a una fusión de humanidades y medicina o ciencias de la salud, o a la toma de decisiones éticas en el contexto de instituciones sanitarias. Se encuentra un eco en los escritos de los científicos, a menudo para reclamar si una supervisión ética de sus trabajos coartará su creatividad. A veces tienen razón, porque bajo la rúbrica de bioética puede hacerse daño sin un adecuado trabajo de preparación.

En lo que sigue, quiero rehistoriar la bioética evitando caer en los vicios que señalo, de los cuales también he sido culpable sin vergüenza ni disculpa. La “rehistoria” es una historia contada de nuevo, y es tarea de nunca acabar. Pruebo ahora con la perspectiva que me ha dado James—Jim—Drane en su lugar de trabajo, la Universidad de Edinboro de Pennsylvania. Este ejercicio de rehistoria parte, en este caso, del trabajo concreto de un individuo particular que contribuyó a mucho de lo que hoy conocemos bajo bioética en América Latina.

### La bioética en América Latina y James Drane

En mis viajes, conversaciones y lecturas me he topado con muchos pioneros. Sabios vaticinadores del porvenir, a menudo incomprensidos, que lamentan el poco



eco de sus profecías o milagrosas elucubraciones. Siempre miro con simpatía tales declaraciones. Me recuerdan que la razón siempre acompaña a los vencedores, a quienes tienen éxito. Me hacen pensar que la popularidad no es lo mismo que el prestigio y que, si hubiera justicia en el mundo, la victoria llegaría a todos ellos. Además, habida cuenta de la aparente buena voluntad de algunas personas, suelo recordar que Ludwig Klages advertía que raramente una gran alma coexiste con un gran espíritu. Las luces intelectuales no son garantía de bondad moral. Pero ésta tampoco lo es de pensamiento riguroso. La confusión proviene, creo, de que la voz “ética” viene a ser empleada en un sentido sentimental y dulzón, como si al usarla pudiéramos prescindir de una sana controversia y de una dura polémica intelectual.

Estas consideraciones debieran anteceder a toda exposición histórica sobre instituciones y personas en este ámbito. Juzgará el lector, cuando ella concluya, si son acertadas y si, lo que importa, ayudan a discernir y valorar.

No sé exactamente cómo conocí a James Drane, Jim para todo el mundo. Sólo recuerdo que un día ya lejano se presentó en mi oficina de la Universidad de Chile para hablarme de un proyecto que tenía entre manos. Pudo ser 1988 ó 1989. Era verano y yo aún estaba en el Departamento de Fisiología y Biofísica de la Facultad de Medicina. Ese día, que culminó con un almuerzo en el restaurante “Omar Khayyam” (después supe que Jim no podía ni siquiera probar la carne, por el colesterol), confirmé que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) planeaba establecer un programa regional de bioética. Mi nombre estaba entre las per-

sonas que Jim, como consultor itinerante, debía contactar para ganar una impresión de primera mano sobre la ética médica y las profesiones de la salud.

El proyecto consistía en instalar en la OPS un organismo técnico que supervisara éticamente los trabajos de la organización. Básicamente, se había sentido la carencia de lineamientos apropiados en materia de investigación biomédica y de provisión de servicios. Aunque el problema tuvo un fundamento jurídico, tenía aristas éticas que era necesario abordar. Por eso, la bioética en la OPS nació asociada a la oficina jurídica y por eso, también, tuvo el abogado de la organización un papel en su gestación y desarrollo.

Con Jim y otras personas mantuvimos contacto epistolar y la primera muestra de esos trabajos fue el volumen especial del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana dedicado al tema, el cual sería republicado luego como libro, bajo el título “Bioética: temas y perspectivas”, tanto en inglés como en español (1).

En otro sitio he mencionado ya que la palabra y sus connotaciones (las de entonces, no las actuales) me habían llegado en 1986 a través de José Alberto Mainetti, y se habían fortalecido en sus tradicionales coloquios novembrinos de La Plata, Argentina. Ese cenáculo fue uno de los crisoles en que se forjó la bioética latinoamericana. No el único, pero uno importante. Del magma germinal de lo que entonces conocíamos como humanidades médicas emergió el tema bioético de forma principal (2).

En esos años finales de la década de los ochenta, en que mis propios trabajos y es-

tudios me orientaban hacia una mayor interpenetración disciplinaria, conocer a Mainetti, Diego Gracia, Hans-Martin Sass, Manuel Velasco-Suárez, Alfonso Llano, Roberto Llanos y otras personas que luego desempeñarían papeles en la bioética latinoamericana, fue importante. Así, al ser nombrado vicerrector de Asuntos Académicos y Estudiantiles en la Universidad de Chile, acompañando al rector Jaime Lavados en su gestión entre 1993 y 1998, ya habíamos avanzado en formar una comisión primero y un centro de estudios después. Íntimamente relacionadas con el trabajo de nuestra oficina en Washington D.C., liderada por Jorge Litvak, tales iniciativas desembocaron en una alianza con la OPS y el establecimiento del Programa Regional de Bioética (3).

Que el Programa se estableciera en Santiago de Chile obedeció a muchos factores: el interés del jefe de la oficina jurídica de la OPS, Hernán Fuenzalida, el trabajo que habíamos realizado en la Universidad de Chile y la recomendación, entre otros, de James Drane. La OPS había encargado a Jim para que viajara por el continente. Escribió sendos informes sobre ese viaje y, tras algunos altibajos, se pudo concretar el acuerdo entre la OPS, el Gobierno de Chile y la Universidad de Chile, en enero de 1994. El Programa Regional se inició bajo la dirección de Julio Montt, ex ministro de Salud chileno.

Cuando, en 1998, dejé el cargo de vicerrector de la Universidad de Chile, el director de la OPS, Dr. George Alleyne, me ofreció la dirección del Programa Regional. Desde entonces, la colaboración armoniosa entre el Gobierno chileno, la Universidad de Chile y el Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile ha produci-

do los frutos que originalmente se esperaron. Al cumplirse diez años de la instalación del Programa, ya convertido en Unidad de Bioética, recordamos sus comienzos, repasamos sus lineamientos generales y formulamos sus desafíos inmediatos. En esa conmemoración, como merecía, rendimos un homenaje a Jim Drane por sus aportes y su permanente disposición para ayudar (3).

### Una carrera particular

Nacido en 1930, Jim Drane estudió en el *Little Rock College, Arkansas*, en la Universidad Gregoriana de Roma, en el *Middlebury College*, Estados Unidos, y en la Universidad de Madrid, España. Obtuvo grados en Teología, Lenguas Romanas y Filosofía. Fue ordenado sacerdote en 1956. Después de estos estudios, realizó otros en *Georgetown University*, *Yale University*, *Menninger Clinic* y otras instituciones, ampliando sus experiencias y conocimientos en el campo de la medicina, la psiquiatría y las lenguas románicas.

Hacia 1967, James Drane enseñaba Filosofía y Lenguas en el Seminario de Little Rock, Arkansas. Ya era un sacerdote de promisoría carrera en el seno de la Iglesia, doctor en Filosofía por la Universidad de Madrid y admirado por su conocimiento de las Lenguas Romanas. Había escrito una tesis sobre la libertad religiosa y la tolerancia. Era ya viajero impenitente, que había visitado secretamente la Unión Soviética y escrito un libro sobre su viaje (*"Pilgrimage to Utopia"*), el cual se tradujo al español y obtuvo una buena resonancia. Al fin, hombre de pensamiento y reflexión, al cual los aires renovadores del Concilio Vaticano II hacían concebir grandes esperanzas.



Las esperanzas de Jim, como de otros católicos en aquel tiempo, se cifraban en una renovación de la Iglesia Católica, no en su núcleo doctrinal pero sí en las prácticas concretas y el comportamiento de los creyentes. Los laicos querían un *aggiornamento* que permitiera, si no flexibilizar, al menos humanizar la ortodoxia. Entre los muchos temas que ocupaban por aquel tiempo las conciencias, el de la reproducción humana tenía un lugar importante. Eran los años posteriores a la introducción de la anticoncepción química, que liberaba a las mujeres de la obligada asociación entre el placer del sexo y la procreación. Eran años de cambio en las jerarquías, las cuales se remozarían si la autoridad brindaba ocasión renovada para el diálogo y la participación.

James Drane recordaba con dolorosa nitidez una entrevista que sostuvo al comienzo de su carrera sacerdotal con un joven matrimonio que, agotado por las deudas y las estrecheces económicas, no deseaba tener más hijos. La Iglesia Católica no les permitía más opciones que los llamados “métodos naturales” (como el Billings) para el control de una natalidad ya no deseada. Al no poder ayudar a esa pareja, el padre Drane investigó durante años el tema y se formó una opinión, vertida en sendos artículos que publicó en el diario “*Arkansas Gazette*” en 1967. La resonancia de esos textos sobrepasó el ámbito de un periódico local. Cuando sólo faltaba una semana para que se terminara de publicar la serie, el padre Drane recibió una carta de su obispo indicándole que sus opiniones transgredían severamente la ortodoxia y que debía dejar sus tareas en el seminario.

Lo que siguió fue un proceso relativamente rápido, en el marco del derecho canóni-

co, durante el cual James Drane reclamó su derecho a ser escuchado, apeló las decisiones de los tribunales, llegó hasta Roma. Se le ofreció, como alternativa, ser destinado a una lejana parroquia y enmudecer para siempre, o retractarse públicamente de lo que había escrito. Jim no hizo ninguna de las dos cosas y solicitó ser destinado al estado laico. La descripción que hace de su última conversación con autoridades eclesásticas, en Washington, D.C., cabría perfectamente en una antología de los desencuentros. Mientras se dirigía a la Nunciatura Apostólica, el chofer del taxi que lo llevaba le preguntó qué iba a hacer en esa embajada vaticana. Al responder Jim, el taxista detuvo su vehículo y, casi como la voz innominada del pueblo llano, lo conminó a persistir en sus convicciones, a defender la coherencia de su pensamiento y a brindar, con su ejemplo, una esperanza para la Iglesia y su renovación.

En seguida inició una búsqueda de trabajo, primero en la Universidad de Yale, donde le acogió el teólogo protestante Gustafson, y luego en lo que más tarde sería la Universidad de Edinboro de Pennsylvania, en la cual se quedó enseñando y trabajando hasta jubilarse. Su llegada a esa universidad fue un azar climático. Viajando en avión, una tormenta de nieve obligó a Jim a quedarse varios días en esa localidad cercana al lago Erie. Le dio tiempo para conversar con las autoridades, conocer el lugar, apreciar las bondades del retiro provinciano y decidir quedarse.

A lo largo de su vida profesional, Jim Drane ha mantenido amistades duraderas con personas de muy diversa persuasión, pero se mantuvo fiel a la religión católica y sus ritos. En la época germinal del *Hastings Center* compartió proyectos e



iniciativas con Daniel Callahan y conoció a todos los iniciadores y gestores del *Kennedy Center* de la Universidad de Georgetown, además a casi la totalidad de los académicos y estudiosos que contribuyeron a delinear el campo de lo que después sería la bioética. Para mí, en lo personal, Drane y sus consejos han significado proyectar sobre mis iniciativas y trabajos el aura de una solvencia intelectual y una apertura de horizontes que han satisfecho muchos de mis intereses. Una de sus primeras acciones fue hacer que me invitaran a una importante reunión del *Park Ridge Center* de Chicago, en 1990, durante la cual no sólo conocí a muchos y destacados cultores de este novel campo de estudios, sino también tuve una visión de primera mano sobre las “nuevas voces” y las nuevas orientaciones en la bioética de entonces.

### Las contribuciones de James Drane

No es el propósito de este texto evaluar de manera crítica los libros y artículos de Drane. Su pensamiento ha escudriñado aspectos muy diversos de la realidad social y se ha enfrentado a entornos culturales y académicos muy heterogéneos. Su activa participación como conferenciante en congresos, seminarios y talleres le ha convertido en un invitado bienvenido en muchos países y su fluído dominio de la lengua española ha garantizado su presencia en casi todos los países hispanoparlantes en donde se ha desarrollado la preocupación bioética.

Después de escribir, su todavía inédita tesis, sobre la tolerancia y la libertad religiosa (premonitoria elección de tema,

considerando las peripecias ulteriores), Drane publicó *“Authority and institution”*, libro que en 1969, dos años después de su expulsión de las filas del clero, quería sugerir que la estructura de las instituciones religiosas no es parte de la verdad revelada, sino un instrumento que debe entenderse en el contexto político que es propio de sus gestores y con fundamento en sus raíces históricas.

A ese libro siguió *“A new american reformation”* en 1974, *“Religion and ethics”*, en 1977 y *“Your emocional life”* en 1984. Estos escritos tienen en común el intento por comprender la circunstancia histórica y personal de la nueva juventud de esos años, los avatares biográficos del autor y lo que había obtenido de su paso por la famosa *Menninger Clinic* y haber tomado contacto con la psiquiatría y las ciencias del comportamiento.

En *“Becoming a good doctor”*, de 1989, se reconoce la impronta de Pedro Laín Entralgo y José Luis Aranguren, ambos amigos y maestros de Drane. Este libro recuerda que la mayor parte de los ejemplos usados en los cursos de Teología Moral provienen de la Medicina. También destaca que ésta es un campo privilegiado para el estudio de cuestiones éticas y que cualquier reflexión sobre la virtud estará bien servida si considera lo que acontece en el ámbito privilegiado de esta profesión. El libro tuvo una edición española en 1993, publicada en Bogotá, D.C., Colombia.

*“Clinical Bioethics”*, publicado en 1994, fue concebido como un texto práctico que ayudara a los comités de ética en la toma de decisiones. Es un libro eminentemente útil, orientado al lector atareado, que pre-





cisa una rápida orientación sin perder rigurosidad.

En 1997, Drane publicó el libro *“Caring to the end”*, otro trabajo de corte eminentemente práctico, que enseña ética a quienes laboran en salas de cuidado intensivo o en el marco de instituciones de atención de enfermos terminales. En 1999, la OPS publicó la traducción que preparamos en Santiago de Chile con el título *“El cuidado del enfermo terminal”*. Se trata de un texto que ha tenido una buena acogida entre los profesionales de la salud (4).

El libro *“More humane medicine”*, de 2003, inauguró la flamante *Edinboro University Press* y fue traducido al portugués en conjunto con Leo Pessini. Su traducción al español está demorada, probablemente por la necesidad de reconsiderar algunos puntos polémicos que este texto destaca. Baste señalar que su subtítulo reza *“A liberal Catholic bioethics”*, lo cual puede ser complejo de aceptar en algunos círculos.

A los libros mencionados deben agregarse los numerosos artículos publicados por Drane en distintos medios técnicos y de prensa. Algunos de ellos han sido usados como material de enseñanza en cursos dictados en diferentes instituciones.

### **Balance y perspectivas: un aporte perdurable**

Si alguien me pidiera resumir lo que sé de James Drane diría que es un *scholar* que no ha transado los principios de la fe de su infancia pero ha intentado reformularlos en un contexto de tolerancia y apertura. Ha tenido la dicha de una carrera acadé-

mica en un oasis como la universidad que lo ha acogido, ejemplo característico de esa combinación de vida provinciana bucólica y demandas docentes e intelectuales que son los centros de estudio del tipo de *Edinboro University of Pennsylvania*.

Al retirarse de la vida activa, Jim ha querido testimoniar su compromiso perdurable con la causa bioética en el continente latinoamericano y caribeño, legando los recursos que pusiera a disposición de la universidad el difunto Russell B. Roth, presidente que fue de la *American Medical Association*, amigo y mecenas. El establecer un Centro de Estudios que llevará su nombre permitirá ofrecer a los cultores de la bioética un refugio intelectual libre de imposiciones doctrinarias y será un estímulo para la producción intelectual. Para quien escribe estas líneas, haber sido nominado como el primer *scholar* de este naciente centro en 2005 y contribuir a gestar la arquitectura de su gestión, constituyen dos motivos de tranquila satisfacción y orgullo.

Cuando deba escribirse la historia real de la bioética en nuestro continente, sin duda algunas de las ideas expresadas en este trozo de rehistoria serán parte del relato oficial. Para cuando eso ocurra, habrá desaparecido, espero, esa efervescencia de los comienzos y el vocinglero tercermundismo militante que algunos confunden con la lucha por la equidad de los pueblos. Habremos dejado atrás, imagino, la villanía intelectual que lleva a protagonismos mal inspirados y negativos. Se habrá adquirido la respetabilidad de un campo de estudio sobrio y productivo, acorde con la circunstancia en que se desarrolla, fiel a sus raíces y muestra de excelencia. Cuando eso ocurra, la figura de James Drane

deberá alinearse junto a las más importantes en esta empresa.

### Referencias

1. OPS, *Bioética. Temas y perspectivas*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1990 (hay edición en inglés del mismo año). Publicación Científica N° 527.
2. Lolas, F. *Bioética y antropología médica*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2000.
3. Lolas, F. (ed.) *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de bioética en la OPS*. Santiago de Chile: Unidad de Bioética, Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS; 2004.
4. Drane, J. F. *El cuidado del enfermo terminal*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1999.

No es el propósito de este texto evaluar de manera crítica los libros y artículos de Drane. Su pensamiento ha escudriñado aspectos muy diversos de la realidad social y se ha enfrentado a entornos culturales y académicos muy heterogéneos. Su activa participación como conferenciante en congresos, seminarios y talleres le ha convertido en un invitado bienvenido en muchos países y su fluído dominio de la lengua española ha garantizado su presencia en casi todos los países hispanoparlantes en donde se ha desarrollado la preocupación bioética. **FERNANDO LOLAS STEPKE**



---

# ALIMENTOS TRANSGÉNICOS Y DERECHO HUMANO A LA SALUD\*

---

Ángela Aparisi Miralles\*\*

## RESUMEN

La autora analiza en forma detallada la importancia que tiene en el debate ético y bioético la creación de organismos genéticamente modificados, en particular, la obtención de alimentos transgénicos. Desde una perspectiva política, jurídica y económica estudia las implicaciones para la salud humana y el ambiente. Enfatiza en las dificultades que se presentarían, en especial, en los países del tercer mundo, para el acceso al mercado de las semillas transgénicas. Concluye que el criterio fundamental en este debate ético debe ser la primacía del bien común de los más necesitados sobre los intereses particulares manifestados en la obtención de las patentes y la necesidad de controlar cualquier atentado implícito contra la biodiversidad y la salud humana.

## ABSTRACT

From a political economical and legal point of view the author analyzes genetically modified organisms (GMO's) implications on human health and environment. By emphasizing the pitfalls developing countries had to face with in order to obtain modified seeds, she advocates both vulnerable people rights over private initiatives potentially harmful and protection of biodiversity and human health.

Los alimentos transgénicos abren un complejo debate sobre aspectos muy diversos: frente a sectores económicos comprometidos con la rentabilidad de las nuevas especies, se sitúan los que desconfían de estas técnicas por la falta de estudios rigurosos sobre su inocuidad. Los cultivos transgénicos aparecen como una revolución de la actual agricultura, sin embargo la recomendación debería ser la prudencia, ya que la incorporación de nuevas especies al medio ambiente podría llegar a afectar la riqueza de la diversidad y el equilibrio de los ecosistemas. Habría que añadir que ya

se conocen riesgos para la salud del ser humano, como intolerancias a los alimentos transgénicos y un incremento de alergias, además de resistencias a antibióticos debido a las características del proceso de transferencia genética. Si bien las objeciones no recaen en la tecnología de recombinación del ADN, la rapidez del desarrollo de las nuevas tecnologías y la necesidad de obtener beneficios origina la falta de estudios realizados a mediano y corto plazo. Por otro lado, el uso de las patentes de estas nuevas especies podría limitar el número de individuos que se beneficiarían de las ventajas de las variedades transgénicas, pudiendo incrementarse la dependencia de los países pobres hacia los ricos. Por tanto,

---

\* Tomado de la revista *Cuadernos de Bioética* N° 53, Vol. XV, 1ª. 2004, pp. 59-75.

\*\* Ver reseña biográfica en la página 5.

el control de las nuevas especies transgénicas debería tratarse con cautela y como una cuestión de carácter público, ya que tiene efectos sobre el medio ambiente afectando a todas las especies vivas e incluso a las futuras generaciones.

El cultivo de vegetales transgénicos<sup>1</sup> así como su comercialización para el consumo humano, ha dejado de ser una posibilidad para convertirse en una realidad<sup>2</sup>. Su desarrollo comenzó en la década de los ochenta, con el descubrimiento de las técnicas que permiten la fragmentación y la manipulación de secuencias de ADN. Tras varios años de estudio de las plantas genéticamente modificadas<sup>3</sup>, se pasó a su cultivo a gran escala. Así, en la década de los noventa aparecieron en el mercado las primeras variedades obtenidas por recombinación

de ADN<sup>4</sup>. En el cultivo de estos vegetales transgénicos se destacan, en la actualidad, los países asiáticos, el sur de América y los Estados Unidos. En este último país la extensión de terreno sembrado con maíz modificado genéticamente equivale a más de la superficie total que la Unión Europea dedica al cultivo tradicional de maíz.

Estos alimentos son uno de los resultados más destacados de la denominada “revolución biotecnológica”. Con ellos se ha dado un salto cualitativo en relación al dominio de la vida. En realidad, se ha superado una de las últimas barreras naturales. Los seres humanos ya somos capaces de reprogramar el código de la vida y de crear nuevas especies, antes inexistentes, de acuerdo con nuestros intereses económicos, sociales, etc.

Sin embargo, no todos comparten esta opinión. Para algunos no existe diferencia cualitativa entre las tradicionales intervenciones del hombre en la naturaleza y la actual biotecnología. Sostienen que nos hallamos ante un proceso continuo. Desde este punto de vista, se entiende que la

1 Hay que tener en cuenta, asimismo, la existencia de animales transgénicos y, en consecuencia, alimentos transgénicos de origen animal. Sin embargo, las plantas han sido los primeros organismos modificados genéticamente que han llegado en forma masiva al mercado. Ello debido a que los vegetales ofrecen una mayor posibilidad de regeneración a partir de cultivos *in vitro*. Además, crean grandes expectativas en relación al incremento de la productividad en la agricultura.

2 Ya a principios del año 2000 se habían comercializado en todo el mundo más de 50 especies transgénicas, destinadas al consumo humano. Se calcula que existen entre 250 y 300 vegetales transgénicos que se encuentran, bien en las últimas fases de experimentación, bien en las primeras etapas de solicitud para su comercialización. Vocalía Nacional de Alimentación, “Transgénicos, a fondo”. *Farmacéuticos* 239 (2000) 25.

3 En 1983 se produjeron las primeras plantas transgénicas, aprovechando las propiedades de la bacteria *Agrobacterium tumefaciens* para transferir el DNA a las plantas que infecta.

4 Esta situación ha dado lugar a la denominada “tercera revolución verde”, después de la neolítica y de la iniciada en el siglo XX por la aplicación de la genética. Se estima que la superficie total cultivada con cinco importantes organismos modificados

genéticamente se multiplicó por más de 6 entre 1994 y 1997. Así, por ejemplo, de 1996 a 1997 se pasó, en cuanto a superficie mundial de cultivos modificados genéticamente, de 525.000 hectáreas de maíz a 4.400.000; de 400.000 hectáreas de soja a 5.250.000; o de 40.000 hectáreas de patata y tomate a 500.000 (Martínez, A., Astiasarán I. *Alimentos: composición y propiedades*, Universidad de Navarra, Pamplona, 1999, 410). Entre los productos obtenidos de cultivos modificados genéticamente y comercializados en Europa (se estima que se importa el equivalente anual a 20 millones de hectáreas), se encuentran la soja, el maíz, la achicoria, el calabacín, la patata y el tomate. En España se han recolectado 20.000 has. de maíz manipulado genéticamente procedente de la multinacional *Novartis*, con lo que se ha convertido en el primer país productor de la UE.



denominada “revolución biotecnológica” no es más que un paso adelante en un camino tan antiguo como la humanidad<sup>5</sup>. Desde que el hombre dejó de ser nómada, para dedicarse al cultivo de la tierra, ha intentado mejorar las especies. En un principio, esto se consiguió con la selección de las semillas portadoras de características más deseables. Posteriormente, la pretendida mejora de las especies se ha llevado a cabo a través de la modificación de las poblaciones mediante una selección artificial. El tercer paso sería la modificación genética.

A ello se puede responder que, ciertamente, los seres humanos hemos modificado en forma activa, durante milenios, la naturaleza. Pero nunca antes estuvo a nuestra disposición la tecnología y los instrumentos para “rediseñarla” con la velocidad y profundidad que permiten las biotecnologías modernas<sup>6</sup>. En la actualidad, la bio-

tecnología ha superado, incluso, las restricciones que imponen las especies, rompiendo límites que se consideraban infranqueables. La intervención o manipulación no se efectúa en el nivel de la especie, sino en el de su genoma. Así, por ejemplo, ya en 1983 se consiguió la creación del denominado “superratón”. Esta nueva especie se obtuvo al insertar unos genes humanos: en concreto, los responsables de la hormona del crecimiento, en embriones de ratón. Asimismo, en 1986, los científicos consiguieron la creación de hojas de tabaco resplandecientes. Ello fue el resultado de tomar el gen responsable de la emisión de la luz de las luciérnagas e insertarlo en el código genético de una planta del tabaco<sup>7</sup>.

El cultivo y comercialización de los alimentos transgénicos ha estado acompañado de un fuerte debate científico y social<sup>8</sup>,

- 5 Cfr. Comparecencia de D. Antonio Pou Royo en la Comisión especial sobre la manipulación genética con fines de producción de alimentos, Diario de Sesiones del Senado, 1999, 459, 2. En este sentido, García Peregrín afirma que muchos de los cultivos que hoy conocemos son diferentes de aquellos de los que se obtuvieron. Así, las mazorca de maíz salvaje tenían muy pocos granos, las patatas originales eran muy pequeñas y los primeros pimientos eran muy picantes. García Peregrín, E., “Alimentos transgénicos (1)”, *Hefagra*, (1999), 65-69. Zarazaga mantiene que “la domesticación de los primeros animales y el cultivo de las primeras plantas, podría considerarse como el primer proceso biotecnológico que marca el descubrimiento más importante y decisivo en la historia de la humanidad” (Zarazaga, I., “Biotecnología genética y agroganadera” *Biotecnología y Derecho. Perspectivas en Derecho Comparado*, Romeo, C. M., Granada, Comares, 1998, 314).
- 6 Riechmann, J., *Cultivos y alimentos transgénicos. Una guía crítica*, Libros de la Catarata, Madrid, 2000, 56. Por eso, afirma este autor que sostener que “no hay que preocuparse porque no existen diferencias entre cruzar dos variedades de trigo e insertar en un tomate genes de un pez, ya que “todos somos transgénicos”, es confundir malintencionadamente”.

- 7 Rifkin, J., *El siglo de la biotecnología*, Crítica, Barcelona, 1999, 30.
- 8 Incluso, la misma utilización de los términos “ingeniería genética” o “manipulación genética” no se encuentra, en la actualidad, exenta de controversia. Así, algunos colectivos han alertado acerca de la existencia de intentos de despojar a palabras como “manipulación” o “transgénico” de cualquier atisbo de connotación peyorativa. Otro de los vocablos presentes en el debate, con fuertes implicaciones emotivas, es el término “natural”. Se le suele atribuir el significado de “inocuo”, por contraposición a lo “manipulado”, entendido como lo dañino o nocivo. En este sentido, Greenpeace ha denunciado que, desde hace mucho tiempo, la industria agroquímica se está esforzando por eliminar del debate cualquier término lingüístico que posea carga negativa. El objetivo perseguido es lograr un efecto “tranquilizador” en los usuarios. La consecuencia práctica es que palabras como “manipulación”, que pueden tener una connotación negativa, se sustituyen por “modificación”, que no la posee. De este modo, los organismos que se manipulan genéticamente pasan a ser denominados oficialmente “organismos modificados genéticamente” (OMG). Vid. [http://www.greenpeace.es/biodiversidad/bio\\_](http://www.greenpeace.es/biodiversidad/bio_)

que ha tenido implicaciones económicas y jurídicas<sup>9</sup>. Las posiciones se encuentran bastante definidas. Un importante grupo de presión está constituido por sectores económicos fuertemente comprometidos en la rentabilidad de estas nuevas especies. Éstos impulsan la introducción de los alimentos transgénicos en el mercado, presentándolos como el último avance de la aplicación de la biotecnología a la industria alimentaria. Se destacan, en ese sentido, sus múltiples ventajas y aplicaciones.

6. [http://www.greenpeace.es/biodiversidad/bio\\_6.htm](http://www.greenpeace.es/biodiversidad/bio_6.htm)

Asimismo, la Comunidad Europea ha encontrado otro nuevo término para designar a los alimentos transgénicos, el de “novel food”, que parece totalmente inocente y casi no se relaciona con la manipulación genética. En realidad, el recurso al eufemismo, con el fin de evitar el riesgo de un posible rechazo social, ante la introducción de un nuevo producto o técnica, no es una novedad. Un ejemplo claro de ello, ha sido el intento de sustituir términos como “aborto” o “efecto abortivo” por otros, como “interrupción del embarazo”, “anticonceptivo de urgencia”, “efecto antiimplantatorio”, etc.

- 9 La discusión se ha caracterizado por la existencia de una gran disparidad de criterios que, incluso, han llegado a desembocar en posturas enfrentadas. Muñoz, señala que los cultivos transgénicos “están en el centro de un agitado debate social, que ha explotado en el año 1999, hasta el punto de convertirse en un desastre para la industria biotecnológica, y en el aumento de la percepción social negativa hacia la ciencia, a la que en esta película, se le está atribuyendo el papel de “malvado” (Muñoz, E., “Los cultivos transgénicos y su relación con los bienes comunes”, *Bioética* 2000, Palacios, M., Oviedo, Nobel 2000, 373). Antonio Pou señala, en el mismo sentido, que este tema conlleva, para algunos, un cariz un tanto “religioso”, “en cuanto que tendríamos que hablar de fanatismo a favor o en contra” (Comparecencia de D. Antonio Pou Royo en la Comisión especial sobre la manipulación genética con fines de producción de alimentos. Diario de Sesiones del Senado 1999, 459: 2). En abril de 2000, la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América promovió un panel para la regulación de las plantas transgénicamente modificadas para repeler plagas. Concluyeron afirmando

Frente a ellos, se sitúan los que desconfián, seriamente, de las nuevas técnicas, debido a la ausencia de estudios rigurosos sobre su inocuidad, y a los precedentes abusos cometidos en su aplicación. En cualquier caso, es interesante destacar que el debate se plantea, fundamentalmente, desde parámetros técnico-científicos y económicos. En este sentido, no puedo dejar de hacer notar que la introducción de gran parte de productos modificados genéticamente en el ámbito del mercado sólo puede ser defendida, en última instancia, en términos económicos y de incremento de la productividad. En realidad, la mayor elasticidad de la piel del tomate o la incorporación de soja modificada “son beneficiosas para el agricultor, en el sentido de que le permiten producir una mayor biomasa *per capita*; en otras palabras, mejora su rentabilidad”<sup>10</sup>.

Sin embargo, considero que reducir el debate sobre la aceptación de las especies transgénicas a estos extremos implica un reduccionismo radical en el enfoque del tema. Para abordarlo con un mínimo rigor resulta imprescindible reflexionar, con cierto detenimiento, sobre el modelo de relación del hombre con la naturaleza, que

que los cultivos transgénicos no ofrecían problemas para la salud y el medio ambiente. Ciertos grupos industriales aprovecharon esa declaración para adelantar a los medios de comunicación, que los alimentos modificados, que en ese momento se encontraban presentes en el mercado, eran seguros. Por otra parte, grupos ecologistas rechazaron las conclusiones, por considerar que estaban empañadas por la presión o vínculos mantenidos con la industria (Kaiser, J., “Transgenic crops report fuels debate”, *Science*, 288 (2000) 245).

- 10 Unalkat, P., “Alubias, genes y temas. La necesidad de precaución”, *Biotechnología y Derecho. Perspectivas en Derecho Comparado*, Romeo, C. M., Granda, Comares, 1998, 400.



subyace, en general, a las demandas de admitir jurídicamente, con las mínimas restricciones, la creación y comercialización de los alimentos transgénicos. Frente a la actual presión de la industria biotecnológica, tendiente a conseguir el libre mercado para las especies transgénicas, es necesario analizar, de una manera objetiva e interdisciplinar, lo que éstos productos van a suponer para el ser humano y para el resto de lo creado. De cualquier forma, hay que partir de la base de que incluso el propio cuidado de la salud humana pasa por el respeto a lo creado. Es decisivo que el hombre cobre conciencia de que la protección de sí mismo pasa, necesariamente, por la protección de la naturaleza<sup>11</sup>. Cuando el hombre no ve en ella más que meros objetos, susceptibles de producir beneficios, no tardará mucho en trasladar esa visión cosificada a las personas que le rodean. El ser humano, como ha señalado el profesor Ballesteros, debe “protegerse de sí mismo, fijar límites a sus propias quimeras, dejar de creerse propietario del mundo y de la especie y admitir que no tiene más que un usufructo”<sup>12</sup>.

En consonancia con esta visión, al abordar la problemática de la incidencia de los alimentos transgénicos en la salud humana voy también a referirme con brevedad, al impacto medioambiental de los mismos. Presupongo la idea de que el ser humano es parte integrante de lo creado, entendi-

do como totalidad. La persona no puede ser concebida de una manera en absoluto independiente del medio ambiente. Este influye en forma decisiva en su vida y en su desarrollo. La misma ciencia nos presenta un universo interconexo, en el que cualquier elemento está vinculado, por muy indirectamente que sea, con todos los demás<sup>13</sup>.

Como ya he señalado, es muy frecuente que el debate en torno al cultivo, y comercialización para el consumo humano, de especies vegetales transgénicas, gire en torno a su posible productividad y rentabilidad para la agricultura intensiva y para el consumo humano. Sin embargo, en muchas ocasiones, faltan protocolos rigurosos sobre los efectos, a corto, mediano y largo plazo, de los cultivos transgénicos, sobre el resto de cultivos no contaminados y, en definitiva, sobre el equilibrio ecológico. En la actualidad, y ante la falta de tales estudios, existen opiniones encontradas. Para algunos sectores, con frecuencia, relacionados con la industria biotecnológica, precisamente la actual degradación del medio ambiente se convierte en un argumento para apoyar las nuevas especies. Así, por ejemplo, se señala que si se consiguieran plantaciones que autogeneraran sus propias defensas, se eliminaría drásticamente el uso de insecticidas<sup>14</sup>. También se reduciría la

11 En general, sobre el surgimiento de la conciencia ecológica, y la aportación de la Iglesia Católica al desarrollo de una filosofía medioambiental, Sgreccia, E., Pennacchin, M., Fisso, M. B., “I documenti della Chiesa Sulla questione ambientale” *Medicina e Morale*, 4 (2000) 635-675.

12 Ballesteros, J., *Ecologismo personalista*, Tecnos, Madrid, 1995, 38.

13 Rogers, C., “Un nuevo mundo, una nueva persona. Ecofilosofías”, *Cuaderno de Integral*, (1984), 3.

14 En Andalucía se ha ensayado un tipo de algodón transgénico con efectos satisfactorios frente a insectos que lo atacan. Ello permite una reducción de entre 1000 y 2000 toneladas de insecticida al año, lo cual beneficia claramente al medio ambiente. Cfr. Comparecencia de D. Francisco García Olmedo en la Comisión especial sobre la manipulación genética con fines de producción de alimentos, Diario de Sesiones del Senado, 1999, 459, 11.



dependencia de fertilizantes y de herbicidas químicos. Se trataría, por ello, de nuevas especies que mejorarían la situación actual de los cultivos.

Por el contrario, para otros colectivos –en muchos casos cercanos a los planteamientos ecologistas–, las repercusiones sobre el equilibrio medioambiental de los cultivos transgénicos a gran escala son, en la actualidad, indeterminadas. Por ello, el más mínimo riesgo justificaría una moratoria o, al menos, la existencia de rigurosos protocolos. En este sentido, se reclama una cierta cautela frente a los posibles efectos negativos, sobre la biodiversidad de los cultivos transgénicos. Asimismo, se denuncia la celeridad con la que se produce el paso de la investigación básica a la aplicada, e incluso al consumo humano. En este sentido, García Olmedo, en su comparecencia en la Comisión que se constituyó en el Senado sobre la manipulación genética con fines de producción de alimentos, manifestó:

“A toda revolución científica, por supuesto, le sigue siempre una tecnológica. Lo que es nuevo o distinto es que si normalmente pasa un tiempo antes de obtener las aplicaciones, en este caso ese tiempo ha sido mínimo y casi inexistente, hasta el punto de que gran parte de las aplicaciones han salido de los mismos laboratorios donde se estaba haciendo el avance básico”<sup>15</sup>.

Por otro lado, hay que tener presente que los productos manipulados son organismos vivos extraños que, una vez liberados en el medio ambiente, pueden expandirse

y cruzarse con sus parientes silvestres. Así, por ejemplo, conviene tener en cuenta que, cuando una planta adquiere nuevas sustancias químicas para defenderse de los herbívoros, los insectos herbívoros desarrollan a su vez nuevos mecanismos de desintoxicación<sup>16</sup>. No hay que olvidar lo ocurrido con especies liberadas en otros ambientes, bien de forma ocasional (como los visones en Galicia), incidentalmente (como la abeja africana en Brasil que, desde 1956, está invadiendo América Central y el sur de los Estados Unidos) o intencionadamente, como es el caso del cangrejo americano, resistente a la afanomicosis. Esta especie ha invadido los ríos de España, trastocando el hábitat natural de nuestras riberas y dañando los intereses de muchos horticultores<sup>17</sup>.

La realidad es que la incorporación de estas especies al medio ambiente puede llegar a afectar, severamente, la riqueza de la diversidad y el equilibrio de los ecosistemas<sup>18</sup>. Por ello, sus consecuencias son muy

15 Comparecencia de D. Francisco García Olmedo en la Comisión especial sobre la manipulación genética con fines de producción de alimentos, Diario de Sesiones del Senado 1999, 459, 10.

16 Mayr define a este proceso como “coevolución” de las especies. Mayr, E., *Así es la Biología*, Debate, Madrid, 1998, 235.

17 En este sentido ha señalado Greenpeace que: “el peligro que conlleva puede compararse al que va unido con la introducción de una especie en un sistema ecológico donde no ha existido anteriormente (...) exactamente igual que una especie extraña, un organismo manipulado tiene una ventaja competitiva con respecto a sus familiares salvajes y otras especies, pudiendo llegar a eliminarlas. El organismo manipulado genéticamente también puede hacer pasar sus nuevas disposiciones hereditarias a las especies silvestres, y de ésta forma crear un desequilibrio en el sistema ecológico” [http://www.greenpeace.es/biodiversidad/bio\\_6htm](http://www.greenpeace.es/biodiversidad/bio_6htm). Zarazaga, I., “Biotecnología genética y agroganadera”, *Biotecnología y Derecho. Perspectivas en Derecho Comparado*, Romeo, C. M., Granada, Comares, 1998, 353.

18 Sobre este tema se puede consultar Tilman, D. “Causes, consequences and ethics of biodiversity”, *Nature*, 405 (2000) 208-11. En este sentido, Laca-



difíciles de valorar<sup>19</sup>. Por ejemplo, una planta transgénica puede ser resistente a un insecto nocivo pero, al mismo tiempo, puede ser letal para otros insectos de los que no se desea su desaparición o eliminación. Por ello, la Directiva 2001/18 CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, califica genéricamente de *irreversibles* todos los posibles daños asociados a la liberación de organismos modificados genéticamente, con independencia del perjuicio producido. Por ello, la aplicación y extensión de estos cultivos demanda un importante margen de prudencia<sup>20</sup>.

Corroborar esta postura, el mayor estudio científico, que se ha realizado hasta la fecha sobre el impacto ecológico de los cultivos transgénicos. Se trata de un informe, encargado a un equipo de científicos por el gobierno británico en 1999, y publicado en 2003 en la revista *Philosophical*

*Transactions: Biological Sciences*<sup>21</sup>. Este trabajo, elaborado durante tres años, ha demostrado que los organismos manipulados genéticamente, y en concreto la colza y la remolacha azucarera, provocan graves daños medioambientales. El estudio, en palabras de Les Firbank, miembro del Centro de Hidrología y Ecología británico, y coordinador de la investigación, “revela diferencias significativas sobre la biodiversidad en los cultivos transgénicos en comparación con los convencionales”. Ha comprobado que los cultivos transgénicos dañan la vida de las plantas convencionales y la de los insectos que habitan en un ecosistema. Los científicos afirmaban, por ejemplo, que las abejas que llevaban polen de colza modificado genéticamente habían contaminado plantaciones situadas a 26 kilómetros de distancia. Los investigadores sentenciaban que basta con que se plante una vez colza transgénica para que la tierra quede contaminada durante 16 años. Por ello, entre sus recomendaciones se incluye una solicitud de no autorización del cultivo de estas especies transgénicas<sup>22</sup>.

En atención a estas conclusiones, la mayoría de los miembros de la Comisión británica que había encargado el informe, han expresado la necesidad de que la industria biotecnológica cree un fondo, cuya finan-

dena ha puesto de manifiesto que la mejora genética puede tener algunas consecuencias preocupantes, como el hecho de que la especialización de sus fines conduzca a un deterioro de la reserva genética de las especies cultivadas y domésticas. Cfr. Lacadena, J. R., “Problemas genéticos en relación con el medio ambiente”, *Ética y ecología*, Gafo, J., S.J., Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 1991, 107.

19 En mayo de 2000 saltó a los medios de comunicación el incidente ocasionado por la exportación, por error, a la Unión Europea de semillas de colza genéticamente modificadas. La empresa *Advanta* importó semillas de Canadá como producto genéticamente no modificado. En pruebas posteriores detectó que contenían un bajo nivel, menos de un 1%, de impurezas transgénicas. Según la empresa, la mezcla pudo producirse a través del polen de plantaciones de cultivos genéticamente modificados en Canadá, en el año 1998.

20 En este sentido Vandana Shiva, una de las más conocidas representantes del Ecofeminismo, ha denunciado públicamente que en la India las multinacionales de transgénicos están acabando con la biodiversidad y los cultivos tradicionales de los campesinos.

21 VVAA, “The Farm Scale Evaluations of spring-sown genetically modified crops” *Philosophical Transactions: Biological Sciences, Series B*, 358 (1439) (2003), 1775 y ss.

22 En el estudio se contabilizó el número de especies de hierbas, varios tipos de arañas, escarabajos, mariposas, polillas y abejas en los cultivos modificados genéticamente y en los terrenos de cultivos convencionales colindantes. En el caso de los terrenos dedicados a cultivos transgénicos, el número de hierbas e insectos se redujo significativamente.

ciación se obtendría a partir de un nuevo impuesto que gravaría a los agricultores de campos transgénicos. Tal fondo tendría como finalidad compensar los daños producidos por la contaminación a los agricultores convencionales. Sin embargo, la industria biotecnológica se ha negado rotundamente a esta propuesta<sup>23</sup>.

Por otro lado, no hay que perder de vista un dato constatable: los principios rectores, radicalmente economicistas, que han conducido a la situación actual de suma degradación del medio ambiente, se reproducen, igualmente, en los presupuestos de este nuevo tipo de agricultura. La cruda experiencia de los daños producidos por una agricultura basada en el principio de obtención de progresiva rentabilidad, sin tener en cuenta otros parámetros medioambientales, nos exige una extrema prudencia. No son pocos los que hace algunas décadas tachaban de extremistas a aquellos grupos minoritarios que denunciaron la depredación de la sociedad industrial frente a la naturaleza. Por ello, nos deberíamos hacer entre otras, la siguiente pregunta: ¿no estaremos ante una nueva forma, mucho más refinada, de saqueo de la naturaleza<sup>24</sup>.

23 La Comisión también ha recomendado la creación de un segundo fondo legal, sufragado por el Gobierno, para compensar a aquellos agricultores que pierdan la categoría de producto biológico debido a la contaminación transgénica. Además, advierten que la nueva legislación deberá respetar un mínimo de distancia de separación entre cultivos transgénicos y convencionales. Sostienen, por otro lado, que la normativa debería de ser lo suficientemente flexible como para permitir que, de acuerdo con los datos que se vayan obteniendo, poder incrementar las distancias.

24 De Kathen, A., "The Debate on Risks from Plant Biotechnology: the End of Reductionism?", *Plant Tissue Culture and Biotechnology* 4 (3-4) (1998) 137.

En la actualidad se advierte, al menos en amplios sectores de la población, una falta de información imparcial sobre este tema. Por ello, sería deseable garantizar la existencia de protocolos más rigurosos que garantizaran el rigor y la veracidad de los resultados. Por otro lado, es necesario articular medidas para asegurar que los estudios de evaluación de riesgos abarquen periodos de tiempo significativos. En realidad, es ilusorio pretender valorar potenciales efectos adversos a través de estudios muy limitados en el tiempo. Estos sólo pueden determinar efectos a corto plazo, pero no a mediano o largo plazo. Es claro que la metodología empleada para la evaluación del riesgo determinará el resultado. Además, es importante insistir en que la no existencia de pruebas de riesgo no implica, en ningún caso, ausencia real de riesgo. Es evidente que hay consecuencias nocivas que sólo se conocerán a más largo plazo. Por ello, es necesario conseguir que la gran presión de las empresas de biotecnología por rentabilizar sus inversiones y por captar máximas cuotas de mercado no influya en la determinación del ámbito temporal del estudio de evaluación del riesgo de las nuevas especies.

Además, existe un claro factor de riesgo relacionado con la actual incertidumbre sobre la misma aplicación de la técnica. Ciertamente, la actuación sobre un determinado gen, que puede ocasionar una sobreexpresión o un silenciamiento de otro gen, puede llevar, en ocasiones y en un espacio de tiempo más o menos largo, a problemas nuevos y subsidiarios a la misma técnica.

Entre los riesgos para la salud humana derivados de las especies transgénicas que ya han sido comprobados se destacan, el



de la intolerancia a estos alimentos y el incremento en la aparición de alergias. ‘También se ha planteado la posibilidad de transferencia de genes marcadores de resistencia a los antibióticos, a las bacterias patógenas presentes en nuestro organismo.

Con respecto a la aparición de alergias, conviene tener presente que la modificación genética se basa, en general, en la expresión de un gen que sintetiza una molécula de naturaleza protéica. Por su parte, las proteínas tienen un lugar destacado en el surgimiento de las alergias. Se puede citar, como ejemplo, el caso del intento de obtención de una soja transgénica con genes de nuez de Brasil.

La proteína principal de la nuez contiene un buen alérgeno. Ello ocasionó que se suscitara alergia a la soja por parte de aquellas personas que son sensibles a la proteína de la nuez de Brasil. Y esto a pesar de que las evaluaciones hechas con anterioridad a la comercialización de la soja habrían dado un resultado negativo. Por esa razón, el intento de obtención de una nueva soja tuvo que ser abandonado.

Además, las proteínas pueden llevar otros riesgos asociados. En este sentido, Martínez Tomey, en su Comparecencia en la Comisión especial del Senado, sobre la manipulación genética con fines de producción de alimentos, afirmó que no podemos limitarnos a valorar –en términos de riesgo– una cadena de ADN modificada, sino que también tendríamos que analizar las consecuencias derivadas de ese hecho en los organismos vivos. Y recordó que el origen de la enfermedad llamada Encefalopatía Espongiforme Bovina está en una proteína alterada, los

priones, que dan al cerebro del animal un aspecto poroso<sup>25</sup>.

La realidad es que los cultivos transgénicos, por su naturaleza, al tener genes extraños en su ADN, pueden codificar nuevas proteínas no presentes de modo natural en los alimentos. Este hecho genera el siguiente problema: los consumidores alérgicos a alimentos conocidos no pueden saber si son o no alérgicos a estos nuevos productos. La única forma segura de conocerlo es el ensayo con personas, es decir, el consumo humano<sup>26</sup>. Ello, a su vez, genera riesgos innecesarios para las personas.

Ya he señalado el peligro que conlleva la utilización, como marcadores, de genes resistentes a antibióticos. Estos genes marcadores son importantes, ya que permiten identificar las células modificadas y, de esta forma, dan la posibilidad de conocer los organismos modificados genéticamente. Su objetivo es facilitar el trabajo de los ingenieros genéticos a la hora de determinar si se ha producido con éxito la manipulación genética. De esta forma, el gen de resistencia a los antibióticos suele encontrarse en todas y cada una de las células de la planta manipulada genéticamente.

El riesgo que conllevan estos genes, presentes en los alimentos, es el de ser absorbidos por microorganismos patógenos para animales o personas. Por ejemplo, los

25 Comparecencia de D. Miguel Martínez Tomey en la Comisión especial sobre la manipulación genética con fines de producción de alimentos, Diario de Sesiones del Senado, 1999, 470, 3.

26 Pedauy, J.; Ferro, A., Pedauy, V., *Alimentos transgénicos. La nueva revolución verde*, McGraw Hill, Madrid, 2000, 42-43.

genes pueden pasar a bacterias intestinales dando lugar a posibles resistencias. Por otro lado, una mutación en un gen de resistencia a un determinado antibiótico puede generar resistencia a todos los antibióticos de una misma familia, siendo esta propiedad transmitida a las siguientes generaciones. Esto agravaría el problema, ya existente, de resistencias a antibióticos generado por un uso masivo e incorrecto de los mismos durante décadas. La situación sería muy grave en los individuos con inmunodeficiencia, ya sean personas con SIDA, leucemia o enfermos de cáncer que están recibiendo radioterapia<sup>27</sup>.

Una alternativa frente a este riesgo es utilizar como marcadores, genes de resistencia a antibióticos que, en la práctica, no resulten nocivos, debido a que, por su gran empleo, ya se han desarrollado muchas cepas de bacterias patógenas resistentes a ellos. Por otro lado, es importante tener en cuenta que estos genes de resistencia a antibióticos no son estrictamente necesarios para la obtención de plantas transgénicas. Existen otros métodos alternativos que podrían ser utilizados. Por ello, en teo-

ría, los genes de resistencia a antibióticos pueden dejar de ser un problema real. Sin embargo, resulta llamativo que los métodos sustitutivos sean desechados en la práctica por las empresas de biotecnología, debido a su mayor complejidad técnica o a su mayor coste económico.

Ya he señalado que otro aspecto que se debe valorar es la posibilidad de la existencia de riesgos desconocidos hasta la fecha. En este sentido, es importante tener en cuenta que una parte del código genético es repetitiva. Para algunos carece de significado, por lo que la denominan, de forma peyorativa, “código basura”. Pero del hecho de que en la actualidad desconozcamos su traducción no puede derivarse, automáticamente, que carezca de significado. En este sentido, McLean afirma que “un elemento de vital importancia para la protección de los individuos y las comunidades ante posibles abusos, es la regulación del marco en el que se formulan ciertas preguntas y se buscan las correspondientes respuestas”<sup>28</sup>. Si bien es cierto, el que no se conozca una respuesta no significa que ésta no exista. Simplemente, carecemos del nivel de conocimientos suficiente para alcanzarla.

Uno de los argumentos a los que con mayor insistencia se recurre para defender el cultivo y comercialización de estas especies es el relativo a los grandes beneficios que, para la humanidad, podrían derivarse de su implantación. Algunas empresas especializadas han enfatizado que, gracias a estos avances, se podrá disponer de una despensa asegurada y, de ese modo, poder

27 En este sentido, para Ricardo Amils, catedrático de Biología Molecular, “la reticencia suficientemente justificada a la utilización de marcadores genéticos inapropiados, como los genes responsables de la resistencia a antibióticos (utilizados con éxito en ambientes controlados pero inapropiados en sistemas abiertos en los que la promiscuidad genética puede expandir innecesariamente los ya elevados niveles de resistencia en microorganismos patógenos), reside en la falta de una investigación básica exhaustiva, desarrollada por grupos de investigación independientes, y evaluada por grupos de expertos internacionales con participación de los grupos sociales interesados, que disipe muchas de las reticencias razonables establecidas” Amils, R., “Impacto de la Biotecnología en el medio ambiente”, *Bioética* 2000, Palacios, M., Oviedo, Nobel 2000, 397.

28 McLean, S., “La regulación de la nueva genética”, *Biotecnología y Derecho. Perspectivas en Derecho Comparado*, Romeo, C. M., Granada, Comares, 1998, 196.



paliar el hambre en el mundo<sup>29</sup>. Sin embargo, conviene analizar con detenimiento estas afirmaciones. De hecho, no todos son tan optimistas sobre los resultados de estos cultivos en el tercer mundo.

En mi opinión, el contexto político, económico y jurídico que rodea la comercialización de estas nuevas especies hace previsible que, en un futuro próximo, el referido argumento se convierta en una falacia. Entre otras cosas, la política internacional en relación con las patentes de invenciones biotecnológicas, con tendencia a la creciente concesión de éstas, va a tener consecuencias radicales. El derecho de patentes ha exigido por tradición, entre otros requisitos, el que el objeto a patentar sea una invención. En la actualidad este concepto se ha ampliado, incluyendo en él hasta organismos vivos y genes humanos. Ello muestra con claridad el respaldo del Derecho a un modo reductivo de entender la naturaleza y los seres vivos. Como señala Rifkin en la actualidad, desde un punto de vista comercial, “ya no existe necesidad alguna de distinguir entre los seres vivos y los objetos inanimados. En lo sucesivo habrá que considerar a un organismo sometido a ingeniería genética como un invento, tal como un ordenador o una máquina cualquiera”<sup>30</sup>. Se trata de la clásica visión mecanicista de la naturaleza, ratificada y legitimada ahora por el Derecho.

Es necesario encontrar cauces que permitan hallar un equilibrio entre el beneficio

económico, que permita subsistir a los laboratorios, y el respeto de la función social de la investigación y de la propiedad privada. En este sentido, es importante recordar que la Constitución española de 1978 señala, en su artículo 33.2, que *la función social de la propiedad privada* podrá limitar su contenido, de acuerdo con las leyes. El mismo principio general debería ser aplicado a las patentes.

Sin embargo, hasta ahora el enfoque neoliberal ha marcado de manera radical el proceso de concesión de patentes<sup>31</sup>. Sus consecuencias son dramáticas en relación, por ejemplo, al problema del acceso a medicamentos básicos en el tercer mundo. Del mismo modo, en mi opinión, queda fuera de toda duda que la política actual de patentes va a limitar, en extremo, el número de individuos que podrán beneficiarse de las posibles ventajas de las variedades transgénicas<sup>32</sup>. Es más, en el caso de que se institucionalice un derecho a la patente, los países del tercer mundo, posibles principales beneficiados de estos descubrimientos, carecerán de la información o capital su-

31 Holzman, I., “Patenting certain forms of life: a moral justification”, *The Hastings Center Report*, 9 (3) (1997) 9-11.

32 Un ejemplo que puede ilustrar este planteamiento es el de las plantas resistentes a insectos mediante genes que cifran endotoxinas (Estruch, J. J., “Plantas resistentes a insectos”, *Investigación y Ciencia*, 257 (1998) 46-53). Estos vegetales aumentarían la producción o, al menos, evitarían la inseguridad habitual en las cosechas que pone en peligro la alimentación de poblaciones de países en vías de desarrollo. Además, contribuirían en forma global a la eliminación de pesticidas de carácter tóxico. Pero, en el caso de que las patentes de estas especies sean propiedad de laboratorios occidentales, los países pobres no podrán tener acceso a estas semillas, ya que éste estará condicionado al pago de cantidades económicas de las que tales países no podrán disponer.

29 Es bien conocido que, en la actualidad, una de cada tres personas sufre malnutrición, y más de 840 millones pasan hambre en el mundo.

30 Rifkin, J., *El siglo de la biotecnología. El comercio genético y el nacimiento de un mundo feliz*, trad. J. P. Campos, Crítica, Barcelona, 1999.



ficiente para acceder a estos conocimientos<sup>33</sup>. Ello contribuirá a hacer más pronunciada la diferencia entre países desarrollados y en vías de desarrollo<sup>34</sup>. En realidad, si el acceso a las nuevas semillas va a depender, con exclusividad, de criterios de mercado, estas nuevas especies, no sólo no van a redundar en beneficio de los países subdesarrollados, sino que, por el contrario, van a hacer incrementar su dependencia servil frente a los países ricos<sup>35</sup>.

33 En este sentido, tres ONG que trabajan con la FAO, Cáritas, Prosalus y Veterinarios sin Fronteras, hicieron público un comunicado el 13 de octubre de 2003, afirmando que no se puede buscar la solución a la desnutrición que padecen 840 millones de personas, en los productos transgénicos, ya que ello "implicaría una destrucción de la biodiversidad y situaría a los campesinos en una situación de dependencia de las semillas con patentes. (publicado en *El Mundo*, 14 de octubre de 2003).

34 Aparisi, A., *El Proyecto Genoma Humano: algunas reflexiones sobre sus relaciones con el Derecho*, Tirant lo blanch, Valencia, 1997, 109.

35 También se ha alegado que la concesión de patentes de organismos transgénicos puede llevar a dejar con exclusividad en manos de la industria privada la propiedad de estas especies, en detrimento de las instituciones universitarias y organismos públicos. En definitiva, ello supone que los grandes capitales van a ser los depositarios del poder que implica la capacidad de disponer de esos organismos. Este hecho puede incidir en los investigadores con una pérdida de libertad e independencia. Para algunos, la concesión de patentes de especies transgénicas puede implicar, una amenaza para la misma comunidad científica. De hecho, con las patentes y el secreto industrial se impide que otras personas puedan producir, vender o utilizar, con libertad, lo inventado o desarrollado por unos investigadores concretos. La patente se contempla así desde dos perspectivas:

1) Los científicos que no tienen acceso a ella la consideran como una amenaza y un límite a sus investigaciones. No obstante, frente a ello se puede alegar que el uso experimental de una patente no constituye infracción de la misma y que desde el momento en que "se presenta la solicitud de patente se puede tener libre acceso a la información conte-

También se ha señalado que la generación de alimentos transgénicos puede entrar en competencia con el mantenimiento de una agricultura orgánica. De este modo, la producción transgénica acabaría por desbancar a la orgánica, debido a sus ventajas frente al mercado<sup>36</sup>. En definitiva, se podría generar un conflicto polarizado entre cultivos biológicos y cultivos transgénicos, que podría afectar, de un modo muy negativo, a la economía de los más necesitados. Estos países no podrían competir frente a una agricultura enormemente rentable, en términos de mercado, pero

nida en la misma y constituyen una fuente de datos de tanto valor como el de otras publicaciones científicas especializadas" (García López, J. L., *Problemas éticos de las biopatentes. Ética y biotecnología*. Gafo, J., S. J. Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 1993, 84).

2) Por otro lado, los investigadores que la solicitan la consideran una necesidad, al permitirles seguir obteniendo los beneficios indispensables para continuar con sus investigaciones. A este respecto, García López señala que "resulta evidente que la obtención de una patente se ha convertido en un elemento primordial para que las industrias biotecnológicas puedan rentabilizar los enormes gastos que conlleva la innovación tecnológica y constituyen por ello un elemento importante para el desarrollo industrial de un país" (García López *op. cit.* 76). En esta línea —aunque referido a patentes de genes humanos— Cavalli-Sforza señalaba en el año 1996, con mucha razón, como después se ha comprobado, que no deberían existir patentes sobre el DNA. Sin embargo, afirmaba que el potencial valor económico de la información que emerge del Proyecto Genoma Humano y de actividades relacionadas es tan importante que tal posición iba a ser imposible de sostener en la práctica. Lehrman, S., "Proyecto diversidad: Cavalli-Sforza responde a las críticas" *Quark* 9 (1997) 73.

36 En relación con este posible conflicto, Pou indica que los que quieren "comer unos alimentos biológicos van a tenerlo muy difícil en un medio en el cual la producción de alimentos sea transgénica". (Comparencia de D. Antonio Pou Royo en la Comisión especial sobre la manipulación genética con fines de producción de alimentos, Diario de Sesiones del Senado, 1999, 459, 3).





muy poco accesible por el coste de las patentes<sup>37</sup>.

En relación a este punto resulta interesante valorar la experiencia acumulada en el sector alimenticio. Por un lado, encontramos la consagración de una agricultura intensiva que no ha conseguido, en absoluto, erradicar el hambre en las regiones empobrecidas. Al contrario, la desnutrición, según datos hechos públicos por la ONU, el 16 de octubre de 2003, Día Mundial de la Alimentación, no deja de aumentar. El problema no es la cantidad de alimentos, sino la falta de acceso a los mismos.

Por otro lado, en la actualidad existen grandes empresas que han llegado a controlar los mercados, imponiendo sus productos a los consumidores, y dominando a los pequeños y medianos agricultores. Ello les ha producido fuertes perjuicios. También ahora los agentes que lideran el proceso de los alimentos transgénicos, porque lo han financiado y hecho posible, son las compañías multinacionales, capaces de escapar a los controles políticos y jurídicos de los estados nacionales. No hay que perder de vista el hecho de que esta revolución biotecnológica está en su mayoría en manos privadas, a diferencia de la anterior revolución genética, que estuvo promovida por organismos internacionales de

tipo altruista, financiados por fundaciones y por los estados más desarrollados.

De hecho, cuando se observa el panorama actual, se constata que el proceso es ahora mucho más incontrolable que en otros momentos históricos. Por un lado, la incidencia de la biotecnología se extiende a grandes sectores económicos. Por otro, se ha producido un proceso de absorción de pequeñas y medianas empresas de biotecnología por las grandes firmas. Asimismo, encontramos la fusión de multinacionales que operan en el sector químico-farmacéutico, y de éstas con grandes firmas del sector agroquímico y alimentario<sup>38</sup>.

Por todo ello, considero que sin tener acceso a la nueva tecnología, los países del tercer mundo con dificultad podrán competir en un mercado en el que los cultivos tradicionales, no sólo no resultarán competitivos, sino en extremo ruinosos. Así, por ejemplo, será fácil que los alimentos transgénicos que tengan control de maduración en frutos lleguen a excluir a los naturales, con las consiguientes pérdidas para aquellos sectores que no puedan costearse la compra de semillas transgénicas.

Por otro lado, la tecnología *terminator*<sup>39</sup>, al producir semillas estériles y, por lo tanto, de imposible utilización por el mismo

37 García Olmedo sostiene la tesis de que lo que hace cara este tipo de agricultura es el proceso de aprobación que debe seguir y que el costo de la investigación es un componente mínimo. Para este autor, "lo que ha conseguido el movimiento contrario a las plantas transgénicas, lo que está consiguiendo a mediano y a largo plazo, es convertirlo en un juego tan caro que sólo los muy grandes pueden jugarlo" (Comparecencia de D. Francisco García Olmedo en la Comisión especial sobre la manipulación genética con fines de producción de alimentos, Diario de Sesiones del Senado, 1999, 459, 13).

38 Como señala Muñoz, en ocasiones, todos estos procesos han generado "el resentimiento hacia las grandes empresas, teñido además en el caso europeo por unas gotas de antiamericanismo" (Muñoz, *op. cit.* 374-375).

39 Esta tecnología, desarrollada inicialmente por el Departamento de Agricultura de Estados Unidos y la empresa de semillas *Delta & Pipe Land*, consiste en hacer estériles, por medio de la introducción de una serie de genes, a las semillas que producen determinadas especies transgénicas. La empresa *Delta & Pipe Land* logró la patente US Nº 5.723.765,

agricultor, sitúa a éste en una posición de absoluta dependencia con respecto a sus proveedores. Los agricultores se ven privados de la posibilidad de guardar parte de la cosecha para ser replantada al año siguiente. En el tercer mundo esto puede tener consecuencias desastrosas o, al menos, por el momento, imprevisibles. Además, existe la posibilidad de que las plantas manipuladas genéticamente puedan traspasar sus genes a otros cultivos o flora silvestre. De ese modo, podrían esterilizar a otras especies o variedades agronómicas y salvajes, llegando a ocasionar su extinción<sup>40</sup>.

---

que le garantiza el monopolio sobre la tecnología "terminator".

40 En este sentido, la Declaración de los delegados de los países africanos participantes en la 5ª. Sesión extraordinaria organizada por la FAO fue muy contundente. En la misma, entre otras cosas, se afirma:

"...los ciudadanos de Europa han sido sometidos a una agresiva campaña publicitaria... con el objetivo de convencerles de que el mundo precisa de la manipulación genética para alimentar a los pueblos hambrientos. Esta campaña, organizada y financiada por Monsanto, una de las grandes multinacionales... muestra un escenario distorsionado y falso sobre las posibilidades reales de la manipulación genética para resolver el problema del hambre en el mundo...

Los abajo firmantes... manifestamos nuestra enérgica objeción a que las grandes multinacionales estén utilizando la imagen de los pobres y hambrientos para promover una tecnología que no es segura, ni es positiva para el medio ambiente, ni económicamente beneficiosa para nosotros... En particular, no aceptamos el uso de la tecnología *Terminator* o cualquier otra técnica que anule la capacidad de nuestros agricultores para cultivar los alimentos que necesitan... Acordamos y aceptamos que se necesita la ayuda mutua para conseguir mejoras en nuestra producción agrícola... (pero) la ayuda debe responder a las necesidades reales de la población, y no servir para llenar los bolsillos de las multinacionales..."

De cualquier forma, es cierto que estas objeciones no recaen tanto en la tecnología de recombinación del ADN, como en los criterios neoliberales que rigen actualmente en el mercado<sup>41</sup>. Por ello, un esfuerzo internacional que garantizara un uso responsable y solidario de estas nuevas semillas sería altamente deseable. Para algunos autores, incluso sería necesaria la creación de una entidad internacional con autoridad en este tema<sup>42</sup>. Sin embargo, la importancia de los intereses económicos en juego, y la impotencia declarada de los Estados frente a la actuación de las multinacionales, no hace vislumbrar un futuro esperanzador.

## Conclusión

En conclusión, los alimentos transgénicos se han situado en el centro de un complejo debate en el que se mezclan aspectos meramente técnicos y biológicos, con otros de diversa índole: intereses generados por las patentes, protección de los consumidores, derechos de los agricultores, bioseguridad, etc. Ciertamente, la aceptación ética de la aplicación de las técnicas del ADN recombinante a las especies vegeta-

---

En esta línea, Vandana Shiva ha hecho público que "sólo en la India más de 20.000 campesinos se han suicidado arruinados por tener que comprar semillas transgénicas. Es un negocio inmoral". Y asimismo, ha alertado sobre la nueva colonización que están protagonizando las multinacionales que tratan de patentar la vida.

41 Para Rifkin "el esfuerzo internacional por convertir los planos genéticos de millones de años de evolución en una propiedad intelectual privada representa la culminación de medio milenio de historia comercial y la clausura de la última frontera del mundo natural" (Rifkin, J., *op. cit.*, 54).

42 Martinho, P., "Genes y patentes: ¿estará desfasado el derecho tradicional?", *Revista de Derecho y Genoma Humano* 3 (1995) 153.



les debe tener en cuenta el incremento de la producción y la mayor rentabilidad y seguridad, de las futuras cosechas.

Sin embargo, es claro que éste no puede convertirse en el único y exclusivo factor a tener en cuenta. En mi opinión, para poder situar con conveniencia el debate ético sobre las especies transgénicas y su repercusión sobre la salud y el entorno del ser humano, hay que partir de una crítica previa a la moderna visión instrumental de la naturaleza reconociéndole, por el contrario, un claro valor inherente. Ello puede justificar el establecimiento de límites a la actuación humana, impidiendo la consideración de lo creado como un mero objeto susceptible de apropiación.

De acuerdo con ello, la aplicación de la técnica del ADN recombinante a especies vegetales sólo podría ser hipotéticamente aceptada si tuviera como finalidad la promoción del bien común humano y ambiental, de tal modo que se garantizara la inexistencia de cualquier atentado implícito o riesgo para la biodiversidad. Asi-

mismo, debería garantizarse que van a ser tenidos en cuenta, de una manera especial, los intereses de los más necesitados de los beneficios de estas especies.

Por otro lado, es importante resaltar que el control de las nuevas especies transgénicas no puede reducirse, como ocurre en la actualidad, a un capítulo meramente privado. Se trata de una cuestión de carácter público, por los bienes que quedan afectados, especies vivas, y porque sus posibles consecuencias en el medio ambiente y en los organismos humanos afectan a toda la población, e incluso a las futuras generaciones.

Por último, creo que es importante insistir en que, en la actualidad, no se cumplen, de hecho, estas condiciones. No está en su totalidad demostrada la ausencia de peligro para el medio ambiente y para los seres humanos, derivada del cultivo y comercialización de estas especies. Al contrario, cada vez se reafirma más la existencia de verdaderos riesgos inherentes al cultivo de estas especies.

“El cultivo y comercialización de los alimentos transgénicos ha estado acompañado de un fuerte debate científico y social, que ha tenido implicaciones económicas y jurídicas. Las posiciones se encuentran bastante definidas. Un importante grupo de presión está constituido por sectores económicos fuertemente comprometidos en la rentabilidad de estas nuevas especies.

Frente a ellos, se sitúan los que desconfían, seriamente, de las nuevas técnicas, debido a la ausencia de estudios rigurosos sobre su inocuidad, y a los precedentes abusos cometidos en su aplicación. En cualquier caso, es interesante destacar que el debate se plantea, fundamentalmente, desde parámetros técnico-científicos y económicos”. **ÁNGELA APARISI MIRALLES**

---

# **LA BIOLOGÍA NO CONOCE NINGUNA MORAL. NO ES LA NATURALEZA LA QUE PROHÍBE LA CLONACIÓN. NOSOTROS MISMOS TENEMOS QUE DECIDIR. RESPUESTA A DIETER E. ZIMMER\***

---

**Jürgen Habermas\*\***

**Traducción de Guillermo Hoyos Vásquez**

En la cuestión acerca de si debería permitirse clonar hombres, Dieter E. Zimmer ha abogado porque en esto no nos orientemos por categorías morales como la libertad y la responsabilidad, sino por la biología (ZEITNº 8/98). Un debate racional de los problemas de la bioética exige ciertamente un conocimiento suficiente de las discusiones y hechos pertinentes de las ciencias naturales. Pero las cuestiones normativas no se pueden tratar en forma razonable sin tener en cuenta puntos de vista normativos.

El mismo Zimmer se vuelve contra la licitud de la clonación de organismos humanos con la siguiente argumentación. La clonación suspendería la dirección casual de la combinación de los genes paterno y materno, con lo que se suspendería un mecanismo natural de variación. Precisamente a este mecanismo le debemos que hasta ahora los recién nacidos vengan al mundo como “únicos” genéticamente –con la excepción, despreciable en la estadística, de los gemelos univitelinos–. Pero dado que el hombre –como “ser genérico”– sólo gracias a sus dotes naturales ampliamente

variadas se ha transformado en un “genio de la adaptación”, llega Zimmer a la siguiente conclusión: “Si los hombres comenzaran a clonarse irían contra uno de los principios a los que deben su existencia. Por ello no deben permitírselo”. Pero de esta consideración sólo se puede sacar una conclusión estrictamente práctica, si tenemos además en cuenta presupuestos normativos. O considera Zimmer que nuestra “capacidad de adaptación” propia de la especie es un valor que merece por sí mismo ser optimizado; o muestra que la optimización de una tal capacidad también es necesaria bajo determinadas condiciones de la civilización para la conservación de la especie, y complementa entonces la constatación empírica mediante el mandato moral de que estamos obligados a la conservación de la especie, por tanto, a la continuación generativa de la vida humana. ¿Pero estamos obligados a ello?

**Quien quiera comprender a  
Darwin, debe leer a Kant**

La biología no nos puede dispensar de consideraciones morales. Y la bioética no nos debería llevar a extravíos biológicos. Por otro lado, los puntos de vista morales son

---

\* Tomado de la revista Universidad de Antioquia, 252.

\*\* Ver reseña biográfica en la página 6.



materia de discusión, y en especial la incorporación moral de nuevos fenómenos. Esto vale también para el intento de alcanzar con conceptos kantianos las posibles consecuencias de la clonación de organismos humanos.

Parto de que los fundamentos de un orden jurídico igualitario sólo permiten aquellas competencias de decisión que son compatibles con el respeto recíproco de igual autonomía de cada uno de los ciudadanos. Así, por ejemplo, sólo puede ejercer otro disponibilidad limitada sobre mi fuerza de trabajo temporal y objetivamente, si he dado mi consentimiento para ello. Ciertamente hay “relaciones especiales de dominio” como entre padres e hijos. Pero, prescindiendo de que también el dominio de los padres está restringido jurídicamente, para la cuestión acerca de si la clonación de humanos intervendría en la simetría fundamental de las relaciones recíprocas entre personas con derechos, libres e iguales, basta con considerar la relación entre adultos o, en sentido jurídico, mayores de edad. La dependencia del destino de la socialización es sin duda de otra especie que la del “destino” genético: la persona que crece puede en todo caso “separarse” de la casa de los padres y “romper” con sus tradiciones, mientras permanece sometido a sus genes.

### **¿Tiene un hombre clonado otra autocomprensión?**

La pregunta es, ¿qué debería cambiar para la autocomprensión moral de una persona adulta, si no hubiera sido generada naturalmente, sino clonada? Evidentemente no cambia la dependencia de un programa genético, sino la dependencia de la fi-

jación de este programa por otra persona. Cuando los padres se deciden a tener un hijo propio, éste se hace descendiente de un tejido genealógico intrincado por causa de la combinación, dirigida por el azar, de los genes de ambas partes. Zimmer acentúa con derecho la diferencia entre esta decisión y la de una persona de producir una copia lo más exacta posible de su código genético. Esto fundamentaría una especie, hasta ahora desconocida, de relación interpersonal entre muestra imagen genética. En efecto, la fijación intencionada de la sustancia hereditaria significa que para el clon se perpetúa de por vida un juicio que ha decretado sobre él otra persona antes de su nacimiento. Si las connotaciones de la metáfora judicial disgustan, puede decirse con Lutz Wingert que aquí se da una relación interpersonal semejante a la del diseñador y su producto.

Sea como sea, surge un problema desde dos posiciones: el de la obscenidad moral de una duplicación, por autoritarismo y autoenamoramamiento, de la propia disposición genética, del lado del productor; y del lado del producto el problema de la intervención en una zona que, de otra forma, nunca está a disposición de otros.

La persona clonada tendría sin duda como todos los demás la libertad de comportarse con respecto a sus capacidades y limitaciones y encontrar desde este punto de partida respuestas productivas. Pero para él estos “hechos del nacimiento” no serían ya meras circunstancias casuales, sino el resultado de una acción intencionada. Lo que para otros es un acontecimiento contingente, el clon lo puede atribuir a otra persona. La imputabilidad de la intervención intencionada en una zona de no dis-

ponibilidad constituye la diferencia relevante moral y jurídicamente.

La expresión “no disponible” sólo debe significar que la intervención de otras personas, con las que desde el punto de vista normativo somos iguales, está excluida. Que las condiciones de la formación personal de la identidad no son disponibles en este sentido, es algo que pertenece evidentemente a la concepción moderna de la libertad de acción. De otra forma se pone en cuestión el reconocimiento recíproco de la misma libertad para todos. El clon sabe que él no sólo por casualidad sino por principio no puede tomar el mismo tipo de determinaciones con respecto a su productor que las que pudiera tomar éste con respecto a él.

Contra esto se puede objetar que tampoco los niños engendrados por sus padres pueden engendrarlos a ellos. Pero esta asimetría se refiere en esencia a la circunstancia de que el hijo llegue al mundo, es decir, al mero hecho de su existencia; no tiene nada que ver con la forma y modo como el hijo puede realizar esta existencia con base en un núcleo heredado de capacidades y propiedades.

Yo no estoy seguro acerca de la forma como este cambio de perspectivas podría influenciar nuestra autocomprensión moral. Hasta donde puedo ver, la clonación de hombres tendría que herir aquella condición de simetría en la relación entre personas adultas, sobre la que hasta ahora descansa la idea del respeto recíproco de libertades iguales.

Esta reserva no se extiende, como lo afirma Zimmer, a cualquier tipo de intervenciones terapéuticas en el organismo de alguien dependiente que no es consultado, ni siquiera con respecto a la eliminación preventiva de enfermedades (algo que nunca está prescrito, sino que sólo podría estar permitido). Acerca de la justificación normativa de tales intervenciones prenatales bien descritas sólo veo argumentos negativos, en general: evitar males. Quizá ya esta misma formulación es demasiado débil, puesto que la definición de los males depende de criterios culturales que pueden ser muy problemáticos. ¿No hubo ya épocas en las que “razas inferiores” eran un mal?

No tengo la impresión de que ya hayamos encontrado las respuestas correctas a las preguntas morales y jurídicas de la técnica genética y de la medicina de la reproducción. Pero eso sí: la biología misma no puede darnoslas.

## Notas

1. Título original: *Biologie kennt keine Moral. Nicht die Natur verbietet das Klonen. Wir müssen selbst entscheiden* en: *Die Zeit*, Nº 9, febrero 19 de 1998, Hamburg, p. 34.
2. Autor Jürgen Habermas, sociólogo y filósofo, profesor emérito del Seminario de Filosofía de la Universidad de Frankfurt desde 1994.



---

# LA NATURALEZA SÓLO CLONA POR EQUIVOCACIÓN ¿PUEDE FUNDAMENTARSE DE ESTA FORMA UNA PROHIBICIÓN DE LA CLONACIÓN? RESPUESTA A JÜRGEN HABERMAS\*

---

Dieter Zimmer\*\*

Traducción de Carlos Emel Rendón

*Recientemente se presentó una polémica entre Dieter Zimmer y Jürgen Habermas a propósito de la clonación. El artículo inicial de Habermas apareció en el diario "Süddeutsche Zeitung", la respuesta de Zimmer y la contrarrespuesta de Habermas fueron publicadas por el periódico "Die Zeit", gracias a cuya gentileza las ofrecemos a nuestros lectores.*

Son enormes, en efecto, las posibilidades que se abren para la humanidad con el rápido incremento del saber en el campo de la biología molecular y la medicina de la reproducción. Detener enfermedades desde el código genético, no sólo en el camino de su manifestación. Erradicar desde el principio enfermedades hereditarias. Definir el sexo de los fetos. Clonar hombres. Predecir el destino de cada uno aún antes del nacimiento. Poner bajo control el proceso de procreación, embarazo y nacimiento. Prolongar la vida bíblicamente; tal vez ganar la inmortalidad.

Incremento del saber implica incremento de la factibilidad. Que algunos triunfen,

otros tiemblen hasta los tuétanos y muchos oscilen perplejos entre el triunfo y el espanto, tiene su razón de ser. La humanidad tiene que reflexionar cuanto antes sobre lo que quiere emprender con este incremento del saber: dónde debe trazarse la línea de demarcación que separe lo admisible de lo inadmisible. El incremento mismo del saber es incontenible, pero ciertas aplicaciones del saber podrían detenerse. En la cuestión relativa a la definición de la línea de demarcación se trata de problemas límites. Aquí no sirven de nada la euforia proveniente del sometimiento de la naturaleza ni el traspaso de las fronteras; tampoco el pánico general, ni las amenazas con el monstruo de Frankenstein.

En un muy notable y corto artículo aparecido en el diario "Süddeutsche Zeitung" se pronunció Jürgen Habermas sobre el crucial problema de la clonación de hombres. Fundamenta en forma original su inadmisibilidad. El clon (esto es, la copia genética completa de otro hombre), dice Habermas, es una especie de esclavo, porque él, en efecto, "puede cargar a otras personas una parte de la responsabilidad que, bajo otras circunstancias, él mismo tendría que asumir". Alguien, un otro, ha

---

\* Tomado de la revista Universidad de Antioquia, 252.

\*\* Ver reseña biográfica en la página 6.



pronunciado una sentencia sobre él antes de su nacimiento al haberle impuesto un código genético. El clon puede hacer responsable a otro de su identidad (1). El argumento de Habermas es fuerte. Tiene sólo dos debilidades. La primera: el problema moral existiría menos para el clon que para quien lo produce. Ningún hombre pudo jamás elegir quién quería ser genéticamente. Sus padres le han dictado el sexo. Los niños pudieron siempre hacer responsables a sus padres de su identidad. La reproducción contiene un elemento contingente que atenua la responsabilidad paterna: los padres, en efecto, donan a sus niños los propios genes, cada uno de ellos la mitad; pero, en qué combinación, es cuestión de lotería.

Sin embargo, aquel que crea un clon de sí o de otro hombre, un hermano artificial, se atreve a excluir este azar de la combinación. Él dice de *facto*: tú debes ser exactamente como yo (o como nuestro querido niño, tu hermana muerta, tu hermano muerto). Por supuesto, este otro no sería completamente igual a su original; las cualidades hereditarias idénticas se actualizarían en otra historia de vida de distinta forma. Pero quien se tiene a sí mismo por tan ideal que exige a otro exactamente las propias cualidades hereditarias, tiene que ser un megalómano y por ello no apto para la reproducción.

La responsabilidad de la reproducción puede asumirse sólo porque, precisamente debido a los azares de la combinación, no puede preverse con exactitud cómo será el hijo.

La otra debilidad: bien pensado, el argumento no sólo excluye la clonación, sino, a la postre, toda intervención delicada, irreversible, en la constitución corporal de un menor. Los padres tendrían que abstener-

se de poner a sus niños enfermos bajo terapias, a fin de que estos tengan la libertad de asumir su destino dado por la naturaleza o defenderse por sí mismos más tarde contra él. Todo lo demás sería una determinación ajena, una forma de esclavitud. Aun cuando todos los teóricos de la ética social del mundo arribasen a esta conclusión: sería de esperar que los hombres no hicieran caso de ello. La bioética no debería prohibir a los padres luchar con todos los medios racionales, y desde tan temprano como sea posible contra las enfermedades de sus hijos. Si lo hiciera, resultaría nociva.

Quizá, la bioética debería orientarse por la biología. ¿No podría trazarse de manera más firme la línea de demarcación entre lo permitido y lo no permitido si el argumento no se apoyara sobre categorías ético-sociales como libertad y responsabilidad, sino sobre una comprensión racional de la naturaleza, es decir, si la bioética del futuro se orientara por la biología?

“La naturaleza” es un sistema muy complejo de equilibrio de intereses alcanzado por la fuerza, del uno con el otro en el uno contra el otro. Para poder vivir, cada uno de sus seres tiene que perseguir metas, que son contrarias a las metas de otros seres. Ellos se posibilitan la vida mutuamente sólo porque la naturaleza les ha impuesto algunas realidades limitadoras fuertes, las cuales, sustraídas a su disposición, son el destino. Gracias a estas restricciones de su campo de acción, la evolución ha creado al hombre; nada hace pensar que pudiese continuar viviendo sin ellas como género.

Si no quedara algún destino, entonces se les impondría a los hombres una respon-



sabilidad que no podrían asumir en absoluto, porque su interés particular no se reconciliaría jamás con el interés general. ¿Qué significa eso para una bioética que se orienta por la biología? Esto, por ejemplo: cada uno tiene que querer vivir contra todas la adversidades, pero al fin morir. Hasta ahora, los progresos de la medicina y la higiene han aumentado dramáticamente la esperanza de vida, mas no la duración máxima de la vida (máximo 120 años). Tal vez se la podrá prolongar algún día. Pero la noticia: se ha encontrado ahora por fin lo que los hombres han anhelado siempre profundamente, el elixir de la inmortalidad, sería la amenaza más real del perecimiento del mundo de todos los tiempos. Pronto los nuevos ciudadanos de la tierra tendrían que desembarazarse por la fuerza de los viejos.

En cambio, los hombres no tienen que prohibirse buscar de cualquier forma para sí y para sus semejantes, también con los medios de la biología molecular, la libertad individual frente a la enfermedad. La enfermedad no pertenece a las restricciones que hacen posible la vida, impuestas por la naturaleza a los hombres. Ni el individuo particular ni la comunidad, ni la unidad de la naturaleza necesitan la enfermedad. Antes bien, la naturaleza ha dotado al hombre, y no sólo a él, con las más refinadas disposiciones para defenderse contra la enfermedad, con virtudes para la curación, con un sistema inmunológico, un intestino altamente selectivo, permeable, una barrera hematoencefálica y, no en último lugar, con una capacidad de prevención. La enfermedad

no está, dentro de sus intenciones, ella sucede, a pesar de todo.

La medicina viene en ayuda de la naturaleza cada vez con mayor eficacia. ¿Y la clonación de hombres? Es un principio de la naturaleza, el que cada nuevo hombre es genéticamente único, una combinación de los genes paternos, la cual nunca se ha dado así y nunca más volverá a darse. Personalmente no obtiene ningún provecho de ello; tampoco como duplicado de nadie ha elegido su sexo. Pero como ser genérico el hombre pudo convertirse en el genio de la adaptación que ha llegado a ser, gracias sólo a su variabilidad: siempre, con cada nuevo hombre, una única combinación de genes ha recibido una oportunidad. Algunas veces se le desliza a la naturaleza un error en las primeras divisiones del óvulo fecundado: es entonces cuando nacen gemelos univitelinos, genéticamente idénticos, es decir, clones. Pero, el que su tasa, a diferencia de la tasa de los gemelos bivitelinos, sea en todo el mundo por igual, baja (0.35%), muestra que para ella la prohibición de la clonación va en serio; más no parece tolerar.

Y en consecuencia: si los hombres empezasen a clonarse, irían contra uno de los principios a los cuales deben su existencia. Por esta razón no se lo pueden permitir.

## Referencias

1. *Sosein*: literalmente “ser así”; elegimos “identidad” para hacer más general su sentido (N. del T.).

---

# ETHICS AND PUBLIC HEALTH: FORGING A STRONG RELATIONSHIP\*

---

Daniel Callahan and Bruce Jennings\*\*

## RESUMEN

El campo de la bioética nace a partir de la década de los sesenta, en respuesta al surgimiento de los problemas éticos de aquel momento. La bioética durante muchos años se centró en los dilemas generados por la medicina de alta tecnología más que en los problemas éticos concernientes a la salud pública y sus regulaciones. Ha llegado el momento de integrar los problemas éticos de la salud pública al ámbito de la bioética. La salud pública plantea una serie de problemas morales que desbordan los límites iniciales del campo, los cuales requieren de una forma específica de análisis ético.

## ABSTRACT

The field of bioethics arose in the late 1960s in response to the emerging ethical dilemmas of that era. The field for many years focused in general on the dilemmas generated by high-technology medicine rather than on issues of population health and the ethical problems of public health programs and regulations. The time has come to more fully integrate the ethical problems of public health into the field of public health and, at the same time, into the field of bioethics. Public health raises a number of moral problems that extend beyond the earlier boundaries of bioethics and require their own form of ethical analysis.

## Introduction

When the field of bioethics emerged in the late 1960s and early 1970s, it represented a significant broadening of medical ethics. It moved the subject beyond the doctor-patient relationship and medical professionalism into the new territory of, among other things, organ transplants, genetics, reproductive biology, and resource allocation. But little attention was paid by bioethics in its early years to the distinctive

ethical problems inherent in public health. That is perhaps not surprising. Bioethics received its initial stimulus from the abuses of human subjects research, the emergence of the patients' rights movement, and the drama of high-technology medicine. That focus on technology has continued, as has a lack of thoroughgoing engagement with issues of social and economic inequality, which have been staples of attention in public health since the 19th century.

In early bioethics, the good of the individual, and particularly his or her autonomy, was the dominant theme, not population health. The bioethics movement, mo-

---

\* Tomado de la revista *American Journal of Public Health*. February 2002, Vol. 92, Nº 2, pp. 169-176.

\*\* Ver reseña biográfica en la página 5.



reover, shadowed the rapid expansion of the biomedical research enterprise, first in the search for cures through better biological understanding and technological innovation and then in the ensuing struggle over issues of equitable access as the cost of health care steadily rose. Meanwhile, the field of public health –though sporadically brought to public attention by the polio epidemics of the 1950s, by the smoking and lung cancer reports, and by the AIDS pandemic– was moved to the shadows to some extent by the drama of advances in biomedicine.

But the times are changing, as they should, and some fresh winds are blowing. The last decade or so has produced a much needed resurgence of public visibility for public health. There are at least 2 reasons for this. One is the unwelcome reminder that infectious disease has not, in fact, been conquered. The second is the recognition that the health of populations is a function more of good public health measures and socioeconomic conditions than of biomedical advances, even though it is true that public health needs biomedicine to do its work fully, especially through disease screening programs and the biomedical techniques they require. This has long been a commonplace within the public health community, but it has been a neglected truth by most outside the field.

Of course, the prominence of public health has not displaced that of biomedicine, which, during this same period, has had the Human Genome Project, among other things, to sustain it. Nonetheless, public health is once more a force to be reckoned with, and it is increasingly apparent that public health must contribute to the definition of the ends as well as the means

of health policy. It is hard to overestimate the chastening effect that HIV/AIDS, multiple-drug-resistant tuberculosis, Lyme disease, and other serious infectious diseases have had on this development. Nor should we forget how much research in the field of public health has, since the 1960s, taught us about the looming challenges of health care in an aging society: chronic illness, high-risk health-related behavior, injuries, and the interaction between health and the environment.

As the field of public health becomes more prominent, so will the ethical issues associated with it.<sup>1</sup> As more teaching and research are done on ethics in public health, it is important to begin a focused conversation within the field and between the field and others. What are the basic ethical issues of public health? What ethical orientations are most helpful in the clarification and resolution of these issues? How are ethical principles and concepts incorporated into decision making in public health agencies and programs? How adequately are the ethical dimensions of public health policy identified and debated? What are the chances for a fruitful collaboration between public health and bioethics, and what factors would be conducive to its success?

For its part, bioethics has become restless for change, and it is particularly looking for a value orientation that may bring it into closer proximity with public health. There has always been an undercurrent of resistance to the individualistic, autonomy-driven mainstream orientation within bioethics, and that orientation has held sway. And why not? In keeping with the cultural trends of the 1970s and 1980s, it

has often brought together the political left and the market-oriented right in a celebration of choice and freedom. But the obvious need for universal health care, the persistence of racial and ethnic disparities in health status, and the importance of background social and economic factors have caught the eye of many.<sup>2</sup> A shift of direction in the field of bioethics was called for, and it has already begun. By the mid-1990s, increased interest in population health had emerged, the ethical dilemmas faced by public health programs were attracting attention, and courses on ethics and public health had begun to appear with greater frequency in the curriculum of schools of public health.

Although interest in public health and ethics has been present in the field for many years—one thinks of the long-standing concern among epidemiologists—those in the field of public health seem to welcome the growing interest among their colleagues in bioethics. There is a small but growing cadre of ethicists writing and teaching within the field of public health itself. In the 1980s, the American Public Health Association established a special primary interest group on bioethics, the Forum on Bioethics (now called the Forum on Ethics), that certainly facilitated the discussions and networking of public health ethics scholars.

The interest in ethics and public health is clearly there, and the question now is how to bring it to maturity so that it can make the most helpful contributions. The benefits can and should run in 2 directions, toward illuminating some important problems in public health and enriching and expanding bioethics. Still, it is fair to say that there are some significant

obstacles to such a dialogue. We have already alluded to one such obstacle, namely, the difference between the individualistic orientation of bioethics and the population and societal focus of public health. This is not so much an intrinsic difference between the 2 fields as it is a difference between the perspectives of the public health and policy world, on the one hand, and the world of clinical medicine (in which bioethics has principally operated), on the other.

More difficult will be the tension produced by the predominant orientation in favor of civil liberties and individual autonomy that one finds in bioethics, as opposed to the utilitarian, paternalistic, and communitarian orientations that have marked the field of public health throughout its history.<sup>3</sup> The ethical and policy issues concerning, for example, HIV and multidrug-resistant tuberculosis already have thrust public health ethics into the thick of this clash of values. And, if the issue of paternalism (limiting the freedom of the individual for the sake of his or her own greater good or best interests) were not enough, the cognate clash between individualistic civil liberties and a communitarian orientation (limiting the freedom of the individual for the sake of the common good or public interest) will also provoke lively discussion.

### **The Scope of Public Health Ethics**

Just as public health is broad in its scope, the range of ethical issues in the field is uncommonly wide, encompassing ethics in public health as well as the ethics of public health. If ethics is understood to be a search for those values, virtues, and principles



necessary for people to live together in peace, mutual respect, and justice, then there are few issues in public health that do not admit of an ethical perspective. To begin to map the scope of this broad terrain, 4 general categories of such issues should be noted: health promotion and disease prevention, risk reduction, epidemiological and other forms of public health research, and structural and socio-economic disparities in health status.

### **Health Promotion and Disease Prevention**

Programs designed to promote health and prevent disease and injury raise questions about the responsibility of individuals to live healthy lives; about the government's role in creating an environment in which individuals are able to exercise their health-related responsibility; about the role of government in coercing or influencing health-related behavior or in developing educational programs; about the use of incentives, economic or otherwise, to promote good health; and about the relative importance for society of pursuing good health, particularly in a culture that prizes autonomy and does not always look fondly on government intervention.<sup>5</sup>

### **Risk Reduction**

Risks to the health of the public are many, and many methods are used to reduce or eliminate them.<sup>6</sup> Almost all can pose one or more ethical problems. The concept of risk itself is seemingly impossible to define in value-neutral terms and is inherently controversial. Even more ethically charged is the question of what level or degree of

risk is socially acceptable to individuals and communities. Who should decide about that, and how should exposure to risk be distributed across the affected population?<sup>7</sup> Researchers in epidemiology are often reluctant to draw broad general conclusions from their data, but pressure from policymakers on public health professionals is often intense to provide a definitive recommendation or answer.

Routine public health practice entails a number of interventions and policies designed to prevent harm to individuals and to lower health risks within the population. These include various forms of screening and testing of different age groups, many of which are legally mandatory and paternalistic or are administered in a way that does not follow the requirements of informed consent. Epidemiologic practice, especially when mandated by state laws, may not always follow appropriate ethical protocols on the rights of human subjects, and the collection of health information may sometimes put the public health practitioner in a position of possessing information that certain individuals (e.g., employers, insurance providers) might have an interest in knowing. The responsibilities of the public health researcher regarding individual notification and protection of personal privacy and confidentiality are not yet clearly set out as a matter of consensus within the profession. The experience with HIV/AIDS in the past 2 decades has shown how problematic it can be when public health officials seek to employ fairly standard practices such as contact tracing and partner notification to curb the spread of sexually transmitted diseases.<sup>8,9</sup>

## **Epidemiological and Other Public Health Research**

Research with human subjects has been a central ethical problem for biomedicine for at least 100 years, but particularly since World War II. Yet, is the biomedical model—focused on individual informed consent and tightly regulated research with those at risk of exploitation—an appropriate model for public health, one that may either pose no medical or other risks to individuals or make consent impractical to gain in research encompassing large communities? And should the research standards used in the United States be exactly the same for research in other countries, particularly developing countries?

## **Structural and Socioeconomic Disparities**

It has been known for many years that socioeconomic disparities have a major impact on health status. Equitable access to decent health care and reductions in health status disparities have been long-sought goals in American society but have not always been dealt with in the context of socioeconomic disparities. What is the appropriate role for the public health community in seeking greater justice in health care, and how should it balance its fact-finding and educational role with its historically strong advocacy mission?

To some, for example, it is surprising and disturbing that more attention has not been paid by the public health community and in the ethics literature to ethical issues of occupational health and safety and to the ethical problems that arise when considering the health implications of environmen-

tal policy. These are 2 major areas in which the following of lines of inquiry on ethical and social value issues is likely to expose the need for far more attention to empirical research than public health specialists have yet provided. Finally, to what extent, if any, should the field adopt a politically partisan posture, taking a public stand on important policy issues and legislative initiatives?

## **Types of Ethical Analysis**

While the preceding classification of broad issues by no means exhausts the possible categories of topics, it is sufficient to make evident that no single method of ethical analysis can be used for all of them (or even for the great variety of subtopics involved with any of the particular issues). In our pluralistic society, numerous ethical perspectives coexist on matters of such widespread interest and importance as public health. Ethical analysis can be usefully divided into a number of different types, depending on the point of view and needs from which it originates. One or more of them might be appropriate for any specific ethical problem.

## **Professional Ethics**

The study of professional ethics tends to seek out the values and standards that have been developed by the practitioners and leaders of a given profession over a long period of time and to identify those values that seem most salient and inherent in the profession itself. Applied to public health, this perspective entails identifying the central mission of the profession (e.g., protection and promotion of the health of all members of society) and building up a body of ethical principles and standards





that would protect the trust and legitimacy the profession should maintain.

### Applied Ethics

Another approach to public health ethics comes from the field that has emerged in recent years as applied or practical ethics. Bioethics is one area among others within this domain of ethics. The applied ethics perspective differs from the professional ethics perspective principally in that it adopts a point of view from outside the history and values of the profession. From this more general moral and social point of view, applied ethics seeks to devise general principles that can then be applied to real-world examples of professional conduct or decision making. These principles and their application are designed to give professionals guidance and to provide those individuals affected by professional behavior, as well as the general public, with standards to use in assessing the professions. Thus, in applied ethics, there is a tendency to reason abstractly and to draw from general ethical theories rather than from the folkways and knowledge base of the professions. The emphasis tends to be on professional conduct rather than on the virtues of professional character.

### Critical Ethics

Finally, we would distinguish yet another possible perspective on ethics that could be directed toward the distinctive issues and problems of public health. For want of a better term, we label it «critical ethics.» In many ways, it attempts to combine the strengths of the other perspectives mentioned. Like professional ethics, it is

historically informed and practically oriented toward the specific real-world and real-time problems of public health, but, like applied ethics, it brings larger social values and historical trends to bear in its understanding of the current situation of public health and the moral problems faced. These problems are not only the result of the behavior of certain disease organisms or particular individuals. They are also the result of institutional arrangements and prevailing structures of cultural attitudes and social power.

The perspective of critical ethics has much in common with the egalitarian and human rights oriented discourse of advocacy ethics in public health. One possible advantage of critical ethics is its call for discussions of ethics and public health policy to be genuinely public or civic endeavors: not the advocacy of a well-intentioned elite on behalf of needy clients, but a search for forums and programs of meaningful participation, open deliberation, and civic problem solving and capacity building. Some of the best examples of public health practice, from this point of view, grow out of efforts to champion communities as places of mutual support, respect, and self-esteem, thereby reinforcing health-promoting behaviors among their individual members.

We submit that a rich discourse on ethics and public health cannot be advanced without relating it to the background values of the general society, and the particular communities, in which it will be carried out. Our Canadian neighbors in public health have much more consciously attempted to relate public health and the sociopolitical values of that country's society.<sup>10</sup> It is one thing to say that public

health rests on a communitarian foundation and quite another to determine how best to relate that foundation to our individualist culture, particularly in that members of this culture have been historically hostile toward government. The conflict, long endemic in our society, between the right of individuals to be left alone and the needs of the larger public does not make it easy to develop population-based health strategies that must, on occasion, ignore the special needs of individuals.

### Science and Public Health Ethics

Public health ethics and public health science are often connected. A good example is the ethics of public health decision making. Public health professionals recommend preventive interventions that presumably will –on balance– benefit the public' health. Existing scientific evidence and, especially, its interpretation play important roles in these decisions.

What makes the ethics of decision making so difficult is the presence of scientific complexity and scientific uncertainty. The evidence used in making claims about disease causation and about the efficacy of preventive interventions typically arises from several sources: biological (laboratory) science, epidemiological and clinical sciences, and the social and behavioral sciences. Furthermore, the methods used to summarize evidence are more qualitative than quantitative. Making valid and reliable claims under those circumstances is difficult.<sup>11</sup> Public health decisions carry with them varying levels of

empirical uncertainty. The extent to which the public' health ultimately benefits or does not benefit in the face of such uncertainty is not well established.

There are other ethical concerns that emerge from public health' strong connection to science. Research ethics provides many examples, such as scientific misconduct.<sup>12</sup> The choice of research topics is another. The values that determine where and how public health research dollars are spent have important ethical implications.

### Law and Ethics

Public health is one of the few professions that has, in many matters, legal power –in particular, the police power of the state– behind it.<sup>13</sup> It can, through use of the law, coerce citizens into behaving in some approved, healthy way: for example, by forcing immunization on their children, by restricting their right to smoke in public places, or by quarantining them to stop the spread of infectious disease. Public health also has the distinction, along with a few others –such as city management, public administration, and law enforcement– of being a profession in which many practitioners are government employees and officials. It thus has an obligation both toward government, which controls it, and toward the public that it serves.

Because of its public and governmental roles, public health has ethical problems unlike those of most other professions. The relationship between ethics and law is a long and tangled one, but it is safe to say that most public health laws and regulations have behind them an explicitly



moral purpose: that of promoting and protecting the lives of citizens. Because the police power of the state is involved, however, a number of moral conflicts are generated. The tension between individual health and rights, on the one hand, and government obligations and population health, on the other, is an obvious instance of this kind of conflict. The economic and social impact on communities of public health measures, requiring some form of cost-benefit analysis, is another.

Health is an important human need, and good health is highly valued. But health is not the only need or good health the only value. Laws must always find ways of balancing various goods, and the centrality of laws for the work of public health brings uncommon visibility to its actions and an uncommon need for public accountability.

### **Politics and Public Health**

As public arguments over fluoridation or HIV disease amply demonstrate, public health measures can quickly become politicized. Political controversy is often treated as some kind of disaster for calm reflection and measured rationality. This is sometimes in fact the case, but given the governmental role of public health and its use of coercion for many purposes, politics is unavoidable and necessary. It is unavoidable because there is no way to stop the public from turning to legislatures or the courts to express their values and needs; nor should there be. Politics is a necessary component of public health, moreover, precisely in order to achieve public health policies and practices consistent with American traditions and values. Politics is the messy arena in which ultimate

questions of the public good are worked out. Ethics, Aristotle wrote 2500 years ago, is a branch of politics—a shrewd insight—and it is surely true in this country that the most important moral struggles almost always end in the public arena.

Yet, there can be responsible and irresponsible politics. Public health can best serve the cause of responsible politics, even when it has a self-interested stake in the outcome, when it makes available good data, when it is sensitive to community sentiments, and when it makes clear by all of its actions that it is not (as the stereotype would have it) just one more self-serving, distant government bureaucracy. Public health receives its money from the public, gains its legal powers from the public, and must be judged by the effectiveness of its service to the public. As long as this is kept clearly in mind, public health can survive the imposition of politics on its work and can, in fact, flourish.

### **Curriculum Development**

#### **The Teaching of Public Health Ethics**

The teaching of ethics in schools of public health will be intellectually challenging for many of the reasons we have reviewed here. The field is not well unified and does not have a clear consciousness of itself as a profession. The conceptual and intellectual framework necessary to develop a public health ethics is not yet in place. In consequence, the academic qualifications appropriate for faculty in public health ethics and a solid body of written work for students to study are lacking. Rarely will existing faculty in schools of public health step forward to teach a course in ethics.

Qualified people will have to be brought in from the outside or recruited from other faculties within the university. Those who have been teaching bioethics in medical school or at the undergraduate level will find that a substantially new and different course should be created for public health students.

Institutionally, any change in an already crowded and overtaxed curriculum is difficult. Qualified faculty must be put in place, and that costs money. Ethics faculty may not be able to bring in the kinds of research grants that scholars in other disciplines can generate. Moreover, if space is to be made for ethics, some other work may have to give way. The advance of biomedical science is unrelenting; arguably, subjects such as genetics need much more attention in the public health curriculum than they have had before. The same could be said for economics or health services research.

If a case is to be made for giving time to ethics in a crowded scientific curriculum, it must be made on the basis of a conception of the profession that is richer than the mastery of technical knowledge and skills. It also must be made on the basis of a conception of the qualities and abilities that a public health professional should possess if he or she is to be truly educated toward public service: sound judgment, ability to recognize and analyze ethical issues, tolerance for ambiguity, and capacity for a moral imagination with which seemingly isolated issues or events can be placed in a broader context of human experience and value. These are educational goals worthy of an attempt to overcome whatever institutional or financial

challenges curriculum innovation in public health may require.

### Continuing Ethics Education

Another step that can be taken to encourage better discussion of and sensitivity toward ethical issues in public health is to promote, insofar as is practical, continuing education materials and programs for public health practitioners in the field. Because the profession is so dispersed in its work—from employment in private managed care organizations and clinics to international nongovernmental organizations and federal, state, and local agencies—it is difficult to know where to begin with this in-service ethics education effort. Perhaps state departments of health would be as good a place as any to start. And university graduate schools of public health should do more to reach out to the practice community and support the development of in-service ethics programs.

### Recommendations

To promote the discussion and advancement of ethics in public health, we offer the following recommendations.

1. *Leaders in public health should support the development of conferences and symposia on the theme of ethics and public health.* Creating these forums will encourage both scholars and practitioners to turn their attention to original research and writing, will help to sharpen the issues, and will attract the attention of scholars in other fields such as bioethics, history, sociology, and political science, encouraging them to undertake new work on topics



relating to public health and public health ethics. The US Public Health Service, the surgeon general, and the CDC could take the lead in this effort. Such symposia could be sponsored and supported by federal and state agencies, schools of public health, the leading public health professional journals, and major foundations that have an abiding interest in the field of public health as a scientific and professional resource for the country.

2. *The editors of leading public health and bioethics journals should give high priority to accepting and soliciting rigorous work in public health ethics for publication.* This type of recognition will lead to the acceptance of work in public health ethics as valid scholarship within the field, and it will produce the reading materials that courses in public health ethics can use.
3. *Efforts should be undertaken to compile a set of case materials for ethics discussion and teaching.* These materials, in fact, have pedagogical uses that are not limited to ethics. They could be akin to the case studies developed by the Harvard Business School, and they should explore in detail the complexity of public health practice and the ethical issues that are embedded within it.
4. *The specific topic of ethical issues in public health research should be a focus.* This topic certainly deserves fresh attention, and it should be part of the current agenda for the various governmental and private bodies that oversee the human subjects research area. There is a tremendous resurgence of interest in research ethics in
- biomedicine across the board today, and epidemiological and public health research should be firmly included on that agenda as well.
5. *The accreditation process for schools of public health should involve an increase in ethics instruction requirements.* It may be premature to mandate that all students take required course work in ethics, but all schools of public health should give priority to ethics in their curriculum development planning. Ethics-related learning objectives could at least be incorporated into existing courses in the curriculum. This indirect approach should give way to more systematic instruction once the field has had time to develop the necessary faculty expertise and literature in ethics.
6. *As a profession, public health should develop continuing education requirements and make ethics prominent among them.* This type of initiative could start at the governmental level: anyone employed as a public health officer or professional should attend periodic programs designed to educate practitioners on ethical issues they face.
7. *Public health agency managers and supervisors at the federal, state, and local levels should be encouraged to provide the time and resources necessary for periodic in-service ethics sessions.* There is value in having in-service programs conducted at workplaces so that discussions can involve multidisciplinary and multilevel coworkers. With the right support and leadership, such sessions can create an atmosphere of trust and can-

dor so that problems can be addressed and solutions sought. Those involved with similar programs in other professions have discovered that such sessions not only serve to provide education about ethics but also can improve working relations and morale.

8. *Scholars in the field of ethics should educate themselves about public health and develop a more sophisticated understanding of how ethical issues in public health might best be approached.* Throughout, all activities should run a strong and imaginative effort to better specify the nature and range of ethical issues and how they might best be analyzed. The field of public health ethics has great promise. Careful thought, blended with experience, will be necessary to fulfill that promise. Academics, practitioners, and ethicists within the field and those outside it should cooperate in this important endeavor.

## References

1. Beauchamp TE, Steinbock B, eds. *New Ethics for the Public Health*. New York, NY: Oxford University Press Inc; 1999.
2. Faden R. Bioethics and public health in the 1980s: resource allocation and AIDS. *Annu Rev Public Health*. 1991;12:335-360. [Medline]
3. Leichter H. *Free to Be Foolish*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1992.
5. Faden R. Ethical issues in government sponsored public health campaigns. *Health Educ Q*. 1987;14:27-37. [Medline]
6. Leviton L, Needleman CE, Shapiro MA. *Confronting Public Health Risks: A Decision Maker's Guide*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1998.
7. Stern PC, Fineberg HV, eds. *Understanding Risk: Informing Decisions in a Democratic Society*. Washington, DC: Academy Press; 1996.
8. Fox DM. From TB to AIDS: value conflicts in reporting disease. *Hastings Center Rep*. 1986;11:11-16.
9. Bayer R, Toomey KE. HIV prevention and the two faces of partner notification. *Am J Public Health*. 1995;85: 1569-1576. [Abstract]
10. Robertson A. Health promotion and the common good: reflection on the politics of need. In: Callahan D, ed. *Promoting Healthy Behavior: How Much Freedom? Whose Responsibility?* Washington, DC: Georgetown University Press; 2001:76-94.
11. Weed DL. Epistemology and virtue ethics. *Int J Epidemiol*. 1998; 27:343-349. [Free Full Text]
12. Weed DL. Epistemology and ethics in epidemiology. In: Coughlin SS, Beauchamp TL, eds. *Ethics and Epidemiology*. New York, NY: Oxford University Press Inc; 1998:79-94.
13. Gostin LO. *Public Health Law: Power, Duty, Restraint*. Berkeley, Calif: University of California Press/Milbank Memorial Fund; 2000.





# BIOÉTICA, POLÍTICAS PÚBLICAS Y VIOLENCIA\*

Marlene Braz\*\*

Traducción de Elsa Galvis Gómez

## RESUMEN

El objetivo de este artículo es hacer una reflexión sobre la relación entre la Bioética y la violencia, hasta ahora olvidada. Son temas de interés de esta disciplina las relaciones sociales y las políticas económicas excluyentes, el papel de la ciencia en la cosificación del ser humano y el irrespeto a los derechos y a la dignidad humana. El método utilizado es el ensayo, entendido como un ejercicio crítico, en busca de nuevas formas de mirar los hechos. En la introducción se enfocan las relaciones entre violencia y Bioética; en seguida, se trabajan los conceptos y significados de la violencia en el mundo actual; después, se aborda el papel del Estado frente a la vulnerabilidad a la violencia. En la conclusión, se constata que la violencia, en el campo de la Bioética, debe ser vista por la importancia del tema y el papel que esta disciplina debe tener junto con la política económica, en la prevención y el combate de la violencia.

## ABSTRACT

The goal of this paper is to reflect on the bioethics and violence relationships, so far neglected. The relevance, the excluding economic policies, the human rights and dignity disrespect, are issues that interest this discipline. The method used was an essay, understood as a critic exercise searching a new way of looking to facts. Violence and bioethics relationships are discussed in the introduction. Next, violence concepts and meaning in the present world are approached, followed by analyzing the role of the State as far as vulnerability to violence is concerned. In conclusion, the importance of the violence subject in the bioethics field must be no longer neglected insofar the discipline might be together with the economic policy in order to prevent and struggle against violence.

## Introducción

La violencia es ante todo un polimorfismo, y ha sido discutida con fuerza por la sociedad, por los científicos sociales, por las políticas públicas y por otros segmentos del saber; sin embargo, en el ámbito de la Bioética esta cuestión ha sido abordada en forma incipiente.

La pregunta inicial es el por qué abordar este tema que en apariencia no es una de

las prioridades de la Bioética. ¿Será que el tema surge de las preocupaciones de este campo o será que no se ha percibido la importancia que en Bioética podría tener? De hecho es difícil hablar de un tema tan amplio, con causas tan diversas y con soluciones tan controvertidas.

Tratar de contestar estos cuestionamientos es el objetivo de este ensayo el cual constituye un desafío. El desafío de romper el silencio en torno de la reflexión bioética frente a la violencia y a las políticas públicas elaboradas para su prevención y control.

Revisando en forma amplia la bibliografía sobre el tema de violencia y Bioética,

\* Tomado de la revista *Bioética*. Vol. 12, Nº 2, 2004, pp. 77-98. Artículo condensado del original por Marlene Braz.

\*\* Ver reseña biográfica en la página 6.



- digitais. 1ª ed. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 2002; 21.
10. Hobsbawm, E. Sobre História: Ensaaios, 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.
  11. Heller, A. Uma Teoria da História, 1ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1993.
  12. Vásquez, A. S. Filosofia da Práxis, 1ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.
  13. Freud, S. (1921). Psicología de las masas y análisis del yo. In: Sigmund Freud, Obras Completas. Volume XVIII, Buenos Aires: Amorrortu editores. 1995.
  14. Freud, S. Op. cit. 1995; 96.
  15. Braz, M. Bioética e Violência. Revista Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, vol 12, Nº 2, 2004; pp 77-99.
  16. Ferreira, A. B. H. e J. E. M. M., 1974. Novo Dicionário Aurélio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
  17. Bobbio, N. Elogio da serenidade e outros escritos. São Paulo: Unesp, 2002.
  18. Kottow, M. Vulnerabilidad, susceptibilidades y bioética. Lexis Nexis Jurisprudencia Argentina, 2003; III, fascículo n.4, 23 de julho de 2003.
  19. Kottow, M. Op. cit., 2003.
  20. Braz, M. Vulnerabilidad y Autonomía: el sujeto de la pesquisa en los países en desarrollo. In Hoof P. F., Chaparro, E. e Salvador, H., compiladores. Bioética, Vulnerabilidad y Educación. Tomo 2. Mar Del Plata: Suárez, 2003.
  21. Stälsett, S.J. Vulnerabilidad, dignidad y justicia. Documento incluido dentro de la Biblioteca Digital de la Iniciativa Interamericana de Capital Social, Ética y Desarrollo. Home page: [www.iadb.org/etica](http://www.iadb.org/etica), acessado em 25/07/2003, 2003.
  22. Bauman, Z. Comunidade: a busca por segurança no mundo atual. Editora Zahar, Rio de Janeiro, 2003.
  23. Weber, M. "História geral da economia". In: Max Weber. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1985.
  24. Bauman, Z. Op. cit., 2003; 108
  25. Bobbio, N. Op. cit., 2002; p. 120-121.
  26. Smith, A. Teoria dos sentimentos morais. São Paulo: Martins Fontes, 2ª ed., 2002; 60-61.
  27. Sen, A. Development as freedom. Oxford: Oxford University Press, 1999.
  28. Bauman, Z. Op. cit., 2003; 109.
  29. Bauman, Z. Op. cit., 2003; 111.
  30. Rosenfield, D. L. Retratos do Mal. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
  31. Rosenfield, D. L. Op. cit., 2003; 25.
  32. Bobbio, N. Op. cit., 2002; 13.
  33. Stälsett, S.J. Op. cit., 2003; s/n.
  34. Stälsett, S.J. Op. cit., 2003; s/n.
  35. Stälsett, S.J. Op. cit., 2003; s/n.

# CAPACIDAD Y COMPETENCIA: REFLEXIONES Y APROXIMACIONES PRÁCTICAS DESDE LA BIOÉTICA\*

Xavier Ibarzabal Aramberri\*\*

## RESUMEN

Valorar la capacidad de las personas enfermas para tomar decisiones sobre su salud, es una tarea que la ley y la sociedad le encarga a los médicos, quienes deberán ayudar a los jueces a valorar la competencia de esa persona. La autoridad que la sociedad delega y confía en los médicos es muy alta. En otros países esta misión lleva realizándose durante años, mientras que en nuestro medio, se halla reservada, casi de manera exclusiva, a los médicos psiquiatras. Para los médicos geriatras resulta indispensable saber cuándo un anciano debe ser valorado, inclusive por otro especialista.

## ABSTRACT

Evaluate the capacity of sick person to take decision about his/her health is a task a comment to doctors by law and society, with which evolution judges will be help to asses the person competence. This task has being common for years by doctors while in our country it has been carry out exclusively to psychiatric. This assessment should be common place for geriatric doctors.

## Introducción

### PARADIGMAS NUEVOS EN LA PRÁCTICA MÉDICA

A partir de la segunda mitad del siglo XX, la medicina ha modificado sus criterios de actuación con respecto a épocas pasadas y con ello revolucionó los paradigmas de la tradicional práctica médica.

**Primer paradigma:** la irrupción de la tecnología. A través de los antibióticos, de la moderna cirugía y de la anestesia, la medicina da respuesta, por primera vez, a algunas necesidades de salud de las personas. Se ofrecen curaciones que antes resultaban imposibles, y se empieza a oír hablar de la medicina basada en la evidencia (MBE) o de la definición tecnológica<sup>1</sup> de la enfermedad. Es tal el éxito de los nuevos procedimientos tecnológicos que incluso modifican el concepto de enfermedad: en ocasiones se está enfermo si un procedimiento tecnológico lo atestigua, negando esa condición a quien no lo demuestra. Nos

\* Tomado de la *Revista Geriátrika. Revista Iberoamericana de Geriátría y Gerontología*. Volumen 21, Número 4, Año 2005, pp. 27-35.

\*\* Ver reseña biográfica en la página 6.



hallamos en el apogeo de la medicina objetiva que introduce, desde hace algunos años, cambios inimaginables.

**Segundo paradigma:** tiene que ver con la conquista de los derechos ciudadanos, políticos y sociales, adquiridos por el hombre; la gran novedad ha sido la conquista del derecho para participar en los procedimientos de salud ofrecidos en los servicios médicos. Todo ello debería ser transmitido a través de una adecuada información al paciente y sancionado por el Consentimiento Informado (CI). Con esto comienza la Era de la Autonomía en materia sanitaria y con ella el segundo paradigma de la medicina actual. Se desarrollan las *Patient Self Determination Act* (PSDA), los Testamentos Vitales, las Directrices Anticipadas y los Poderes de Subrogación, modalidades todas relacionadas con una misma finalidad: incorporar los valores y las creencias y la biografía personal, en la toma de decisiones. Se modifica el viejo paradigma paternalista, para pensar que es la persona la que debe diseñar su proyecto de vida y el médico respetar sus decisiones en la medida de lo posible. Este propósito inicial ha girado de manera rápida en una cierta acomodación médica a la Voluntad, los Derechos y las Preferencias de las personas, los cuales no siempre incluyen las necesidades de salud de las mismas. Se trata de una nueva relación, que quiebra la tradicional confianza entre el médico y el enfermo e inaugura una relación conflictiva, sin precedentes en la historia. Es una relación contractual, más no de acomodación y negociación entre ambas partes. El origen se sitúa en los Estados Unidos de Norteamérica y la principal vía de introducción de los nuevos derechos de los usuarios es la vía judicial, principalmente a través de demandas a los médicos.

## LA LEGITIMACIÓN SOCIAL DE LA AUTONOMÍA DEL ENFERMO EN EL ESTADO ESPAÑOL: EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

En España, la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986<sup>2</sup>, en su artículo 10º regulaba la nueva relación médico-enfermo al reconocer el derecho a la información en términos comprensibles a él y a sus familiares y allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento. Un acontecimiento llamado a transformar, después de muchos años, la relación médico-enfermo.

Sin embargo, la decisiva intervención del denominado Convenio de Oviedo<sup>3</sup> vino a modificar de manera sustancial nuestra regulación, al introducir decisivos cambios en materia de información y consentimiento informado. El carácter imperativo del Convenio de Oviedo no dejaba lugar a dudas sobre esta materia, confirmando que una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e inequívoco consentimiento. Esto obligaba a introducir modificaciones sustanciales en la Ley General de Salud de 1986, que vio modificado su Art. 10º de manera radical. La idea principal de todo lo dicho hasta ahora, es que la información se convierte en la pieza clave del nuevo escenario médico-enfermo. A partir de los contenidos contemplados en la nueva redacción de la Ley de 2002<sup>4</sup> se acuerda que el titular de la información sea el usuario y que incluye la obligación de informar a los familiares una vez obtenido el permiso del titular. Los ciudadanos pueden decidir: primero, una vez hayan recibido una información com-

pleta, veraz, de manera comprensible y adecuada a sus necesidades; segundo, se señalarán los objetivos y finalidades, sus riesgos y consecuencias. También se reconoce el derecho a no estar informado, aunque sobre este particular evitamos entrar en consideraciones, por no ser objeto de este trabajo.

### **Tomando en consideración a los incapaces**

Los legisladores proponían algunas mejoras notables, pretendían avanzar más y reconocían, que por tradición, habían quedado marginados de la información una gran cantidad de personas, por razón de enfermedad o retraso mental, imposibilitados de ejercer sus derechos en lo que se refiere a la información y decisión, y que había llegado el momento de reconsiderar esta tradicional injusticia. Este nuevo escenario legal y ético para el Estado Español, llegaba muchos años después, que hubiera comenzado a subsanarse en otros países. En 1881, el Estado de Massachusetts<sup>5</sup> codificó, por primera vez, un Estatuto legal para los ingresos involuntarios de enfermos mentales; a partir de 1950, comenzaron a desarrollarse estos procedimientos de manera más continuada y países como Canadá se animaron a ello, como consecuencia de los problemas derivados por los ingresos psiquiátricos involuntarios. El origen de esta nueva necesidad es, pues, básicamente anglosajona y se incrusta en aquellos países con fuerte tradición liberal. No sólo los capaces, también los incapaces son agentes morales. Este es un nuevo aporte del mundo liberal; el hombre no es sólo alguien situado en la naturaleza, que recibe y obedece los dictados

desde el exterior (la sociedad, la religión, el médico o la familia), sino que pone algo de lo que es específico suyo en la naturaleza. El mundo liberal concibe al hombre como sujeto moral autónomo, le permite autogobernarse, lo convierte de heterónomo en autónomo.

Esto es lo que refleja, sin ningún tipo de dudas, nuestro ordenamiento jurídico actual cuando señala que: Los pacientes, incluso los incapaces, serán informados de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión (Art. 5.2), cumpliendo con el deber de informar también a sus familiares. No sólo los capaces tienen derecho a la información y a la decisión, sino que también los incapaces lo tienen. Hay un antes y un después de este imperativo legal, por tanto, no se puede actuar sin contar con él.

### **Las dos realidades de la asistencia sanitaria**

En la práctica asistencial se presentan habitualmente dos situaciones que conviene distinguir. No definen la completa realidad de nuestra atención asistencial, pero sí dibujan dos escenarios frecuentes sobre los que conviene fijar la atención.

Por una parte, las personas podemos no recibir información sobre nuestra salud, recibirla incompleta o de escasa calidad, y aunque seamos capaces de comprender tomaremos decisiones no autónomas, debido al absurdo que supone decidir sobre un problema que, en realidad, no conocemos bien. Es decir, en estas condiciones las decisiones serían consideradas nulas o no informadas y no sería válido el contrato firmado.



El otro supuesto, muy frecuente, en nuestra práctica geriátrica, hace referencia a las personas que aunque han recibido una buena y completa información no se hallan capacitadas en forma suficiente para tomar decisiones autónomas, como consecuencia de alguna enfermedad o incapacidad que no le permite hacerlo. En este caso, las personas también tomarán decisiones no autónomas.

#### **LA AUTONOMÍA ES UN BIEN HUMANO INDISPENSABLE Y TIENE LIMITACIONES**

Esto es importante reconocerlo para poder comenzar clarificando posturas; dos razones fundamentales la avalan, entre otras.

La autonomía no es sólo una decisión de nuestra voluntad ni de nuestra razón, se halla modificada e influenciada por el medio en que vivimos, es una construcción cultural cuyo contenido se va modificando con el paso del tiempo por las influencias que recibimos. La autonomía de hoy y la de mañana serán siempre imperfectas.

La propia legislación en materia sanitaria señala algunos límites a la autonomía. Ningún principio es absoluto, ni siquiera la autonomía, que se ponga encima de la mesa, como objeto de discusión, esto no significa la defensa de un relativismo moral en el que cada cual interpreta los derechos y obligaciones como mejor le parecen. La Ley entiende que existen excepciones y limitaciones, circunstancias y consecuencias derivadas de nuestros actos que la limitan. Todas ellas pueden modificar la autonomía, o hacer que prescindamos de ella en determinadas circunstancias.

## **Precisando algunos términos**

### **LA CAPACIDAD SOSTIENE EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

La capacidad es uno de los soportes firmes que sostiene al consentimiento informado y el médico tiene que conocerlo; la Ley de Autonomía del Paciente señala que: Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de su asistencia (Cap. IV, Art. 9), el consentimiento se hará por representación. El médico se halla obligado al cumplimiento de los deberes de información (Cap. I, Art. 2). Ésta queda a cargo del médico responsable, quien adquiere la categoría de interlocutor principal del paciente, en todo lo referente a su atención e información durante su proceso asistencial. La información, recuerda la ley, forma parte de las obligaciones del médico; nos encontramos ante una obligación precisada por la Ley, ante un deber de obligación perfecta, por lo menos *a priori*.

### **CAPACIDAD Y COMPETENCIA**

Desde un esquema de comprensión riguroso, deberíamos distinguir entre capacidad y competencia como términos que encierran conceptos diferentes. Lo que al médico le compete es saber actuar de acuerdo a la capacidad de los pacientes, por tanto, corresponde al médico la valoración del estado psicológico<sup>6</sup>, por el cual percibimos que la decisión de una persona responde a su identidad personal y es expresión de su autonomía moral. La capacidad de las personas tiene que ver con las habilidades y aptitudes que conserva para enfrentarse y manejarse, con un algún grado de consistencia

y coherencia suficiente frente a un problema concreto.

Por el contrario, la competencia tiene que ver más con la valoración del estado jurídico-legal, sobre la aptitud jurídica de un enfermo para ejercer o no unos derechos, y esta es una clara competencia del juez. Es importante distinguir ambas cuestiones y deslindar las responsabilidades, así la realidad de nuestra comunidad lingüística haya convertido ambos términos en sinónimos; no es conveniente asimilar las responsabilidades ni las funciones. Sólo la sociedad, a través del juez competente, tiene potestad para (declarar incompetente) incapacitar a una persona y privarle del disfrute de unos derechos.

#### **PRESUNCIÓN DE CAPACIDAD PARA TODOS**

La capacidad se presupone para todos, a no ser que se demuestre lo contrario o salvo en situaciones extremas, todas las personas somos capaces. La capacidad es un estado humano y legal inherente a la condición humana a partir de determinada edad. Pero no es menos cierto que con el paso de los años las personas vamos perdiendo capacidad, unas lo hacen de manera aguda a causa de una enfermedad o accidente, otras nacen con un daño suficiente que las imposibilita para desarrollar las habilidades necesarias, algunas otras pierden su capacidad en forma transitoria y, en ocasiones nos resulta difícil reconocerla, apreciarla o darle valor. Señalar a una persona como incapaz de manera completa e irreversible resulta complejo y, sobre todo, arriesgado sino se actúa con alguna forma de conocimiento y prudencia; ambas van unidas, en tanto que la prudencia aporta nuevo conocimiento.

#### **LAS PERSONAS INCAPACES PUEDEN SER MÁS VULNERABLES**

Las personas que son incapaces no van a poder manejarse, en principio, de la misma manera que las capaces; la vulnerabilidad puede incrementarse y la exposición a un abuso, por parte de otros, puede surgir como la historia misma nos lo recuerda. El Estado de Derecho, que sirve y protege a todos, contempla esta posibilidad y procura que estas personas sean protegidas a través de mecanismos dispuestos en la legislación; pretende que sus derechos sean protegidos y, además, promovidos en la sociedad.

#### **Orientaciones prácticas dirigidas al médico**

Lo más importante no es lo que las personas deciden sino cómo lo deciden<sup>7</sup>. Las decisiones que no se corresponden con los deseos del médico, por beneficiosos que lo sean, o no se adecuen a determinados hábitos sociales, no deben ser juzgadas como equivocadas. La negativa a un tratamiento o la dificultad para tomar una decisión no significan incapacidad; que una persona no decida, no anula automáticamente un proceso de deliberación sobre un tratamiento. El médico tiene que objetivar en lo posible el grado de autonomía del paciente durante el proceso y en la decisión final. Se pueden manejar en forma razonable diferentes alternativas de tratamiento; en caso de no poder tomar una decisión con claridad, se puede desear que otros nos ayuden a decidir, así como también en situaciones en que se puede tener miedo a decidir. Todo ello suscitó un apasionado debate en los Estados Unidos que condujo a intervenir en 1982 a la President's Commission for the Study of Ethical



Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research<sup>8</sup>, quien consideró que la capacidad de una persona no se puede limitar a expresar preferencias, acuerdos o desacuerdos con el médico o a estar en función de lo razonable de la decisión.

En la actualidad es frecuente una mala interpretación acerca del valor de la autonomía. Denominamos autonomía a cualquier deseo, preferencia o pronunciamiento, sin percatarnos que hay personas que han perdido su autonomía a causa de una enfermedad, por lo que resulta imposible que les quitemos lo que ya no tienen. Por otra parte, elegir preferencias o deseos no es siempre sinónimo de autonomía; la persona autónoma se hace cargo de su autonomía.

### ¿A QUIÉNES DEBERÍAN IR DIRIGIDAS LA VALORACIÓN DE CAPACIDAD Y COMPETENCIA?

Aun a riesgo de resultar esquemáticos, podemos señalar algunos casos supuestos, que se presentan de manera habitual, en la práctica médica asistencial.

Un primer grupo lo formarían aquellas personas que sufren una alteración brusca en su comportamiento debido a una situación física o mental determinada. En esta supuesta situación lo primero que se debe realizar es un adecuado diagnóstico, señalar lo transitorio del problema, la posible gravedad y las previsibles consecuencias, es el caso, por ejemplo, de la alteración metabólica transitoria con cuadro confusional.

Otro caso ocurre cuando un paciente rechaza un tratamiento de evidente beneficio, sin que sean comprensibles las razones

que expone, o ante la negativa a comentar las razones que le impulsan, ya sea que se sustenten en falsas creencias o en falta de información, lo cual debe ser motivo de alerta para el profesional. Que una persona se niegue a dar una mínima argumentación es motivo de alerta, aunque esto no implica necesariamente que se trate de una incapacidad.

Otra situación, nada infrecuente en el campo geriátrico, se da cuando el paciente acepta un tratamiento de alto riesgo sin haber solicitado ninguna aclaración y que no le genere ninguna duda, reserva o prevención, como es habitual que despierte, debe incitarnos a pensar en falta de información o en una posible incapacidad para hacerse cargo del problema.

Por último, y dentro de un amplio y complicado campo de la atención sanitaria, hay personas que aunque sufren padecimientos crónicos severos, pero que habitualmente son estables, como por ejemplo, los enfermos sicóticos, deben tomar decisiones sobre alguna intervención médica grave que pueda descompensarlos. El médico debe estar alerta para este tipo de situaciones.

### LA CAPACIDAD COMO DECISIÓN ESPECÍFICA

Hoy se asume de manera mayoritaria que la valoración de la capacidad y competencia de una persona debe comprenderse como una *decisión-dependiente*. Esto quiere decir, que una persona puede ser incapaz para determinadas cuestiones, pero no obligatoriamente para otras<sup>9</sup>, como también que el paciente puede ser incapaz en determinado momento, pero no en otro<sup>10</sup>. En realidad todos somos incapaces para alguna cuestión importante de la vida, pero no por ello se nos considera incapaces.



Esta proposición tan respetuosa para con la persona trata de evitar que alguien sea estigmatizado sólo por tener un diagnóstico de enfermedad pues esto no resulta cierto de manera absoluta, aunque sí conviene aclarar en qué casos y en qué momento es incapaz, es decir, se hace necesario matizar la situación. La capacidad, entendida como *decisión-dependiente*, tan respetuosa para con la condición humana, supone admitir que existe una clara separación entre las distintas habilidades que tenemos, como si no hubiera conexión entre ellas. Supone decir, por ejemplo, que personas que no son capaces de administrar sus bienes, sí pueden serlo para decidir un tratamiento médico de riesgo o para conducir un vehículo, lo que no resulta tan evidente. Confirmar la presencia de cierta incapacidad global en la persona resulta en ocasiones de gran dificultad, pero, a su vez, de gran ayuda.

#### EL UMBRAL DE CAPACIDAD NO ES FIJO SINO MÓVIL

Unido a lo anterior, uno de los debates más importantes en la Bioética norteamericana ha girado en torno a la existencia de una línea de separación clara entre los capaces e incapaces. Hoy parece asumirse de manera decidida que, si bien sí existe una línea (umbral) que separa a los capaces de los incapaces, el umbral no es fijo sino que es móvil, y se halla en relación a la importancia y gravedad de la decisión que se toma. Esta tesis planteada y defendida por Drane<sup>11</sup>, entre otros, ha tenido una aceptación casi mayoritaria entre los bioeticistas de la actualidad. Si bien es exigente con aquellas decisiones de mayor gravedad e incertidumbre, por requerir un mayor grado de autonomía, sigue respetando la decisión autónoma de las personas.

## Caso práctico

Irene tiene 80 años de edad, es soltera y vive sola en su domicilio de toda la vida. Ha sido una mujer independiente, trabajó durante años, siempre fue autosuficiente y su relación con los vecinos y amistades ha sido muy buena. Se destaca en su historia médica una diabetes de difícil control por parte de su médico. De un tiempo a esta parte presenta un deterioro cognitivo, más o menos llamativo, que ha preocupado a la vecindad quien llama a su médico. Él es especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y conoció a Irene en la consulta, aunque hace un tiempo que no acude a ella. Al médico le preocupa su arteriopatía que se manifiesta claramente con signos de gangrena en los dedos del pie izquierdo y un difícil control de su cifra de glicemia. El médico desconocía esta complicación y comprueba que el daño ha avanzado y le aconseja amputar el pie como única solución, ya que en su opinión, no existe otra manera de mejorar su problema. Ella rechaza la propuesta y se niega a acudir al hospital o a abandonar su domicilio.

#### FASES DE ACTUACIÓN EN EL CASO DE IRENE

El médico tiene dificultades para manejar en esta situación. ¿Debe tener en cuenta y cumplir la decisión autónoma de Irene?

#### La actitud del médico ante el problema

Se deben tener en cuenta siempre los deseos de las personas. Somos merecedoras de la máxima consideración y respeto, no se puede obviar nuestra opinión.

Respecto a la otra cuestión, si se debe cumplir la voluntad de la persona, la pregunta no tiene una respuesta por el momento:



puede que sí, pero puede que no, pero *a priori* se deben cumplir los deseos del individuo.

A lo mejor sí cumpliremos su voluntad, porque llegamos a concluir, que pese a los riesgos que presenta para su vida, la mujer es consciente de lo que en realidad está sucediendo, ha pensado muchas veces que no quiere vivir sin una pierna. Tiene derecho a rechazar un tratamiento vital.

O a lo mejor no, porque aunque nuestra sociedad liberal dice defender un modelo que asegura la libertad del modo de vida de las personas, también dice en otro principio que se debe asegurar un mínimo decente para todas y cada una de ellas -Irene es una de ellas-, y sería una inmoralidad que Irene falleciese porque no es capaz de darse cuenta de su situación, o crea que existen otros remedios, que en realidad no existen. Todo esto habría que valorarlo bien, por que lo que se halla en juego es la vida de Irene, algo que tiene mucho valor.

### Primeras iniciativas del médico

El médico deberá procurar aproximarse a un diagnóstico lo más riguroso posible y valorará sus necesidades de salud y obtendrá información sobre Irene: filiación de la enfermedad; conveniencia o no de otra opinión; si el tratamiento puede ser curativo o se trata de una enfermedad avanzada; las consecuencias de nuestras propuestas y cómo las asume. Además, a través de la historia clínica se ha aproximado a conocer su trayectoria vital, profesión, amistades y sus creencias; debe lograr un contacto con su familia más próxima para que le ayude en caso de duda a aclarar sus circunstancias. En su caso Irene no tiene familiares cercanos.

El médico ha puesto en conocimiento del trabajador social el problema que detecta y de este modo puede tener una idea más completa de la situación real y su rol de interlocución que ante la sociedad comienza a ser una realidad. Él se ha introducido en un proceso de negociación<sup>12</sup> entre Irene y la sociedad (médicos, trabajador social, familia y amigos) que en alguna medida ayudarán a Irene; todo parece indicar que Irene necesita ayuda. Además, como él solo es incapaz de resolver la situación no descarta tener que pedir la colaboración de otros especialistas.

### ¿Necesitamos continuar con pruebas complementarias?

Agotadas estas fases, el médico sospecha que la voluntad de Irene se halla algo confusa, porque en ocasiones se contradice; él considera que debe hacer algo más. Todo esto requiere continuar con el diálogo con la enferma y no sólo a través de preguntas o averiguaciones.

De manera tradicional la práctica médica no se ha apoyado en herramientas que sirvan para aproximarse al diagnóstico de una posible incapacidad, la objetividad la aportaba el médico. Cuando al principio del artículo señalábamos que con la modernidad se han perfilado algunos nuevos paradigmas en la medicina, faltaba por señalar un tercer paradigma. La medicina, a partir de la década de los años setenta, realiza un giro importante respecto a épocas pasadas y comienza a delegar en los ciudadanos la responsabilidad de las decisiones médicas. Resulta relativamente fácil la valoración para decidir, cuando de personas capaces se trata, la dificultad surge cuando la capacidad parece estar alterada o mermada. Entonces nos movemos en la incertidumbre; las sombras predominan sobre la claridad.

## Herramientas de medición

Es por esto que comenzaron a desarrollar-se procedimientos (*test*) que contemplasen más objetivamente la capacidad o competencia de las personas. Este es el tercer hito histórico de la medicina de nuestros días, las personas deciden una vez informadas de su situación, pero conviene asegurarse de su capacidad en las situaciones que nos ofrecen dudas. Estamos en plena época de la medicina objetiva, de la comprobación de todos sus aspectos y, lamentablemente, desde aquí surgirá el camino al abuso en la utilización de las herramientas. La perversión consistió en que algunos comenzaron a utilizarlas como un fin en sí mismo, y no como un medio al servicio de la persona, razón para la cual fueron diseñadas. Sucede algo similar con el consentimiento informado, algunos comienzan por el documento omitiendo la conversación, la información detallada, el intercambio de opinión y la argumentación. Se utiliza el consentimiento informado como defensa del médico, en vez de defensa del paciente, en lugar de ser un instrumento para concretar un estado actual del problema, en un fin en sí mismo. Este proceder no disminuye la incertidumbre y si resulta éticamente reproducible, además de ilegal.

## Valoración MMSE

Sin duda esta herramienta tiene ventajas y beneficios: su fácil manejo, popularidad y gran aceptación entre los médicos que así lo atestiguan, pero en contra suya, debe recordarse que no fue diseñada para valorar la capacidad de las personas y que, además, recoge sólo una parte de la expresión de la vida humana. Por eso, decretar una incapacidad sólo por una baja puntuación con esta única herramienta puede ser

arriesgado, no favorece ni permite un diálogo, se hace en poco tiempo, no recoge otros aspectos como el razonamiento abstracto, la flexibilidad para resolver los problemas que se le presentan al enfermo o la adaptación a los cambios y acomodación a las circunstancias más problemáticas o nuevas.

A lo largo de los últimos años, en especial en Estados Unidos, Canadá y Reino Unido, se han desarrollado diversas herramientas dirigidas a este cometido<sup>13</sup>, por ejemplo, entrevistas semiestructuradas; presentación de viñetas con exposición de diversas situaciones; entrevistas personales realizadas por personal adiestrado en estas tareas o por psiquiatras, además, métodos que combinan las habilidades personales con determinadas mediciones neuropsicológicas. Estas herramientas han sido utilizadas y validadas para cuestiones tan diferentes como: ingresos involuntarios para formar parte de una investigación o un ensayo clínico; valoración de la capacidad para conducir automóviles; manejo del dinero; o para el rechazo o aceptación de un tratamiento. En nuestro medio estas herramientas tienen todavía una escasa aceptación y penetración. Como muestra de algunas de las pruebas más utilizadas, y sin pretender recomendar o descartar ninguna de las existentes, describimos someramente dos de ellas. Una recomendación final: los autores han repetido hasta la saciedad que son instrumentos de ayuda para tomar decisiones; no definen una incapacidad. Se tienen en cuenta dentro de un contexto (una historia, una exploración, una biografía personal concreta).



### **El MacArthur Competence Assessment (McCAT-T)<sup>14</sup>. Versión 1995 de Massachussets**

Resumimos los puntos principales de esta herramienta de trabajo diseñada por los psiquiatras Apfelbaum y Grisso y para una mayor profundización y conocimiento remitimos a los lectores a sus fuentes originales<sup>15,16 y 17</sup>. Por nuestra parte sintetizamos sus rasgos más significativos de manera práctica, para que el médico de Irene las pueda explorar.

Primero: asegurarse de la comprensión de la información relevante que el enfermo ha recibido, lo cual implica saber si se le ha informado en que consiste la enfermedad, si comprende su situación, los tratamientos, las alternativas y los riesgos y beneficios.

Segundo: la apreciación del paciente sobre el significado de esa información. Si realmente hace una apreciación, es decir, pone un precio, da un valor, reconoce la importancia que la persona le concede a su caso concreto –no en abstracto–, sino en su situación particular. Identifica los síntomas que se le han revelado sobre la enfermedad, los reconoce en su caso personal, pues hay personas que niegan lo que tienen, o les parece que su caso es diferente a lo que le sucede a los demás.

Tercero: la habilidad del paciente para manejar la información más relevante y poder ponderar las opciones que se le presentan y si es capaz de hacer valoraciones comparativas. En el caso de Irene ella debería deliberar teniendo en cuenta: si me amputan el pie viviré en estas condiciones; seré dependiente en alguna medida; me pondrán una prótesis o no será posible; yo no querría vivir nunca así, o como

le sucedió a mi vecina; prefiero no seguir viviendo en esa situación pues ya he vivido lo suficiente; o yo quiero vivir por encima de todo. Todas estas cuestiones las pensamos ante una decisión de tal importancia. Nos pasan por la cabeza.

Cuarto: la habilidad del paciente para expresar una decisión. Irene ha recibido la suficiente información, ha tenido un tiempo adecuado para deliberar y preguntar a su médico sobre las alternativas y las consecuencias. Pero puede necesitar ayuda o delegar en su médico, a quien conoce bien, la razón para no decidir, por ejemplo, porque tiene miedo a decidir. Es el parámetro primario y más elemental, pero no siempre el definitivo.

Una importante observación que se ha realizado a la propuesta de Appelbaum y Grisso viene de una carencia. Para un autor como Charland<sup>18</sup>, el *MacArthur Study* ofrece una visión en exceso cognitiva de la capacidad y competencia humana, olvidando que todas las habilidades que se esbozan incluyen un aspecto emocional muy importante que no es recogido. Además, señala Charland, las emociones no tienen que jugar un rol negativo, sino un rol positivo, en muchas ocasiones. De alguna manera viene a recordarnos que cuando las personas realizamos juicios morales, incluimos las emociones en los mismos.

### **Aid to Capacity Evaluation (ACE)<sup>19</sup>, Joint Center Bioethics, Toronto**

Consiste en un cuestionario estructurado que explora siete áreas relevantes y valora habilidades, aptitudes o dotes que suponemos que los enfermos tienen cuando se enfrentan ante una situación concreta. Estas son las siguientes:

- La habilidad para comprender el problema médico. ¿Cuál es el problema que usted tiene y por qué está usted en un hospital? Irene señalaría su problema en la pierna y sería la causa de estar en un hospital.
- La habilidad para comprender el tratamiento propuesto. En el caso de Irene sería la amputación.
- La habilidad para comprender las alternativas de tratamiento, si existen. En este caso no existían alternativas curativas reales de tratamiento. De haberlas exigiría abrir un árbol de decisiones al respecto. El médico debe precisarlo claramente.
- La habilidad para comprender la opción de rechazo al tratamiento. Irene debería conocer que una persona puede rechazar el tratamiento que le ofrece el médico.
- La habilidad para comprender las razonables consecuencias de aceptar el tratamiento propuesto por el médico. Irene respondería que no podrá caminar, que quedará impedida.
- La habilidad para comprender las consecuencias previsibles si se rechaza el tratamiento. Irene contestaría que la posibilidad de enfermar más y de fallecer serán las más probables.
- La habilidad para tomar una decisión que no esté basada en un cuadro de alucinaciones, cuadro depresivo o exposición a la toma de medicación que altere el grado de comprensión.

Para realizar cualquiera de estas pruebas el médico de Irene ha desarrollado un modelo de entrevista en el que figuran los aspectos más relevantes de la enfermedad, sus causas y signos más notables y las op-

ciones de tratamiento más recomendables. Le ha expresado las posibilidades de curación, los riesgos y beneficios y todo ello en una terminología lo más adecuada a su situación, lo que en ocasiones resulta complicado. Una vez realizada esa labor, el médico rescata de la paciente toda esa información de manera pausada y en el orden que se presentó. No le ha resultado fácil esta labor, debido a que ha tenido que repetir la información en más de una ocasión, retroceder y volver a empezar. La impresión que ha tenido el médico es que Irene no es capaz de comprender buena parte de la información, se contradice y no aprecia bien la gravedad de su situación concreta, afirma que una vecina le ha dado una pomada con la promesa de una rápida curación. Al médico le resulta difícil desmontar esta falsa creencia.

#### ¿QUÉ TENEMOS QUE RECORDAR CUANDO HABLAMOS DE AUTONOMÍA?

Primero, no se trata sólo de no interferir en la libertad de elegir el modo de vida personal (Derecho Negativo); segundo, hay que reconocer que esa autonomía tiene sentido (se justifica y adquiere sentido) en una persona con una dignidad suficiente, por encima de un determinado umbral, por debajo del cual nos parece vergonzosa su situación; y tercero hay que pensar en promocionar la autonomía como un Bien que nos parece imprescindible hoy para vivir. Recoge aquello que de sustancial ha tenido nuestra vida, nuestros valores, creencias, modo de vida y satisfacciones. No sólo la cuestión de decidir es importante, es una más.

#### DISCUSIÓN: TOMANDO DECISIONES

Valorar la capacidad y competencia de las personas es una tarea difícil y por tradición ha sido confiada a los médicos, lo que



habla a favor de la gran confianza que la sociedad ha delegado en ellos, incluso la justicia confía en el médico para esta labor (médico forense). Esa confianza es la base mínima de cualquier relación humana; la confianza no puede depositarse sólo en herramientas de medición. En cualquier caso, seguimos obligados a depositar alguna forma de confianza en los que las manejan; es decir, siempre confiamos en las personas.

De la valoración de la capacidad y competencia de una persona no debemos esperar acertar o pretender buscar un método perfecto que lo haga, ni existen, ni tampoco sabemos que los actuales puedan ser perfeccionados o mejorados, lo que debemos conseguir es disminuir el rango de incertidumbre lo más posible. Tampoco tiene como único objetivo cumplir con nuestro ordenamiento jurídico, sino que tenemos la obligación de promocionar los buenos intereses de los individuos, en ellos se encuentran las aspiraciones más sentidas, un gran número de proyectos vitales.

Una buena manera de comenzar es procurar huir de los extremos, de manera que fijando ambos, vayamos situándonos en el medio. Aceptar sin ningún juicio crítico, la decisión de Irene, resulta imprudente y temeraria; y lo contrario, rechazarla sin ninguna consideración más, resulta un desprecio inaceptable a los verdaderos intereses de la paciente. Por eso el médico de Irene ha entrado en un proceso de búsqueda que le permita estar algo más seguro, disminuir sus dudas, eliminar imprecisiones. Su impresión final es negativa por cuanto es probable que Irene sufra un deterioro cognitivo que le impida apreciar la realidad con mayor precisión, en su opinión, Irene no es capaz de tomar

una decisión con elementos de juicio mínimo.

Pero el médico reconoce que tiene pocas habilidades y poca experiencia en estos casos, ni en la universidad, ni durante los años de especialidad, recibió formación sobre cómo manejar estos casos. Esta vez no ha tenido más remedio que ocuparse de esta cuestión, ha avanzado mucho pero sigue dubitativo y quiere que un médico más experimentado de su opinión. En la tradición médica, consultar con otro médico, resulta algo habitual, lo debemos tener en cuenta siempre, forma parte de un proceso de deliberación que resulta posible. Es fácil que el médico más experimentado le ayude a tomar decisiones. El médico de Irene, después de llegar a una idea más concreta, se dirige al juzgado y presenta un informe con una aproximación, lo más completa posible, de su opinión; le parece que un tema tan grave debe ser conocido por el fiscal y por el juez.

## Referencias

1. Hofman, B: The technological invention of disease. *J. Med. Ethics: Medical Humanities*, 2001; 27: 10-19.
2. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. B. O. E. num. 102, de 29 de abril, Art. 10ª.
3. Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con Respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina. Oviedo 4 de Abril de 1997.
4. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documen-



- tación clínica. B. O. E., de 15 de noviembre de 2002.
5. Appelbaum, P., Grisso, T. The MacArthur Treatment Competence Study I Mental Illness and Competence to Treatment Law and Human Behavior 1995; 19(2): 105-125.
  6. Simón Lorda, P. La Evaluación de la Capacidad de los Pacientes para Tomar Decisiones y sus Problemas, en Estudios de Bioética 1, Ed. Lydia Feito, 1997; 119-154.
  7. Hurst, S. When Patients Refuse Assessment of Decision-Making Capacity How Should Clinicians Respond? Arch. Intern; Med, 2004; 164: 1.757-1.760.
  8. Simón Lorda, P. El Consentimiento Informado, p. 289, Triacastella, Madrid, 2000.
  9. Berghmans, R. Capacity and Consent Current Opinion in Psychiatry, 2001; 14: 491-499.
  10. Van Staden, C.W., Kruger, C. Incapacity to give informed consent owing to mental disorder. J. Med. Ethics, 2003; 29: 41-43.
  11. Drane, J. F. Competency to Give an Informed Consent. A model for Making Clinical Assessments. JAMA, 1984; 252(7): 925-927.
  12. Richman, J. B.; Eisenberg, L.; Cruess, R. L.; Cruess, S. R.; Hoff, T.; Emanuel, L.; Wymia, M.; Lathman, S. Medical Professionalism in Society. The New England Journal of Medicine, 1999 (21); 341: 1612-1616.
  13. Kim Scott, Y. H.; Karlawish Jason, H.T.; Caine, E.D. Current State of Research on Decision-making Competence of Cognitively Impaired Elderly Persons Am J. Geriatric Psychiatry, 2002; 10: 151-165.
  14. Grisso, T.; Appelbaum, P. S. Assessing Competence to Consent to Treatment, 1998, New York, Oxford University Press.
  15. Appelbaum, P.; Grisso, T. The MacArthur Treatment Competence Study I Law and Human Behavior 19 (2), 1995, 105-125.
  16. Grisso, T.; Appelbaum P.; Mulvey, E.; Fletcher, K. The MacArthur Treatment Competence Study II Law and Human Behavior, 1.995; Vol 19(2): 127-147.
  17. Grisso, T.; Appelbaum, P. The MacArthur Treatment Competence Study III Law and Human Behavior, Vol 19 (2): 149-173.
  18. Charland, L. Appreciation and Emotion: Theoretical Reflections on the MacArthur Treatment Competence Study, Kennedy Institute of Ethics Journal, 1999; Vol 8, Nº4, 359-376.
  19. Etchells, E.; Darzins, P.; Silberfeld, M.; Singer, P.; McKenny, J.; Naglie, C.; Katz, M.; Guyatt, G.; Molloy, W.; Strang, D. Assessment of Patient Capacity to Consent to Treatment, J. Gen. Intern. Med., 1999; 14: 27-34.





---

# BIOÉTICA Y SALUD PÚBLICA\*

---

Fernando Lolas Stepke y Delia Outomuro\*\*

## RESUMEN

La salud pública es hoy uno de los reglones más importantes en la búsqueda y concreción de la salud de las personas a través de intervenciones colectivas. Para lograr este fin se hace necesaria toda una infraestructura y una plataforma teórico-práctica que permitan una actuación lo más integral posible (atención, acceso, promoción, implementación de ciertas prácticas, etc.).

Pero para que los objetivos que persigue la salud pública sean realizables con legitimidad moral, habrá que tener en cuenta determinados valores y principios bioéticos, tales como: dignidad de la vida humana, autonomía y libertad de elección, justicia y equidad, solidaridad, precaución y responsabilidad, derecho a la privacidad y confidencialidad, y derecho a la disposición de lo propio.

Cabe resaltar que en la intersección entre salud pública y bioética es de gran importancia el tema de la justicia, que genera diversos debates tales como los relacionados con la equidad y la distribución de recursos, el concepto de derecho a la salud y la investigación en seres humanos, entre otros.

## ABSTRACT

Public Health is one of the most important means by which peoples's health can be achieved. Achieving this aim requires a complete infrastructure and a practical-theoretical knowledge that facilitates an integral action (for instance: attention, access, promotion, implementation of certain practices, etc.).

In order to ensure Public Health goals, it is necessary to include some bioethical values and principles, such as: dignity of human life, autonomy and freedom of choice, justice and equity, solidarity, precaution and responsibility, right to privacy and confidentiality, and right to dispose on the own.

In the intersection of Public Health and Bioethics justice should be highlighted. Justice has to do with several debates in the field of Public Health, namely, equity and resource allocation, access to Health Care services and research on human subjects, among others.

---

\* Tomado del libro: Investigación en Salud. Dimensión Ética. Editores: Fernando Lolas, Alvaro Quezada y Eduardo Rodríguez. Centro Interdisciplinario de Estudios de Bioética (CIEB), Universidad de Chi-

---

le. Unidad de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2006. pp. 103-115.

\*\* Ver reseña biográfica en las páginas 5 y 6.

## Introducción

Antes de abordar las relaciones entre bioética y salud pública es conveniente –por la evolución conceptual del término y el cambio actual de sus alcances a través de las llamadas “funciones esenciales”– actualizar ambas definiciones. Denominamos hoy salud pública a la intervención colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, orientada a proteger y mejorar la salud de las personas (1).

Ha surgido un punto de vista más integral sobre el concepto de salud pública. El adjetivo no alude a un conjunto de servicio en particular ni a una forma de propiedad ni a un tipo de problemas, sino a un nivel específico de análisis, a saber, el de las poblaciones. Esta perspectiva inspira sus dos aspectos: campo de conocimiento y ámbito de acción. La salud pública no es puro saber ni simple hacer. Es una forma específica de saber-hacer. Es decir, incluye la responsabilidad de asegurar el acceso a los servicios y la calidad de la atención. Abarca, asimismo, las acciones de fomento de la salud y de desarrollo del personal que trabaja en los servicios sanitarios.

La salud pública, entonces, es entendida como la salud de la población por efecto de la acción de la colectividad organizada y abarca, por lo tanto, todas las dimensiones colectivas de la salud, concebida esta última como la ausencia de enfermedad, de lesiones y de incapacidad, en un completo estado de bienestar.

En resumen, es un referente fundamental de todos los esfuerzos para mejorar la salud, de la que constituye la manifestación más completa (1-4). Ese núcleo de funciones públicas básicas constituyen las

funciones esenciales de la salud pública (FESP): el conjunto de actuaciones realizadas con el fin de mejorar la salud de las poblaciones.

Dentro del concepto de funciones esenciales, se han adoptado, como eje operativo, las responsabilidades que debe asumir el Estado y, más exactamente, lo que corresponde a las autoridades oficiales en materia de salud, a las cuales se alude en forma genérica como la “autoridad sanitaria”.

En este sentido, es de particular importancia el trabajo de promoción de las prácticas sociales saludables como vector principal del fomento y protección de la salud; éste es el componente estructural básico de una buena salud pública.

Las funciones de salud pública, definidas ahora como las funciones que están bajo la responsabilidad de la autoridad sanitaria, constituyen un factor operativo que sirve como indicador de todo el campo de la salud pública. La distinción entre funciones sistémicas (o estructurales) y funciones específicas (o programáticas) es de gran utilidad para la selección de las funciones esenciales orientadas al desarrollo de la capacidad institucional en salud pública.

Esto no implica, sin embargo, conceptos absolutos mutuamente excluyentes. Las funciones estructurales identifican también áreas programáticas y los campos de actuación específicos conllevan, a su vez, un significado funcional evidente. Algunos pueden ser tan importantes para la salud pública en situaciones concretas que se imponen como esenciales. En realidad, siempre habrá un equilibrio entre los dos tipos de actuaciones, aunque con la primacía de las funciones estructurales.



En las sociedades mejor estructuradas, que cuentan con una infraestructura institucional de salud consolidada y eficaz, las funciones genéricas o estructurales son, en general, suficientes para responder a necesidades específicas y para solucionar problemas. En cambio, en aquellas con riesgos y daños colectivos importantes y prioritarios para la salud pública, con una base institucional débil y poco eficaz, puede ser necesario, además, considerar una mayor presencia de funciones específicas o programáticas que conforman una capacidad de respuesta directa a las necesidades prioritarias de la población (5).

### Valores y principios bioéticos en salud pública

Debe tenerse presente que la relevancia y aplicación de valores, principios y reglas puede diferir según el contexto cultural, económico, social y de trabajo concreto en que ellos sean formulados, sin que estas diferencias impliquen negar su carácter universal. Así, por ejemplo, es necesario distinguir un contexto de investigación de uno de intervenciones sanitarias. Incluso, la definición misma de “investigación” puede variar según la cultura, la tradición y la sociedad de que se trate. En ocasiones la distinción no es sencilla. Es el caso, por ejemplo, del necesario monitoreo o vigilancia (*surveillance*) que la autoridad sanitaria requiere para tomar decisiones. Sólo la intención permite diferenciar la recolección de informaciones en ese contexto de un proyecto investigativo. No obstante, los riesgos asociados a la posible violación de la dignidad y la confidencialidad son muy semejantes.

La salud no es sólo un concepto descriptivo. Está muy cargado de connotaciones valorativas. En muchos círculos se prefiere reemplazarlo por el concepto de “calidad de vida”, en apariencia más neutral (6). Aparte de estas precisiones, toda intervención sobre personas con fines investigativos, curativos o preventivos suele tomar en cuenta diversos aspectos:

- *Dignidad de la vida humana.* Con distintos énfasis, este principio aparece formulado en casi todos los documentos y declaraciones internacionales. El término “dignidad” incluye el respeto a la vida en todas sus formas, sin distinciones de ninguna especie y sin limitaciones temporales.
- *Autonomía y libertad de elección.* La autonomía es uno de los principios consagrados por el Informe Belmont, de 1979, y puede entenderse, en esencia, como la posibilidad de las personas de regir sus vidas de acuerdo a sus convicciones, en la medida en que ello no sea socialmente disruptivo. Halla expresión en las reglas relativas al consentimiento informado, para intervenciones o manipulaciones, y en la libertad de elección cuando hay cursos de acción alternativos.
- *Justicia y equidad.* Las formas de justicia relevantes en salud pública son la justicia “conmutativa”, que se refiere a la equivalencia de las compensaciones en las relaciones contractuales y pactos, y la “distributiva”, que alude a la repartición equitativa de los bienes y los riesgos. Estos conceptos tienen relevancia, por ejemplo, cuando se da oportunidad a las personas para que participen en estudios y ensayos clínicos, y cuando se toman decisiones con

respecto a la distribución de recursos escasos.

- *Solidaridad.* No todos los autores tratan separadamente este principio. Sin embargo, es relevante tanto para el investigador que planea estudios que incrementarán el conocimiento generalizable como para las personas que se exponen a riesgos por ayudar a otros. La solidaridad constituye un “universal implícito” en los sistemas sanitarios, en la medida en que éstos constituyen formas institucionalizadas de ayuda a quienes son minoría (*infirmitas* alude, sin duda, a la necesidad de apoyo o ayuda).
- *Precaución y responsabilidad.* Debe procederse minimizando el riesgo y eliminando o atenuando el daño en cualquier circunstancia. La evaluación de riesgo y daño se ha convertido en uno de los cometidos centrales de los comités de ética, tanto clínicos como de investigación.
- *Derecho a la privacidad y a la confidencialidad.* La confidencialidad de los datos recogidos sobre personas y comunidades no es lo mismo que la privacidad que los individuos deben tener para conducir sus asuntos. Ni los resultados de las investigaciones ni los registros obtenidos en el curso de tratamientos o intervenciones diagnósticas pueden emplearse sin el consentimiento de los individuos afectados, especialmente en aquellos casos en los cuales es posible identificarlos.
- *Derecho a disposición de lo propio.* La propiedad de células del propio cuerpo, de datos biográficos y de invenciones cae dentro de los derechos que las personas pueden reclamar en los sis-

temas de salud. Existen distintas posturas jurídicas sobre esta materia y es una zona en la cual convergen muchas tradiciones. Se interpela en el debate la distinción entre descubrir e inventar, y los derechos se confunden a menudo con los intereses.

*Los principios éticos aplicables a la investigación en salud pública son:* dignidad de la vida humana; autonomía y libertad de elección; justicia y equidad; solidaridad; precaución y responsabilidad; derechos a la privacidad y a la confidencialidad y derecho a la disposición de lo propio.

## El análisis bioético

Frente a los casos concretos, es menester distinguir entre una aproximación bioética de tipo “procedimental” y otra basada en “contenidos”. La primera, se centra en los procesos y procedimientos; la segunda, en los temas sustantivos. Esto no significa que la primera sea menos importante, pero suele ser más fácil lograr consenso en torno a procedimientos que a justificaciones o fundamentaciones. Una experiencia corriente en los comités de ética es que, aunque sus miembros estén de acuerdo en un punto, las razones por las que concuerdan son diferentes. Los contenidos de las creencias religiosas por regla general, se basan en alguna narrativa sagrada o textos canónicos que no necesariamente son sagrados o normativos para otros creyentes. Los principios delineados en el acápite anterior proceden de una bioética secular y de una moral civil, y se manifiestan en prácticas culturales muy diversas. Su concreción particular (su contenido narrativo) puede ser distinta para un musulmán, un judío o un cristiano. Esta diversidad



constituye una de las mayores dificultades para lograr acuerdos.

Otra dificultad radica en la tensión entre lo individual y lo colectivo. Muchas veces los intereses de la persona son antagónicos o no armonizables con el interés o el bienestar general. En salud pública es frecuente que ciertos derechos individuales puedan ser inculcados invocando el bien común. Así, una campaña de vacunación no puede detenerse si una o dos personas, en uso de su libertad de disposición de sus cuerpos o de la tutela sobre sus hijos, deciden no someterse a la intervención. La confidencialidad como valor en la esfera sanitaria puede subordinarse a los intereses del Estado o la seguridad pública. Ninguna de estas situaciones tiene una solución simple. No se trata de problemas comunes, sino de dilemas: problemas cuya solución es ya otro problema.

Una tercera fuente de tensiones se relaciona con la diversidad entre culturas. Es probable que en todas exista un concepto de justicia. Las formas concretas de su expresión y los ámbitos privilegiados en que se expresa variarán de una cultura a otra y, aun, de una época a otra. La universalidad de los principios debe armonizarse con la relatividad de sus expresiones.

Cabe agregar otra dificultad en relación con los principios bioéticos. Aunque se debe reconocer que la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia existen en todas las sociedades, la importancia asignada a cada uno puede variar. La jerarquía y el orden relativo de los principios no residen en los principios mismos: derivan de la impronta cultural, de las experiencias formativas del grupo, de efectos transitorios de cohorte y de preferencias filosóficas

de los teóricos. Así, por ejemplo, es evidente que los principios de no maleficencia y justicia son fundamentales para la recta convivencia. Razonablemente, podrían constituir una “ética de mínimos”, esto es, lo razonable para que funcione la sociedad civil. Son, por ello, obligatorios, exigibles, vinculantes. En cambio, la beneficencia y la autonomía (en su sentido de darse a sí mismo normas) son principios de una “ética de máximos”: deseable pero no exigible. La sociedad sería muy buena si en ella imperaran tales principios, pero su vigencia en realidad no puede asegurarse. Nadie está en realidad obligado a hacer todo lo posible por sus semejantes o a demostrar bondad infinita, excepto aquéllos cuya fe, como parte de su narrativa especial, lo propone como modelo de vida virtuosa.

Los temas abordados por la planificación en salud tienen siempre relevancia moral (7). Entre las mayores enseñanzas de la posmodernidad está la noción de que no hay técnicas ni ciencias neutrales. Toda decisión que involucre a personas es ya una decisión sometible a un juicio de valor y sanción moral (8).

## **El problema de la equidad en la distribución de recursos**

El tema de la equidad es “macrobioético” por excelencia. Está relacionado con la distribución de poder en la sociedad. Para el individuo, su consideración y aceptación es parte de una ética básica de mínimos que posibilita la convivencia, pero no asegura la realización plena de los ideales que las doctrinas específicas prometen a sus seguidores.

Si bien cada individuo por separado no puede lograr o garantizar la equidad, va-

lor que se realiza y perfecciona en el ámbito colectivo, puede no obstante reconocer y estimular su manifestación. Cabe suponer que, al así hacerlo, encontrará un sentido para ser feliz, de orden superior y distinto al que brinda la satisfacción de las propias necesidades. La plena felicidad no consiste sólo en esto, sino en tener motivos o razones para ser feliz. La satisfacción psicológica de comportarse de manera solidaria y hacer lo que la propia conciencia dictamina como “correcto” es un componente de la “euforia” y de la “eudaimonía”.

La solidaridad, la compasión y la simpatía parecen ser las resonancias individuales del principio de equidad. Su existencia y desarrollo garantizan el sustento individual y la aceptación tácita de aquellas decisiones “macro” (políticas) que contribuyen a la equidad, aun cuando para el individuo no sean gratas. Así, por ejemplo, una persona con recursos más que suficientes para pagar un servicio “óptimo” de salud puede aceptarlo en las mismas condiciones que otros ciudadanos, si admite que, con ello, maximiza el mayor bien para un mayor número de personas.

La solidaridad, como señalaba Durkheim, tiene dos formas. En una (la horizontal), el semejante ayuda al semejante. Es la que más se aproxima a la acepción corriente del término. Su relación con el logro del macrovalor “equidad” consiste en la compensación directa de las deficiencias del otro, respetando su diversidad, pero poniéndola entre paréntesis. La parábola del buen samaritano enseña precisamente eso.

La solidaridad vertical es más compleja. Consiste en la fusión de las voluntades individuales en torno a la autoridad. Puede ser la autoridad divina, la del líder carismático,

la del profeta o la de la ley. De ese modo, por un *vis a tergo* o un movimiento “de abajo hacia arriba”, se generan condiciones para que la comunidad pueda distribuir los bienes según los justos merecimientos de sus miembros. La clave del dilema reside en separar los “justos” merecimientos de los “injustos”, y allí difieren los credos políticos y económicos.

Algunas posturas señalan que toda distribución debe basarse en el mérito, donde por tal puede entenderse la casta, la raza, la creencia, las posesiones o el esfuerzo. Otras sugieren aceptar resignada y gozosamente las diferencias debidas al nacimiento y esperar recompensas sobrenaturales por la obediencia y la paciencia. El libro de Job ilustra esta postura. Algunos credos religiosos subrayan la predestinación y, en efecto, éste ha sido un punto contencioso en diversas variantes del cristianismo.

Hay posturas que disuelven la equidad, valor sutil y complejo, en una versión de igualitarismo que la desvirtúa. Puede satisfacer momentánea y fugazmente la necesidad de justicia o el imperativo de rebelarse contra abusos, pero la experiencia histórica y la realidad psicológica muestran que no se ha cumplido nunca como ideal ni satisface a los individuos de manera perdurable. Con tenacidad reaparece el afán de diversidad propio de los individuos y se reconstruyen jerarquías y distinciones sobre criterios distintos (por ejemplo, la nobleza de nacimiento se reemplaza por el mérito revolucionario). La heterodoxia se transforma en ortodoxia. A veces, se implantan distinciones sin diferencias reales, lo que resta legitimidad a las decisiones basadas en ellas. El colapso del ordenamiento político existente puede ser su consecuencia: puede producirse



por *rebelión*, orientada a corregir abusos, o por *revolución*, como movimiento que busca cambiar los usos.

En el plano individual es difícil aceptar el igualitarismo como meta, por mera experiencia histórica. Lo cual no significa que no sea una loable tendencia y, aunque ficticia, deseable aspiración. Casi todas las construcciones sociales de utopías son “utopías”: lugares perfectos. La utopía clásica de Moro, las propuestas de Rousseau, la sociedad ideal de San Agustín, las comunidades perfectas que soñaron Campanella y Platón, la asociación de individuos “racionales” y razonables que postula Rawls, todas esas construcciones de la imaginación suponen, o dan por supuesto, lo mismo que desean obtener.

La filosofía práctica, la ética, no puede contentarse con describir la situación actual. Se le ha atribuido la misión de señalar lo que “debiera ser” y aspirar a lo mejor como lo que “debe ser”. Aunque la Declaración Universal de los Derechos Humanos y otros documentos similares sean ignorados, y no haya sitio en el mundo donde se los haya respetado siempre a cabalidad, su existencia es saludable porque describen algo que existe en la imaginación de lo humanamente perfectible.

Sin embargo, hay que hacer notar las oscilaciones del péndulo de la historia: desde el universalismo al particularismo, de la preeminencia de la sociedad al ensalzamiento del individuo. La realidad social no es inmutable, es más real mientras más cambiante.

Difícil es ignorar la estrecha vinculación de lo deseable con el poder. Poder de nombrar. Poder de discernir y separar. Poder

de segregar. En fin, poder de dar legitimidad. Negando esta relación no se la anula. Se le confiere más peso, por ser peso ignorado. Asistimos a una globalización que no involucra de manera uniforme ni con equidad a todas las naciones, pueblos o comunidades. Se presenta como una necesidad ineluctable de la historia humana lo que, desde otra perspectiva, no es más que una realidad particular.

En una disquisición macrobioética es necesario reconocer este factor de inequidad, ya no de personas o circunstancias, sino de distribución de poder, porque influye de manera soterrada en los valores nucleares que animan el trabajo en epidemiología y salud pública. Si suponemos que éste debe contribuir a mejorar las condiciones de vida de las poblaciones, dilucidar sus valores subyacentes no puede considerarse un lujo, sino una necesidad técnica. No debe olvidarse que, desde los albores de la medicina como práctica social, el imperativo ético es, en primer término, un imperativo técnico. No se puede ser un médico bueno -enseñan los escritos hipocráticos- si antes no se es buen médico.

### Algunos conceptos en torno a la justicia

Existen distintas maneras de entender la justicia. Sin embargo, la idea más generalizada es que el derecho a la salud es un derecho negativo y que el Estado debe protegerlo de esa manera, es decir, debe evitar que otros dañen la integridad física o la salud de una persona. En tal sentido, la salud es un bien privado y no un bien público. “Hay, ciertamente una salud pública, pero la salud es primaria y en esencia privada. Lo contrario sería un error de in-



calculables consecuencias. Y cuanto más crezca la gestión pública en la sanidad, más convendrá recordar que es básicamente una cuestión privada. Si no, el propio sector público sanitario saltará por los aires (9)".

Los liberales clásicos cierran aquí el debate. Otras posturas de corte más socialista proclaman un derecho a la "asistencia sanitaria". Ésta, a diferencia de la salud, sí es un asunto público y, en tanto tal, debe ser abordado con participación de los ciudadanos.

Si bien el principio de justicia es relevante en cualquier sociedad, es de particular importancia en los países emergentes, pues en ellos los planificadores de salud en general no tienen en cuenta las reales necesidades de los usuarios (10). Lo que ellos visualizan como problema sanitario de prioridad puede no serlo para la comunidad.

En este sentido, la información pública es fundamental (11). Asimismo, la educación de la sociedad acerca del uso racional de los productos y servicios sanitarios es de capital importancia con el objeto de no malgastar recursos. Muchas veces se demandan, por desconocimiento, productos ineficaces (antibióticos para infecciones virales o trasplantes de órganos cuando no están indicados) o servicios no adecuados (servicios de urgencia para atención domiciliaria de situaciones atendibles de modo ambulatorio o ingresos en unidades de cuidados intensivos de pacientes terminales). Tales demandas no expresan necesidades objetivas sino meros deseos o preferencias subjetivas, no sustentables sin incurrir en una distribución injusta y discriminatoria. En síntesis, una distribución de recursos sanitarios realmente equitativa debe tener en cuenta tanto los valores,

preferencias y expectativas de la sociedad como los principios teóricos de justicia distributiva.

## La justicia como principio formal o material

Otra forma de enfocar el tema de la justicia tiene que ver con su carácter formal o material.

### PRINCIPIO FORMAL DE JUSTICIA

Como decía Aristóteles, "los iguales han de ser tratados como iguales y los desiguales desigualmente". Pero ésta y otras similares formas de expresar el principio de justicia son muy vagas. En realidad, no expresan en concreto qué es la justicia porque, ¿cuál es el significado de "iguales"? ¿Qué criterio de igualdad deberíamos aplicar? Suele sostenerse que los miembros de una misma clase deben recibir el mismo tratamiento pues, en caso contrario, no sería justo. Pero, ¿qué pasa si una persona necesita asistencia médica y se le niega por no estar asociado a la institución sanitaria a la que acude pidiendo ayuda? Al no pertenecer a la misma clase (la clase de los asociados a dicha institución) se le debería negar (y, de hecho, muchas veces sucede). Pero, ¿es esto justo? ¿Es una diferencia moralmente relevante pertenecer o no a esa institución? Otro tema que suele discutirse es si, por ejemplo, los extranjeros deberían ser admitidos en la lista de receptores para el trasplante de órganos.

Como se ve, esta manera de expresar la justicia tiene muchos vacíos. Se dice que, en estos casos, se trata de un principio formal de justicia. Formal equivale aquí a "carente de contenido".



## PRINCIPIOS MATERIALES DE JUSTICIA

Otro modo de referirse a la justicia es a través de principios materiales. Éstos identifican alguna propiedad sustantiva para la distribución de recursos, en este caso sanitarios. Se han propuesto los siguientes principios, ya sea aislados o combinados, que obligan *prima facie* (luego, en cada caso, habrá que evaluar las circunstancias) a asignar a cada uno:

- Una parte igual
- De acuerdo a su necesidad
- De acuerdo con su esfuerzo
- De acuerdo con su contribución
- De acuerdo a su mérito
- De acuerdo con los intercambios del libre mercado

Queda por resolver si estos criterios son o no relevantes para establecer la igualdad entre las personas. La idea es que una acción o ley será injusta cuando haga diferencias entre iguales, o bien, en la medida en que no distinga entre personas que difieren en aspectos relevantes.

## ¿Derecho a la salud o derecho a la asistencia sanitaria?

Suele decirse que no existe un derecho a la salud, porque ello implicaría garantizar el estado de salud de las personas, lo cual es imposible. La salud es una construcción personal e individual. En realidad, lo que se puede garantizar es sólo el acceso a la “asistencia sanitaria” por lo que debería hablarse con más propiedad de un derecho relativo a ésta.

Quienes abogan por un derecho positivo a la atención sanitaria se basan en los argu-

mentos de protección del grupo social, de oportunidad justa o de beneficencia obligada. Por otro lado, también hay discrepancias sobre el alcance de la atención sanitaria; básicamente, se sostiene el derecho a igual acceso al sistema de salud y a los recursos, el derecho a un nivel mínimo de asistencia igual para todos (mínimo decente) o el derecho a los recursos distribuidos de acuerdo a planes de racionamiento.

## Macro y microdistribución de recursos

Hay dos formas de distribuir los recursos, y no existe un criterio de demarcación claro entre ellas. Las decisiones de macrodistribución establecen los fondos que se deben gastar, los bienes que se distribuyen y los métodos de distribución. Las decisiones de microdistribución determinan quién o quiénes recibirán los recursos.

Las decisiones de macrodistribución comprenden la asignación:

- Dentro del presupuesto social: dividir el presupuesto total en partidas destinadas a salud, educación, vivienda, defensa y otros bienes sociales.
- Dentro del presupuesto de salud: establecer lo que se asignará a investigación, control del medio ambiente, epidemiología, asistencia sanitaria, entre otras áreas.
- Dentro del presupuesto de asistencia sanitaria: decidir, por ejemplo, cuánto se asignará a prevención y a rehabilitación. También establecer qué tipos de afecciones tendrán prioridad (las

de mayor prevalencia, las más incapacitantes o las de mayor mortalidad, por ejemplo).

- Cualquiera sea el tipo de macroasignación, lo habitual es que la demanda supere la oferta. Las decisiones de microdistribución y las relacionadas con la asignación dentro del presupuesto de asistencia sanitaria interactúan. Ambos tipos de decisiones se conocen como racionamiento y *triage*. El concepto de racionamiento no está originalmente unido a la idea de urgencia. Existen distintos criterios para racionar recursos, a saber:
- Negación por falta de recursos: el recurso esta vedado por falta de medios para adquirirlo. Este racionamiento es característico del libre mercado.
- Límites impuestos por una determinada política social: el gobierno establece la cuota o ración por cada habitante. Distintos criterios permiten establecer qué recursos se asignarán. Por ejemplo, el Plan Oregon implicó un racionamiento basado en la exclusión de servicios. Otro criterio puede basarse en la edad.
- Racionamiento con posibilidad de acceso a otros recursos: al igual que en el caso anterior, el gobierno realiza una cierta asignación equitativa; pero, además, está permitido que quienes puedan acceder económicamente a más recursos lo hagan. El sistema *Medicare* de Estados Unidos funciona de esta manera.

## Bioética e investigación en salud pública

El Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) se propuso elaborar normas destinadas a encauzar con ética la investigación en seres humanos. Surgieron así las pautas de 1993, revisadas luego en 2002 (12). Del mismo modo, el CIOMS consideró la necesidad de dar normas para la investigación epidemiológica y en 1991 elaboró unas pautas para ese propósito. Sin duda, este último paso significó un avance en el campo de la ética en investigación puesto que, hasta entonces, el interés por la protección de los sujetos de investigación se centraba en la investigación biomédica. Es un mérito del CIOMS en el 1991 reconocer que las personas y las comunidades pueden sufrir riesgos por la recopilación, almacenamiento y utilización de datos en los estudios epidemiológicos.

En los estudios epidemiológicos se manifiesta, quizás con mayor claridad que en los biomédicos, el conflicto entre derechos del individuo y derechos de la sociedad. Desde una perspectiva kantiana, ninguna persona puede ser considerada un medio para ningún fin, ni siquiera para un fin loable, como puede ser el conocimiento científico. Existen situaciones en las que el principio de autonomía debe ceder ante el bien común, pero ellas han de ser la excepción y no la regla cuando se trata de investigaciones cuyo único propósito es incrementar el conocimiento. El respeto por la dignidad de las personas debe ser siempre el hilo conductor de la tarea.

Los estudios epidemiológicos pueden ser observacionales o experimentales. Los primeros no exigen procedimientos invasivos,



más allá de las preguntas formuladas, y suponen riesgos mínimos para los participantes; se consideran en este tipo los estudios transversales, los caso-control y los de cohorte.

Los daños que puede sufrir un sujeto de investigación exceden el plano biológico; deben considerarse los riesgos psicológicos, sociales y legales. De acuerdo al marco social o legal imperante, estos riesgos pueden ser incluso más importantes que los físicos. Por ejemplo, un estudio sobre aborto en países donde el mismo es ilegal. Asimismo, muchas enfermedades son estigmatizantes. Quizás el SIDA represente un caso paradigmático en este sentido, pero cada sociedad o cultura construyen significados distintos en torno a las afecciones, por lo que la potencialidad discriminatoria de una enfermedad debe entenderse culturalmente y no de manera universal.

Los estudios retrospectivos no implican, generalmente, la invasión de la vida privada de una persona. El concepto de privacidad tiene varias acepciones; pero en un sentido amplio, toda la información referida a una persona corresponde al ámbito de su intimidad e, inicialmente, nadie tiene derecho a acceder a ella sin su consentimiento (5). Decimos “inicialmente”, pues pueden surgir situaciones en las que los derechos de la sociedad justifiquen acceder el derecho a la privacidad. En este marco, el consentimiento informado será requerido si un estudio de caso-control exige el contacto directo entre los investigadores y los participantes en el estudio, pero no será necesario si significa sólo una revisión de fichas clínicas. Quizás habría que generar algún otro mecanismo que, sin coartar la libertad de investigación,

resguardara de manera más eficiente la autonomía y privacidad de las personas.

Se reconoce en el CIOMS el carácter “poco ético” de los estudios aleatorios. Los estudios en los que el grupo control recibe placebo siguen siendo frecuentes y, en ellos, son varios los principios y reglas bioéticas que pueden violarse (3).

Respecto de los estudios patrocinados de manera externa y realizados en países periféricos, se sostiene que “el marco de aplicación de estas pautas lo establecen las leyes y las prácticas en cada jurisdicción en la que se proponga llevar a cabo un estudio”. Este punto debería ampliarse y aclararse, pues resulta por todos conocida la práctica de investigar en países emergentes en virtud de que suelen tener legislaciones más permisivas (6).

En relación con el principio de no-maleficencia, se exige considerar los daños evitables. Las apreciaciones sobre este principio deberían ampliarse. No sólo hay que tener en cuenta los daños “evitables”, sino más bien los “previsibles” (sean evitables o no). Asimismo, debería aclararse que el daño ocasionado no siempre tiene que ver con “acciones”, sino a veces con “omisiones”. Es más, en ciertas ocasiones una omisión puede acarrear más daños que una acción (5). Esto es relevante en el caso de los estudios epidemiológicos prospectivos. La simple observación, el no hacer nada más que observar no excluye la no maleficencia. Recuérdese el caso Tuskegee, cuya declarada intención fue el estudio de la historia natural de la sífilis no tratada, sin intervención terapéutica.

En relación con el consentimiento informado, se dice que podría omitirse cuando

podría frustrar "... el objetivo de algunos estudios si, por ejemplo, los posibles participantes –al ser informados– modificarían el comportamiento que se intenta estudiar, o podría causarles una preocupación innecesaria al saber que son participantes en un estudio. El investigador dará garantías de que se mantendrán estrictas medidas para proteger la confidencialidad y que el estudio tiene como objetivo proteger o promover la salud". Igual que en el Código de Nuremberg, se confía en la prudencia del investigador y, a la vez, se asume una actitud paternalista cuando se justifica el ocultar información para no perturbar al paciente. Otra vez el caso Tuskegee resulta aquí ilustrativo.

Debe insistirse en la necesidad de obtener consentimiento en los estudios experimentales y en los observacionales prospectivos. En el caso de los retrospectivos y de corte transversal, cuando se basan en historias clínicas, los pacientes deberían informar en el momento de la confección de las mismas si autorizan a que, en el futuro, sus datos puedan ser utilizados con fines de investigación. Es necesario recordar que, cuando el paciente acude al médico tratante, consiente en que se obtenga información sobre él con el propósito de obtener un beneficio personal. Por el contrario, en una investigación pura el propósito principal no es beneficiar al paciente, sino obtener información, los datos cuya obtención fue autorizada por el paciente con un determinado propósito no deberían utilizarse para otro distinto.

El manejo selectivo de la información, no divulgando aquella que puede inducir conductas distintas a las que se desea observar, también es un punto oscuro que viola la regla de veracidad.

Las pautas mencionan algunas poblaciones vulnerables sobre las cuales habría que extremar los cuidados. Es, razonable incluir dentro de los grupos vulnerables y dependientes a los "trabajadores asalariados". En los exámenes preocupacionales y en los periódicos de salud, así como en investigaciones realizadas en fábricas, los trabajadores pueden ser coaccionados para consentir prácticas que, en otro contexto, no autorizarían.

### Bioética y equidad en salud

Ninguna de las afirmaciones sobre equidad queda explícita si no hay referencia a los principios de autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia. Por lo pronto, es evidente que el análisis de la equidad debe reconocer ciertos atributos básicos de las personas, en tanto agentes morales que, en una praxis comunicativa, intercambian creencias y opiniones.

En el plano social, es posible comprender que la equidad tiene relaciones con el ajuste de las normas a las circunstancias concretas y con dar a cada individuo o grupo lo que merece, esto es, tratar del mismo modo a los iguales y respetar las diferencias justas. Por lo tanto, son inequidades aquellas diferencias injustas, con agente causal caracterizado y que no tienen como responsables a quienes padecen sus efectos.

En el plano individual, la equidad puede reflejarse en un modo de concebir y planear las disyuntivas morales que sea respetuoso de las diferencias pero que, al mismo tiempo, se acerque a los ideales de la cultura propia. Tal concepto puede identificarse con la solidaridad, que se concibe como horizontal si afecta a personas recién



procamente ligadas, o vertical si los participantes en el diálogo acuerdan respetar y acatar principios superiores (como el Estado de Derecho, la voluntad popular o el imperio de la ley (13).

La bioética no debe confundirse con la imposición de una doctrina o creencia, por muy juiciosa que parezca, a los miembros de un grupo determinado. Tampoco con un acrílico relativismo en que todo comportamiento es posible y aprobable. Esta “disciplina-puente” brinda medios para relacionar personas con personas, pero también para vincular disciplinas, racionalidades, normas y creencias, intentando rescatar la multiforme diversidad de la realidad del mundo vital que suele constreñirse a discursos disciplinarios específicos y acotados. Así, por ejemplo, sería errado concebir el tema de la equidad exclusivamente desde el punto de vista de la ciencia económica o sólo desde la perspectiva terapéutica. Muestra facetas distintas en el plano de la sociedad, en el individual y en el grupal.

Todos los procesos de reforma de los sistemas y servicios de salud deberían acompañarse de una reflexión permanente sobre sus implicaciones bioéticas, con el fin de que los actores sociales involucrados puedan manifestar sus opiniones y discrepancias, llegar a consensos o mantener las discrepancias. Si los problemas que plantea la aplicación de políticas o normas no se pueden resolver siempre, es concebible que se puedan “disolver” en la superior síntesis de los intereses sociales.

Si algo caracteriza a la cultura posmoderna es el ocultar sus directrices, la fractura de los vínculos tradicionales y el escepticismo respecto del acuerdo universal. No se trata de visiones pesimistas de la vida –privile-

gio en el pasado de espíritus adelantados y sagaces como Schopenhauer– sino, más bien, de una generalizada desconfianza en los ordenamientos, las normas y los principios, manteniendo, no obstante, una liturgia cosmética que parece reforzarlos. De allí la necesidad de “desenmascarar lo real” con ayuda de la reflexión y el esfuerzo.

Podía parecer, hasta hace no mucho tiempo, que la preocupación por los aspectos morales de la actividad científica era un lujo prescindible. Los acontecimientos más recientes señalan, sin embargo, que la técnica plantea problemas que ella misma no puede resolver, aquellos que en inglés se denominan *no technical solution problem*.

En gran medida, la reflexión ética ha sido hasta ahora compensatoria de errores o reacción frente a amenazas: procede ahora asignarle una tarea proactiva. La reflexión no solamente debe seguir a los avances científicos, sino anticiparlos y examinar los escenarios que ellos posibilitarán. En particular, debe tenerse en cuenta que la racionalidad económica está orientada a crear necesidades y a estimular los mercados mediante la instauración de la escasez como rasgo del producto deseable. Las desigualdades injustas e innecesarias son la marca de la ausencia de equidad. Ellas son el producto y el estímulo para nuevos esfuerzos globalizadores y mayor técnica económica aplicada a los problemas humanos. La paradoja es que en la tecnificación de la vida y la globalización de los principios técnicos debe verse el mayor desafío a la equidad. Es concebible que el aporte de mayores recursos genere, contra lo esperado, aún mayores inequidades.

En la investigación sobre los determinantes macrosociales de la salud y sus perturbacio-



nes, la reflexión bioética debe ser un componente sustantivo de sus etapas iniciales.

## Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. *La Salud Pública en las Américas*. Publicación Científica y Técnica N° 589. Washington: OPS; 2002.
2. Frenk, J. Memorias de un Grupo de Consulta; la situación actual. En: *Sobre la teoría y práctica de la salud pública: un debate, múltiples perspectivas*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 98. Washington: OPS/OMS; 1993.
3. Badgley, R. F. Salud Pública: Tendencias y Desafíos. En: *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Publicación Científica N° 540. Washington: OPS/OMS; 1992.
4. Lemus, J. D. *Salud Pública. Marco Conceptual e Instrumentos Operativos*. Buenos Aires: Editorial Kohan; 2001: 7-21.
5. Outomuro, D. Bioética, APS y Salud Pública. Algunas consideraciones sobre justicia distributiva. En: Azevedo, A.C.; Lemus, J. E.; Bernacdinini, BB. *Seminario Taller Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. A 25 años de Alma-Ata*. Buenos Aires: OPS/OMS; 2003: 113-124.
6. Lolas, F. *Más Allá del Cuerpo. La Construcción Narrativa de la Salud*. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello; 1997.
7. Lolas, F. *La bioética en el contexto de los programas globales de salud*. Revista Panamericana de Salud Pública, 1999; 6 (1): 65-68.
8. Lolas, F. *Bioética y Antropología Médica*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2000.
9. Gracia, D. *Profesión médica, investigación y justicia sanitaria*. Bogotá, D.C.: El Búho; 2002: 190-191.
10. Lolas, F. *Bioética. El diálogo moral en las ciencias de la vida*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2001: 68-70.
11. Lolas, F. *Bioética y Medicina*. Santiago de Chile: Editorial Biblioteca Americana; 2002: 138-139.
12. Consejo Internacional de Organizaciones de Ciencias Médicas. *Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos* (rev. 2002). Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética; 2003.
13. Lolas, F. *El desafío bioético de la equidad: su relevancia en salud pública*. Revista Española de Salud Pública, 2001; 75: 187-192.

*Los principios éticos aplicables a la investigación en salud pública son:* dignidad de la vida humana; autonomía y libertad de elección; justicia y equidad; solidaridad; precaución y responsabilidad; derechos a la privacidad y a la confidencialidad y derecho a la disposición de lo propio.

**FERNANDO LOLAS STEPKE Y DELIA OUTOMURO**





---

# DEBERES Y FELICIDAD EN LA ECOÉTICA\*

---

Carmen Velayos Castelo\*\*

## RESUMEN

El temor ha sido, y sigue siendo, la fuente de motivación a la que más ha recurrido la ecoética. Este trabajo no pretende abandonar la apelación necesaria al temor en la ecoética, pero sí complementarla con otro tipo de retóricas más positivas, centradas en la promoción de emociones positivas y en la búsqueda general de felicidad por parte del ser humano. Se defenderá que uno de los retos pendientes de la ecoética es la creación de una ética ilustrada de la felicidad.

## ABSTRACT

Right from the start until now, ecoethics has primarily appealed to fear as its source of motivation. This essay doesn't propose that we abandon the appeal to fear in ecoethics, but it suggests that we complement it with more positive kinds of rhetoric centred on the promotion of positive emotions and on the general search of happiness common to human beings. It will be argued that one of the challenges of ecoethics is to work out an *enlightened* ethics of happiness.

(...) Cuidar el mundo porque es maravilla  
sobre maravilla y no hay otro.

Jorge Riechmann,  
de "Ahí, sobre esta tierra" (1).

## 1. Ecoética: ¿una ética del temor?

Desde los albores de la historia de la ecoética (centrada específicamente en la argumentación moral acerca de nuestra praxis—individual y colectiva—sobre la naturaleza no humana), han abundado las retóricas negativas en pro de un cambio de actitud hacia nuestro entorno. Entenderé por retóricas negativas las que se centran

tanto en lo que hemos hecho mal como en las consecuencias nocivas de nuestro comportamiento pasado y presente. La ecoética tiene, así, un sabor amargo cuando nos recuerda la necesidad de un cambio radical de actitudes, de hábitos y de conductas; quizás un sabor parecido al de aquellos medicamentos que no queremos tomar porque sus efectos secundarios son demasiado fuertes y la curación resulta incierta dado el avance del mal.

En los inicios de la argumentación moral que vengo denominando como ecoética, allá por los años sesenta y setenta del pasado siglo, fueron especialmente significativas las argumentaciones de carácter apocalíptico. Entonces, muchos las tildaron de catastróficas, mientras a sus creadores les parecían meramente rea-

---

\* Tomado de la *Revista Isegoría*, Nº 32, junio de 2005, pp. 145-156.

\*\* Ver reseña biográfica en la página 5.

listas. Curiosamente, la apelación al final y a la catástrofe vuelve a ser relevante en la actualidad y, yo diría que incluso empieza a ser considerada simplemente como adecuada o sensata en la literatura contemporánea sobre *environmental ethics*, ética ecológica o ecoética en sentido más general (2). No sin razón, como dejan claro algunos especialistas (Attfield, Jamieson, Riechmann, etc.), en este mismo número de *Isegoría*, la amenaza del cambio climático o de un desarrollo humano incompatible con la vida, son amenazas graves cargadas de previsiones calamitosas. Resulta inevitable sentir miedo. Después de todo, el miedo es una emoción provocada por la toma de conciencia de un peligro presente, determinado y agobiante que, según creemos, amenaza nuestra conservación; y que puede convertirse en un hábito de temer a tal o cual amenaza (real o imaginaria) (3). Los informes actuales sobre la frágil y peligrosa situación de nuestro planeta y de la vida en él, así como de la tendencia a empeorarla –que no mejorarla– hacen que lo más sensato sea, insisto, sentir miedo o cierto *temor* ante el futuro. El mismo Jorge Riechmann, en otro lugar, insiste en la idea de “pensar y obrar bajo el horizonte del apocalipsis” (4) y, retornando al psicólogo y psiquiatra Robert J. Lifton, se refiere a la necesidad de lo que éste llama *imaginación apocalíptica* para captar las realidades de nuestro tiempo, como nuestra capacidad ilimitada de destrucción. En palabras de Riechmann: “necesitamos cambiar de rumbo, y cada día que se aplaza ese cambio las condiciones para realizarlo son peores”. Para este autor, puede que sólo una catástrofe pudiera hacernos reaccionar, aunque entonces quizás fuera demasiado tarde (5).

La apelación al temor –y no tanto al miedo– como actitud intelectual, ha sido para la ecoética un instrumento retórico poderoso. La idea presente en muchos de sus argumentos es que aún quedaría tiempo para salvarnos, pero sólo si abandonáramos una especie de optimismo secular que, en palabras de Ronald Higgins, habría inventado nuestra civilización occidental y “que le sirve de fundamento” (6). Según Higgins, el optimismo habría sido durante mucho tiempo el estímulo utilizado para resolver los problemas de nuestra civilización. Pero ahora se requerirían los efectos del temor. Y apelando a la psicóloga Karen Horney señalaba que, si “se ayudara a ver a un paciente que secretamente se ha estado llevando hacia la autodestrucción, éste reconocimiento sería menos peligroso que permitir que siguiera operando ese potencial impulso suicida” (7).

Un caso paradigmático de una retórica negativa en la ecoética es, desde luego, el de Hans Jonas, quien nos ofrece una de las versiones más sistemáticas del recurso al temor en la argumentación moral. En *El Principio de responsabilidad*, Jonas rechaza la apelación a la utopía presente en otros autores, como E. Bloch, e introduce la “heurística del temor” como necesidad argumental. Jonas expone que “así como no tendríamos que saber de la santidad de la vida si no existiese el matar”, y tampoco “conoceríamos el valor de la veracidad si no existiera la mentira, ni el de la libertad sin la esclavitud”. Por tanto, concluye, “necesitamos que este concepto (el de hombre) se vea *amenazado* -con formas muy concretas de amenaza- para, ante el espanto que tal cosa nos produce, afianzar una imagen verdadera del hombre” (8). Para Jonas es evidente que nos resulta infinita-



mente más fácil el conocimiento del *malum* que el conocimiento del *bonum*. Por ello, se convierte en un arma fundamental –en un “deber” de la “ética centrada en el futuro”–, el procurar la representación de los efectos remotos de nuestras conductas, como, por ejemplo, la creación de organismos transgénicos u otras formas de innovación tecnológica. Se trataría de un “saber acerca de las posibilidades” que, sin ser suficiente para hacer predicciones, lo es para los fines de una casuística heurística puesta al servicio de los principios éticos; un saber que siempre ha de hacer más hincapié en las amenazas que en las promesas por una cuestión de cautela. Así, el sentimiento del temor actúa como mediador entre la racionalidad de los principios y las emociones, tal y como ocurría con el sentimiento del deber en Kant (9). En palabras de García Gómez-Heras, el temor para Jonas “asume la función de movilizar la voluntad en la toma de decisiones responsables e, incluso, de impulsarla por la senda de la racionalidad” (10).

### 1.1. EL TEMOR COMO MOTIVACIÓN

La anterior interpretación de García Gómez-Heras sobre el rol argumentativo del temor en Jonas me da pie para afrontar una pregunta más general sobre las razones por las que, según algunas tradiciones de la ecoética (las que no desestiman este tipo de retórica negativa), deberíamos tener un comportamiento correcto o bueno ecológicamente hablando. Planteo esto aquí porque, al tenor de lo expuesto, pudiera parecer que estoy defendiendo la tesis de que, en ocasiones, este tipo de ética especial (ecoética) subordina la moral a algo externo, como puede ser la eliminación de la ansiedad ante el futuro. En efecto, si para algunas de las argumentaciones

morales de la ecoética, el temor constituyera la razón o motivación última para actuar bien o correctamente, entonces se perdería la especificidad del hecho moral que con tanta contundencia venimos defendiendo desde la Modernidad. “Actuar bien por temor a algo” parece un tipo de actuación exento, en principio, de connotaciones morales. Personalmente creo que la apelación al temor que tiñe a algunas de estas teorías no es más que –de nuevo con Gómez-Heras– un tipo de “mediación” entre la racionalidad de los valores o de los principios morales y las emociones. No constituye la razón última de la acción correcta, sino uno de los pretendidos motores de la voluntad para hacer “lo que está bien”. Y *qué* está bien y *por qué* está bien es algo que la ecoética está dispuesta a justificar de modos diversos. A veces lo ha hecho mediante la justificación del valor intrínseco o inherente de la naturaleza, al menos en la rama más conocida y desarrollada hasta el momento, la *environmental ethics*, que traduciré como *ética ambiental* (11). Salvo en algunas de sus versiones, atentas a los sentimientos morales, este paradigma se ha centrado especialmente en el discurso de los valores intrínsecos y de los deberes correspondientes, a menudo sobrevenientes a éstos. El resultado es un conjunto de teorías pretendidamente racionales, compactas y coherentes que se presentan a los sujetos morales para que éstos queden rendidos ante dicha racionalidad y coherencia y, en consecuencia, ante la necesidad de vivir de acuerdo con los criterios que se desprenden de ellas. Es una cuestión de racionalidad práctica. Hemos de vivir de acuerdo con nuestros juicios o nuestras creencias morales, de modo que si un argumento demostrara que un árbol es digno moralmente hablando y tiene estatus moral, o que los animales

sufrientes son portadores de un valor inherente, tendríamos que obrar de acuerdo con nuestro convencimiento.

El problema que se nos plantea con este tipo de éticas es que no queda claro si la fuerza de la razón (en el caso de que alguien se convenciera de la “racionalidad” de los argumentos puestos sobre la mesa) es suficiente para mover a la praxis o no (12). Desde mi punto de vista, los argumentos racionales son decisivos, pero no hay que olvidar tampoco la dimensión afectiva de la motivación humana que, por su puesto, habría de sumarse, y no contradirse, con la fuerza racional de los argumentos. Traducido esto al ámbito de la acción proambiental, no resulta claro que los mejores argumentos sean también siempre los más efectivos y promotores de la acción más respetuosa con el medio. De ahí, que todos conozcamos ejemplos de personas que, aun creyendo en la conveniencia de una ética biocentrista, por ejemplo, prefieran callarlo y utilizar públicamente argumentos centrados en el autointerés humano para conseguir el respeto mayoritario de toda la vida, aunque por caminos distintos. Esta postura conlleva cierta esquizofrenia entre lo que uno cree que debe hacer y lo que cree que conduciría a que otros actúen como él. Y no estoy diciendo con esto que el biocentrismo sea una opción imposible de mantener, a falta de respaldo motivacional y práctico, como sin más, se postula desde un pretendido realismo o coherencia con los datos sobre la naturaleza humana. Muy al contrario, ejemplos como el del biocentrista Albert Schweitzer, que nos mostró fundamentalmente con el ejemplo lo que hoy podríamos denominar una vida sostenible y respetuosa con todas las formas de vida, demuestran que no es así. Pero en la

argumentación de Schweitzer contamos con un nuevo elemento que no ha sido muy común en otras éticas biocentristas. Me refiero a la invitación a la construcción del carácter, es decir, a la virtud. Porque las virtudes articulan y fusionan el lenguaje típico de los principios, o de los valores intrínsecos, con el de las consecuencias. Es más, necesitan incluir la alusión sobre los intereses del agente, a sus necesidades, deseos y también a sus sentimientos, resultando más cercanas.

La concepción de la virtud de Schweitzer está muy cercana a la *areté* griega y, en consecuencia, supone algo así como un proceso de autoperfeccionamiento que parte necesariamente de los deseos del agente en aras a la consecución de una vida buena y, por ende, de una existencia feliz.

## 1.2. LA EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE EL TEMOR Y EL COMPORTAMIENTO PROAMBIENTAL

En psicología ambiental la tendencia dominante también parece haber consistido en interpretar la conducta proambiental como una “reacción ante”, proliferando los trabajos vinculados a los conceptos de estrés y de percepción de riesgo ambiental. Pero según algunos psicólogos ambientales, como Ernesto Suárez (13), aunque podemos actuar de manera ecológicamente responsable motivados por la ansiedad, el sentimiento de culpa y el miedo, se trata de motivaciones muy maleables. Hay ya muchos trabajos empíricos que evidencian lo limitada que resulta la concepción de la responsabilidad ambiental entendida como sacrificio personal ante las condiciones del entorno. Así, Koestner, Houliort, Paquet y Knight realizaron un interesante estudio en 2001 (14). Estos



investigadores parten de la diferenciación entre introyección e internalización. Mientras que la internalización supone incorporar al propio sentido de uno mismo las creencias y normas sociales como valores personales básicos, la introyección implica sólo la integración parcial de normas. En suma, la introyección no es total. Los valores o normas se toman por presión, para evitar ansiedad o sentimiento de culpa. Pues bien, según Koestner y el resto de investigadores, aquellos que hubieran introyectado el reciclaje se interesarían en las acciones proambientales sólo de un modo superficial, puesto que los valores proambientales no forman parte de su propio yo. Y eso haría que estuvieran más expuestos a mensajes persuasivos que actuarían a través del procesamiento heurístico.

Los ciento dieciséis estudiantes que participarían en el experimento de Koestner y otros, fueron clasificados previamente de acuerdo a su alto o bajo grado de introyección de normas ambientales. A partir de aquí, el experimento consistió en hacer leer a los participantes una hoja con nueve fragmentos de un artículo periodístico en el que el autor se oponía al reciclado de basuras. Junto a los fragmentos, aparecía también una fotografía del supuesto autor. El grado de atractivo personal de la fuente se manipulaba en dos direcciones; su atractivo físico y su grado de credibilidad. Así pues, se presentaba al autor como director de una división territorial de Greenpeace o como director de una empresa de productos derivados del petróleo. Además, se manipulaba la intensidad de los argumentos antirreciclaje dividiéndolos en argumentos débiles y fuertes. A partir de las ideas que el artículo sugería a los participantes, dos jueces clasificaban sus frases

en las categorías de ideas *favorables, desfavorables e irrelevantes* respecto al mensaje del mismo.

Entre los resultados del trabajo se destaca, por ejemplo, que el atractivo personal de la fuente influyera positivamente en el número de pensamientos favorables que expresaban los estudiantes con un alto grado de introyección, pero no con uno bajo. Pues bien, las conclusiones, como comenta Ernesto Suárez, apuntan a que el miedo, la ansiedad o el sentimiento de culpa son fuentes de motivación muy maleables. Se pueden mantener cierto tiempo, pero no resultan suficientemente sólidas. Seligman, por su parte, cree que las emociones negativas, como el temor, desempeñan un papel dominante en los juegos de victoria-derrota. El temor es la señal de que nos acecha un peligro, por ejemplo. En su opinión, por esa misma razón las emociones negativas habrían sido decisivas en la evolución, resultando favorecidas por la selección natural. Los individuos con fuertes emociones negativas cuando su vida corría peligro eran los mejores en la lucha y en la huida, y transmitían los genes relevantes para la especie (15).

## 2. De la psicología a la ética. Las retóricas positivas

Pero ¿qué ocurre –según uno de los padres de la psicología positiva, como Martin Seligman– con las emociones positivas? Según él, éstas amplían nuestros recursos intelectuales, físicos y sociales y los hacen más perdurables, “acrecientan las reservas a las que podemos recurrir cuando se nos presenta una amenaza o una oportunidad” (16). El sentimiento positivo es un neón que dice: “Aquí hay crecimiento” y

nos advierte de la posibilidad de un encuentro victoria-victoria (17).

Además, contamos con evidencias suficientes a favor de la significativa influencia de los estados emocionales positivos en la acción proambiental. Según Ernesto Suárez, “si se entiende el comportamiento responsable como acción intencional y autosostenida, las causas que la explican y mantienen han de estar relacionadas, en el mismo sentido, con factores estables. De ahí-prosigue Suárez-la importancia de las intervenciones basadas en factores no sólo intrínsecos, sino también positivos” (18).

Los tres pilares de la psicología positiva son, para Martin Seligman, los siguientes:

En primer lugar, es el estudio de la emoción positiva; el estudio de los rasgos positivos, sobre todo las fortalezas y virtudes, pero también las “habilidades” como la inteligencia y la capacidad atlética; y el estudio de las instituciones positivas, como la democracia, las familias unidas y la libertad de información, que sustentan las virtudes y a su vez sostienen las emociones positivas. Las emociones positivas como la seguridad, la esperanza y la confianza nos resultan más útiles en momentos difíciles que cuando la vida es fácil (19).

Algunos pensarán que la apelación a las emociones positivas y a su posible relación con el comportamiento proambiental es un lujo de la opulencia y, en consecuencia, difícil de aplicar a situaciones de desgracia absoluta o poco prósperas, en las que el fin fundamental no es otro que evitar la desdicha o la falta de bienestar. Así, por ejemplo, no tendría mucho sentido reclamar la felicidad en el caso de un desastre natural como el último del Tsunami,

donde lo que se requeriría en primer lugar es la evitación de problemas perentorios. ¿O sí? El mismo Seligman podría contestar a esta sospecha con la reflexión que realiza al comienzo de su libro:

Desde el 11 de septiembre de 2001 he reflexionado sobre la relevancia de la Psicología Positiva. En los momentos difíciles, ¿la comprensión y el alivio del sufrimiento están por encima de la comprensión y el desarrollo de la felicidad? Creo que no. Las personas empobrecidas, deprimidas o con tendencias suicidas se preocupan por muchas más cosas que el mero alivio de su sufrimiento. A estas personas les preocupa, a veces con desesperación, la virtud, el propósito, la integridad y el significado (20).

En sus propias palabras, la psicología positiva no sólo se centra en la curación de daños, sino en ayudar a la persona a identificar y desarrollar sus fortalezas y virtudes. Éstas actuarían a modo de barrera contra la desgracia y los trastornos psicológicos, y podrían ser la clave para aumentar la capacidad de recuperación. La ventaja más clara que poseen las personas felices frente a las que no lo son es, según este autor, su capacidad para enfrentarse a los acontecimientos adversos. Cuando se siente amenazada, la gente feliz no sólo soporta mejor el dolor sino que sus emociones positivas pueden anular las negativas (21).

La psicología positiva de Seligman pretende recuperar como eje de su actuación la buena vida, esto es, la que utiliza las fortalezas personales de manera habitual con el objeto de lograr bienestar y felicidad. Según Ernesto Suárez, no deja de resultar curioso que la *psicología positiva* pretenda “recuperar explícitamente como eje





para la intervención en psicología el fundamento básico de toda consideración ética, la *buena vida*". Ciertamente, la ética ha consensuado un término variado en su orden respecto al anterior, es decir, el de la *vida buena*. Lo interesante es que éste puede seguir conservando un hilo de unión con el bienestar y las emociones positivas que, según Seligman (22), incluyen el placer físico y los placeres asociados a niveles superiores, derivadas de actividades que nos gusta realizar, tales como la diversión, el entretenimiento, la satisfacción, el entusiasmo, el gozo, la dicha o el éxtasis. Seligman cree que dichas emociones desarrollan "fortalezas personales", características estables e intrínsecamente *motivantes* entre las que se encontrarían la curiosidad, la inteligencia práctica, la perseverancia, el autocontrol o el disfrute de la belleza.

Ernesto Suárez se interesa así por las propuestas que relacionan el comportamiento proambiental con una perspectiva positiva. Cita, por ejemplo, los estudios de E. S. Geller (23), quien relaciona lo que llama el "cuidado activo", entendido como una forma de altruismo, con cinco factores de personalidad relacionados con la autoafirmación. Por tanto, destaca Suárez, "ya no se asocia la norma a un sentimiento negativo -sea de culpa o de responsabilidad (como en la tesis del altruismo de Schwartz)- sino a la expresión de una fortaleza personal, adoptando la terminología de Seligman" (24). Otro ejemplo que cita es el del estudio de Kals, Schumacher y Montada (1999), quienes analizan en su investigación la afinidad emocional con la conducta protectora del ambiente. Resumiendo la tesis de Suárez:

Frente a la consideración de la conducta proambiental como resultado de una deci-

sión racional, siempre flanqueada y motivada por emociones y sentimientos negativos, producto de procesos de autoinculpación como reacción ante situaciones ambientales también negativas (...), existe evidencia suficiente que demuestra la significativa influencia de los estados emocionales positivos en la acción proambiental (25).

No es difícil tampoco asociar estos argumentos positivos con algunos clásicos de la filosofía, en concreto, con algunos de los que hicieron de la teorización de la vida buena un asunto fundamental de su filosofía. Así, por ejemplo, el neurobiólogo Antonio Damasio no ha tenido inconveniente en actualizar la ética spinoziana a partir de sus conocimientos sobre el cerebro. Según él, los sentimientos son relevantes en el proceso de resolución de problemas. El mecanismo asociado a los mismos permite que se desarrollen las correcciones biológicas necesarias para la supervivencia, ofreciendo información explícita y cualificada del estado de los diferentes componentes del organismo en cada momento. Los sentimientos etiquetan los mapas neurológicos correspondientes con una especie de letrero en el que puede leerse: "¡Señala eso!" (26). Los sentimientos mejoran y amplían el proceso de manejo de la vida. Algunos sentimientos facilitan el aprendizaje y el recuerdo mientras que otros lo reprimen. Por tanto, la eficacia de fomentar sentimientos positivos parece ir reforzándose poco a poco por la ciencia y puede ser un arma en manos de la educación ambiental.

Damasio interpreta los mapas cerebrales asociados con la tristeza como estados de desequilibrio funcional. En estos casos, la capacidad de reacción se muestra limitada. Si no se corrige, llevarían a la enfermedad y a la muerte. Y cree -junto a Spinoza-



que la alegría se asocia con una transición del organismo hacia un estado de mayor *perfección*, de armonía funcional.

## 2.1. ECOÉTICA Y FELICIDAD

En los versos citados en el inicio de este trabajo, Jorge Riechmann nos invita a pensar en lo que nos perdemos si nos perdemos en el descuido de la naturaleza (“no hay otro mundo”), pero esta vez también desde la perspectiva de lo que ganamos si cuidamos el mundo que nos rodea, que es “maravilla sobre maravilla”. Tengo la impresión de que la apelación a la felicidad no ha estado suficientemente presente en la ecoética. Y, por el contrario, se ha insistido mucho en el temor como motor de la acción. Como hemos mostrado brevemente, parece, además, que la psicología puede estar ofreciendo alguna evidencia interesante acerca de la poca eficacia del temor para cambiar actitudes o comportamientos (mucho más para cambiar las primeras que los segundos) a largo plazo. De igual forma, estas mismas evidencias nos hablan de la eficacia de las fortalezas positivas a la hora de consolidar un comportamiento proambiental sostenido en el tiempo.

A pesar de lo expuesto, no trataré en este ensayo de adoptar una perspectiva helenístico-romana dirigida a evitar el temor (entendido como perturbación que ha de eliminarse mediante la constatación de que su objeto resulta insignificante) (27), sino a evitar su acritud. El temor a un mundo insostenible resulta tan razonable como necesario para afrontar una responsabilidad madura dirigida hacia el futuro. También es compatible con la felicidad, siempre que no se trate de una emoción paralizante, sino de una actitud de

precaución ante lo que podemos generar con nuestros actos.

Pero la ecoética ha estado –sólo secundariamente– centrada en los deseos y motivaciones de la gente, incidiendo poco en la posible relación entre las obligaciones ecológicas y lo que, en términos muy genéricos, denominamos felicidad. Por eso, quiero esbozar tímidamente en esta ocasión la propuesta de una ecoética tan atenta a la consecución de plenitud y de bienestar (visión positiva) como a la crítica de lo que hemos hecho mal y a la reacción ante los posibles daños generados o generables por nuestra conducta (visión negativa-reactiva). De hecho, un mundo ecológicamente adecuado puede ser más coherente con nuestros deseos de felicidad que un mundo herido ecológicamente, desigual e injusto.

Trayendo a colación el título de uno de los libros del escritor y naturalista Joaquín Araújo, hay que hacer notar, en primer lugar, algo tan evidente como poco recordado, esto es, que la naturaleza es nuestro lujo (28). Hasta ahora, la naturaleza no ha sido entendida casi nunca como una condición o como un ingrediente de la felicidad. Araújo, en cambio, apunta que “la calidad de vida que nos merecemos incluye un entorno con su máximo grado de salud” (29), que su disfrute es gratis (por ahora) y que constituye una fuente inagotable de placeres.

En esta dirección, atenta a la dimensión gratificante y gratuita de la naturaleza, han destacado sobre todo las ecoéticas antropocéntricas. Algunas, que se suelen presentar como abanderadas del sentido común y de una visión (ya realista; ya metodológicamente adecuada) del ser hu-



mano como ser autointeresado, atribuirían a la naturaleza no humana un valor meramente instrumental. El ser humano, al que le interesa la belleza, la espiritualidad, el conocimiento o la mera supervivencia, ha de cuidar la naturaleza para conseguir diversos tipos de bienes derivados de su relación con ella. En este sentido, dicha visión instrumental de la naturaleza enfatizará la contribución de la misma a la causa de la felicidad. Y no con pocos argumentos.

No obstante, en este tipo de antropocentrismo el carácter instrumental de la naturaleza favorece una interpretación desarraigada del ser humano que viene a superarse en el antropocentrismo *débil*. Aquí, la dimensión de la autorrealización humana —que se vincula al cuidado de la naturaleza— cobra una crucial relevancia; y la felicidad presupone una transformación individual en complicidad con la naturaleza. En otros paradigmas ecoéticos no antropocéntricos (donde el tema de la felicidad ha sido aún menos crucial), ésta habría de vincularse también, y sin lugar a dudas, a los deberes hacia la naturaleza. Todo esto parece estar en consonancia con la histórica relación entre la felicidad y la bondad o la corrección de los actos.

Particularmente, defenderé en esta ocasión que ( $T_1$ ) existe una relación entre un comportamiento ecológicamente adecuado y la felicidad. Y esto en la medida en que, además, coincido con la hipótesis clásica según la cual ( $T_2$ ), los seres humanos aspiran a la felicidad, consista ésta en lo que consista.

Para ello, no obstante, necesito descartar otras dos hipótesis:

( $N_1$ ) que una ética que tenga presente la felicidad haya de ser necesariamente una ética teleológica donde la consecución del fin felicitario sea la única motivación de la conducta. Como mostraré más adelante, podemos actuar de modo sostenible o correcto ecológicamente hablando porque consideramos que es nuestro deber o lo que hay que hacer, al tiempo que constatamos que esto nos hace más felices. El cumplimiento del deber y la búsqueda de la felicidad no son objetivos incompatibles.

( $N_2$ ) que el contenido de la felicidad sea vinculante. Los modelos de felicidad y de vida buena no requieren ser traducibles a normas o principios de actuación universales. Los argumentos sobre la vida buena y feliz que tengan que ver con conductas que no sólo me afectan a mí, sino a otros, podrían ser entendidos como propuestas argumentativas públicas. A pesar de lo cual, no reclaman obediencia, son frágiles, abiertas al debate y, por supuesto, revisables.

( $N_3$ ) que la felicidad sea completamente externa a la acción moral, algo así como una lotería en manos del destino; o completamente interna, como era el caso de la propuesta estoica, donde la felicidad como *eudaimonía* se hacía coincidir estrictamente con la virtud como *areté*, sin incluir ningún tipo de bien externo.

### 3. Por una ética ilustrada de la felicidad

Una ética ilustrada de la felicidad es una ética que integra esta pretensión en la filosofía moral sin considerarla como el motivo último y único de la acción. Coincido con Dorothea Frede en su interpretación apasionada de la ética aristotélica cuando

destaca –como algo que la ética nunca debería haber perdido– la constatación de que “la moralidad no es sólo bastante compatible con las inclinaciones personales, sino que las presupone. Que nuestras acciones deberían hacerse *con* inclinación más que *a causa de* la inclinación es –para esta autora– una idea que nunca debería haber sido desestimada del discurso moral” (30).

Curiosamente, los clásicos helenísticos, en concreto los epicúreos, estoicos y cínicos, pueden enseñarnos mucho en esta dirección, una vez hayan sido actualizados para hacer compatibles algunas de sus intuiciones con la modernidad filosófica. Y uno de los conceptos del pensamiento griego que quiero rescatar para la ecoética es el de la autarquía.

### 3.1. AUTARQUÍA Y ECOLOGÍA

Desde luego, no hay forma de demostrar que la felicidad tenga que ver más con las emociones positivas que con los bienes externos. Es una hipótesis que no pretende ser definitiva ni absoluta. Tan sólo puedo verla avalada en el presente por algunos estudios. Así, el psiquiatra Luis Rojas Marcos resalta en su libro *Nuestra felicidad* que no es más feliz el más alto o más rico, sino el que tiene una suficiente autoconfianza, el que es seguro y autónomo, el que se mantiene optimista en el empeño de alcanzar las metas que se propone, y el que disfruta de sus relaciones con los demás y de su tiempo libre:

El río de la felicidad se alimenta menos de caudales de grandes fortunas que de afluentes de satisfacciones y logros comunes. Nadie duda de que necesitamos pan para vivir, pero una vez que lo conseguimos surgen en nosotros otras necesidades como la realización personal, la autonomía, las rela-

ciones de cariño y amistad, o la participación social (31).

El concepto de autarquía es un concepto central en el pensamiento griego y alcanza su predominio argumentativo en la época helenística. La autosuficiencia está indisolublemente ligada a la felicidad desde sus primeras formulaciones. Así, Demócrito afirmaba que “ni en la tierra, ni en el oro, sino en el alma habita la felicidad” (32) y mencionaba cómo la vida en el extranjero enseña autarquía, “pues el pan de cebada y la cama de paja son los más dulces remedios del hambre y la fatiga” (33). Asomarnos a estas frases desde nuestro contexto sociocultural no puede sino resultar turbador. La visión más cotidiana de la felicidad relaciona ésta con la posesión de bienes materiales y con la perpetuación de estados o circunstancias vitales (como la juventud, determinado confort material o una apariencia física concreta) tan breves como minoritarias o incluso artificiales (delgadez extrema y curvas abundantes; posesión de bienes y ausencia de tiempo para disfrutados, por ejemplo). En otro contexto, los griegos argumentan que la felicidad y la estabilidad no están en las cosas sino en esa confianza y seguridad, esa independencia y esa tranquilidad alegre que llamamos autarquía. Así, el cínico Antístenes, según el *Simposio* de Jenofonte, afirmaba que “hasta cuando quiero darme buena vida y disfrutar delicias, no voy al mercado a comprar las lujosas mercaderías (que salen demasiado caras), sino que las saco de la despensa de mi alma” (34).

De cualquier forma, un repaso del concepto de autarquía nos llevaría muy lejos. Sería necesario, por ejemplo, destacar la figura de Sócrates, tan presente en los filósofos helenísticos (35). Voy a mencionar



tan sólo aquí la versión epicúrea por su alto contenido ecológico y su relevancia para una educación en la sostenibilidad. Epicuro afirmó, por ejemplo, que “la riqueza de la naturaleza tiene límites y es fácil de procurar, pero la de vanas opiniones se precipita en lo infinito” (36). Según Epicuro, el sabio satisfará limitadamente su deficiencia natural. Para ello necesitará del placer, “porque su vida es deficiente y, como consecuencia de ello, dolorosa” (37). Pero el placer epicúreo es sobrio y coincide con la satisfacción de deseos necesarios, naturales cuando no dañen, pero no nocivos (38). En definitiva, consiste en la *aponía* (ausencia de dolor corporal) y la *ataraxia* (ausencia de turbación del alma):

No libera la turbación del alma, ni procura una alegría real ni la existencia de las más grandes riquezas, ni la estima, ni la consideración entre la multitud, ni ninguna otra cosa que proceda de motivos indefinidos (...). Si quieres hacer feliz a Pitocles, no le aumentes las riquezas, disminúyete el deseo (39).

### 3.2. VIRTUD Y FELICIDAD

Una ética de la virtud ciudadana –privada y pública– es un ingrediente importante de una ética de la felicidad. Desde luego, esto es coherente con una ética moderna, universal y específica y no requiere, por tanto, partir de una visión sustantiva de la vida buena. Las virtudes propias del ciudadano ecológico no comprometen la imparcialidad liberal (40), pues complementan la justicia. Son un modo de afrontar las obligaciones ciudadanas (41). Concretamente, algunas promueven esas oportunidades -o condiciones- necesarias para que las generaciones futuras decidan qué tipo de vida buena querrían perseguir, aunque fuera distinta a la nuestra. Dichas condiciones de sostenibilidad deberían ser mantenidas

y promovidas en la medida en que tengamos el poder para hacerlo, a lo largo de un tiempo indefinido.

Para formular la necesidad de virtudes ecológicas, contamos con dos circunstancias ineludibles que voy a tomar prestadas de la autora Louke van Wensveen:

La primera se refiere al hecho de que *la sostenibilidad ecosistémica es una condición necesaria del cultivo de la virtud* (42) ya que, por razones obvias, sin la permanencia continuada en el tiempo de los ecosistemas donde vivimos no puede darse la continuidad de sentimientos y pensamientos que requiere la virtud ni la continuidad de emociones positivas que delatan la felicidad. La sostenibilidad ecológica deviene un bien externo necesario para alcanzar la vida buena y feliz. Aristóteles manejó otros bienes externos que actuaban como mínimos necesarios para alcanzar la eudaimonía. Se refería, así, a no estar deformado o solo y sin hijos (43). En nuestro contexto histórico, podemos apelar a otros bienes aparentemente necesarios, como un mínimo de salud (44) o la integridad ecológica, cuya ausencia haría imposible la felicidad.

La segunda circunstancia se refiere, según van Wensveen, a que *toda virtud genuina incluye el fin de asegurar la sostenibilidad ecológica como condición necesaria para que ésta pueda ser cultivada*. No podemos ser ya lo que se entiende generalmente como ciudadanos virtuosos sin una dimensión de cuidado del medio natural. Por lo tanto, hay que dar nueva lectura a las virtudes clásicas. Ni la generosidad ni la prudencia significan hoy lo mismo que en el pasado porque el espacio de nuestra mirada se ha extendido. En este sentido,

Wensveen habla de *virtudes ecosostenibles*, que incluyen el propósito de asegurar la sostenibilidad ecosistémica, como la humildad, la simplicidad, la frugalidad o la “terreidad” (*earthiness*), mientras denuncia vicios como la arrogancia, la crueldad, el consumismo o la irreflexión (45).

Coincido con Ronald Sandler en que la visión de Wensveen puede ser interpretada como un punto de vista algo débil de la sostenibilidad, pero sólo si supone que el agente moral estará dispuesto a luchar por un mundo sostenible tan sólo en la medida en que éste es un bien externo para cultivar sus virtudes y conseguir su autorrealización (46). Desde luego, una alternativa es plantear, como él hace, una estrategia *substantiva* (47), que trata de construir una ética ambiental de la virtud teóricamente adecuada, por medio de la incorporación de la preocupación y la práctica ambientales, en la propia sustancia de las virtudes más que como una condición externa, como ocurre –en su opinión– en las teorías de los bienes externos. El problema a partir de aquí es si con la estrategia substantiva podemos garantizar la imparcialidad moderna del espacio de lo público, de las virtudes públicas. Esa debería ser una de las tareas de una ecoética felicitaria, pero ilustrada y moderna, aunque en este momento no podemos profundizar más en su justificación metaética.

### 3.3. LO QUE DEBEMOS Y LO QUE QUEREMOS

Vuelvo a inspirarme en la mirada de Frede sobre Aristóteles para reclamar una educación ambiental emocional que se dirija a la formación de ciudadanos que obtengan placer de la realización de una conducta *correcta y justa*.

La imagen (o imágenes) del ciudadano ecológico virtuoso no está cerrada y todos debemos ayudar a crearla al hilo de nuestras pretensiones de justicia pero también de una vida *buen*a y feliz.

La ética aplicada contemporánea no debe renunciar a teorizar sobre el bien colectivo, sobre la imagen del ciudadano sostenible. La pregunta clave de la ecoética –como de las demás éticas aplicadas– es la pregunta “¿por qué no?” (¿Por qué no debemos contaminar, dañar o discriminar?, por citar tres ejemplos), que es la pregunta por los límites morales o por los *daños*. Pero junto a ésta, hay una nueva pregunta “¿por qué sí?” que es también relevante en nuestra disciplina. En suma, no se trataría únicamente de preguntar por lo que perdemos si no somos sostenibles, sino por lo que ganamos si lo somos. Aquí resulta interesante empezar a crear –en forma crítica– mundos alternativos que retóricamente se muestren más sugerentes y felices que el actual mundo, a menudo estresante, competitivo y alienante por nuestro desarraigo natural y social. La argumentación ética se desliza en forma tímida desde la pregunta básica por lo que no debemos ni podemos hacer, hasta las propuestas del mundo en el que queremos vivir.

## Referencias

Quiero agradecer a dos personas sus trabajos y su inspiración para confeccionar este ensayo. La primera es Ernesto Suárez, quien me ha mostrado las potencialidades de una psicología ambiental positiva. La segunda es Jesús de Garay quien me hizo reflexionar sobre las preguntas *¿por qué no?* y *¿por qué sí?* en el contexto de la argumentación moral contemporánea.



1. En E. Blount, L. Clarimon, A. Cortés, J. Riechmann y D. Romano. *Industria como naturaleza*. Madrid, Catarata, 2003, p. 267.
2. Véanse, para citar tan sólo algunos ejemplos más cercanos: S. F. Haller: *Apocalypse Soon? Wagering on Warning of Global Catastrophe*, Montreal, McHill-Queens University Press, 2002; y, en castellano: R. Alemán, *Ciencia y apocalipsis*, Sirius. También son cada vez más frecuentes las obras de ficción como la película "The day after tomorrow" del cineasta Roland Emmerich y que tantea una situación apocalíptica debida al cambio climático.
3. J. Delmeau. *El miedo en Occidente*, Madrid, Taurus, 1989, p.30.
4. J. Riechmann. *Un mundo vulnerable*, Barcelona, Los libros de la Catarata, pp. 43 y ss.
5. *Ibid.*, p. 45.
6. R. Higgins, "El séptimo enemigo: ¿nosotros los humanos?", en *Ecofilosofías, diseñando nuevas formas de vida*, Barcelona, Cuadernos de Integral, 1984, p. 72.
7. *Ibid.*, p. 73.
8. H. Jonas, *El Principio de responsabilidad*, Madrid, Círculo de Lectores, p.65.
9. J. Ma. García Gómez-Heras, "Entre la "curiosidad" y el "temor". ¿Puede fundamentarse una ética sobre estados de ánimo emocionales?", en J. Ma. García Gómez-Heras y C. Velayos Castelo, *Tomarse en serio la naturaleza*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2004, pp. 19-42.
10. *Ibid.*, p. 34.
11. Para el análisis de esta tradición moral, véase, por ejemplo, C. Velayos Castelo, *La dimensión moral del ambiente natural: ¿necesitamos una nueva ética?*, Granada, Comares, 1996.
12. Frente a esta sospecha, trabajos como los de S. P. Oliner y P. M. Oliner muestran que algo así como una "racionalidad kantiana" guió a muchas de las personas que –heroicamente– salvaron a judíos durante la época nazi. Éstas habrían mencionado como causa de su conducta el sentido de su propia identidad o una cierta imagen de sí mismo que querían conservar intacta, "The enduring significance of altruistic acts", en: *The Altruistic Personality*, New York, The Free Press, 1988, pp. 223-248. No fueron importantes las gratificaciones externas, sino una especie de "kantismo cotidiano" en términos de J. Elster para analizar esta extraordinaria conducta de cooperación, *El cemento de la sociedad*, Barcelona, Gedisa, 1991, pp. 216-23. Ambos trabajos son recuperados por Ma. T. López de la Vieja, *Ética y literatura*, Madrid, Tecnos, p. 164, notas 17 y 18.
13. E. Suárez, "Una revisión del papel de las emociones en la responsabilidad ambiental. Una aproximación positiva" (trabajo no publicado), presentado en el *VIII Congreso Nacional de Psicología Social*, Málaga, 2003.
14. Ver en E. Suárez, *op. cit.*, pp. 10 y 11.
15. M. E. P. Seligman, *La auténtica felicidad*, Barcelona, Vergara, 2003, p. 52.
16. *Ibid.*, p. 57.
17. *Ibid.*, p. 69.
18. E. Suárez, *op. cit.*, p. 11.
19. M. Seligman, *op. cit.*, p. 14.
20. *Ibid.*, p. 14.



21. *Ibid.*, pp. 64-65.
22. *Ibid.*, pp. 13-14 y 21-32.
23. E. S. Geller, "Integrating behaviorism and humanism for environmental protection", en: *Journal of Social Issues*, 4, pp. 179-195.
24. E. Suárez, *op. cit.*, p. 12. El paréntesis es mío resumiendo al autor
25. *Ibid.*, p. 15.
26. A. Damasio, *Looking for Spinoza. Joy, sorrow and the feeling brain*, Orlando Hartcourt, 2003, p. 178.
27. Véase, a este respecto, la *Epístola a Meneceo* de Epicuro o el libro IV de *Disputaciones Tusculanas* de Cicerón (64, por ejemplo). Hay una edición reciente de Alberto Medina en ediciones Gredos, 2005.
28. J. Araújo, *La Naturaleza, nuestro lujo*, Barcelona, Plaza y Janés (ed.), 2000.
29. *Ibid.*, p. 33.
30. Ver en D. Frede, "Pleasure and pain in Aristotle", en: B. Krout (ed.), *The Blackwell Guide to Aristotle's Nicomachean Ethics*, Londres, 2005.
31. L. Rojas Marcos, *Nuestra felicidad*, Madrid, Espasa Calpe, 2000, p. 114.
32. B. Demócrito, 171 DK.
33. B. Demócrito, 246 DK.
34. Jenofonte, *Recuerdos de Sócrates, Apología, Simposio*, Madrid, Alianza, 1967. Traducción de García Calvo, citado en A. Medina, 1985, *op. cit.*, p. 14.
35. Para el concepto de autarquía véanse las dos obras de Alberto Medina, *Autarquía*, Ávila, Institución Gran Duque de Alba, 1986, y *El ideal del Sabio en las Escuelas Helenísticas*, Ávila, Diputación Provincial de Ávila, 1985.
36. Epicuro, *Máximas Capitales*, XV.
37. A. Medina, 1985, *op. cit.*, p. 20.
38. Epicuro, S. V., 21.
39. Epicuro, 135 US.
40. Véase, por ejemplo, la defensa que Ernst Tugendhat, y desde una perspectiva moderna, realista de las virtudes, en "Virtudes", *Lecciones de Ética*, Gedisa, 1993.
41. Véase, por ejemplo, la defensa de virtudes ecológicas no legislables y que no requieren una concepción del bien común en el libro de Andrew Dobson, *Citizenship and the environment*, Oxford, Oxford University Press, 2003, pp. 65-66.
42. Louke van Wensveen, "Ecosystem Sustainability as a criterion for genuine virtue", en: *Environmental Ethics*, 23, 2001, pp. 227-241, en concreto 232 y ss.
43. Aristóteles, *Ética a Nicómaco*, Libro I, 1099b.
44. Rojas Marcos lo expresa de la siguiente manera: "Es curioso que la enfermedad nos turba más de lo que nos alegra la buena salud. No obstante, la salud forma parte de los cimientos sobre los que se construye nuestra calidad de vida", *op. cit.*, p. 133.
45. *Ibid.*, p. 227. Ver también su libro: *Dirty Virtues: The Emergence of Ecological Virtue Ethics*, Mass. Amherst, Prometheus Books, 2000.
46. R. Sandler, "The external goods approach to environmental virtue ethics", en: *Environmental ethics*, vol. 25, 2003, pp. 279-293.
47. *Ibid.*, p. 291.

